

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
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

12. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel "Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1" Stellung zu nehmen. Der Regierungsrat und nimmt wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Bemerkungen

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 werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (zum Beispiel Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten.

Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Gerne nehmen wir dazu im Folgenden detailliert Stellung:

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die Schaffung eines Experimentierartikels. Er ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b E-KVG inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum zum Beispiel für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insbesondere Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht des Regierungsrats ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung, der Prävention und der Digitalisierung zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojekts muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird.

Weiter ist der Regierungsrat der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.

Im erläuternden Bericht des Bundesrats heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben.

Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden.

Schliesslich sollte geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.

Antrag

- Änderung der Kapitelbezeichnung: *"Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung, der Prävention und der Digitalisierung"*
- Absatz 1: *"Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen..."*
- Ergänzung von Absatz 1: *"g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz"*
- Ergänzung von Absatz 1: *"h. Prävention"*
- Ergänzung von Absatz 1: *"i. Digitalisierung"*
- Absatz 2: *"Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel."*

- Absatz 4: *"Die ~~Kantone~~, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände ~~sowie die Versicherten~~ können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt."*
- Absatz 6: *"Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung, die Prävention oder die Digitalisierung gefördert...) gefördert werden kann und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird ..."*

2.2 Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Der Regierungsrat stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind.

Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt.

Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.

Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.

Antrag

- Streichung der Bestimmung beziehungsweise Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung
- Ergänzung von Art. 42 Abs. 3: *"... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen."*

2.3 Tarife und Kostensteuerung

2.3.1 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)

Grundsätzlich unterstützt der Regierungsrat das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind.

Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (zum Beispiel kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.

Antrag

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: *"Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen."*

2.3.2 Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Der Regierungsrat begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.

Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur (wie beispielsweise auch Physiotherapie) ist anzustreben. Zumindest in der Startphase soll das Tariffbüro in erster Linie für die Tarifstrukturen von Arztleistungen zuständig sein.

Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden.

Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.

Antrag

- Absatz 1: *"Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen zuständig ist.*
- Absatz 3: *"...so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 ~~Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer~~ ein."*
- Absatz 4: *"Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation ~~den Tarifpartnern~~ zur Genehmigung unterbreitet."*
- Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.
- Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: *"... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden ~~von den Tarifpartnern~~ dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet."*

2.3.3 Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden.

Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Der Regierungsrat schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.

Antrag

- Absatz 2: *"Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise Tarifstrukturen notwendig sind. ..."*
(Alternativ, sofern in einem ersten Schritt keine ergänzende Bestimmung zur Datenlieferung zu Tarifen und Preisen gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG vorgenommen wird: *"... die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifstrukturen sowie für die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen und Preisen notwendig sind. ..."*)
- Absatz 3: *"Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen ..."*
- Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: *"... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ..."*
- Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: *"Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen."*

2.3.4 Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Der Regierungsrat anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann.

Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung ist aus Sicht des Regierungsrats unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.
- Die Kantone sind bei fehlender Zuständigkeit vorgängig über die Massnahmen zu informieren und anzuhören.
- Die Vergleichbarkeit von Leistungen und die damit verbundene Wirtschaftlichkeitsprüfung darf nicht gefährdet werden.

Antrag

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Absatz 3 (neu): "Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten." Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
- Eventualiter: Absatz 3 (neu 4): "... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen."
- Eventualiter: Absatz 4 (neu 5): "Sie müssen Regeln zur Korrektur korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen."
- Eventualiter: Absatz 6 (neu 7): "Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind."
- Absatz 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.

2.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz E-KVG)

Der Regierungsrat geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann. Durch den Vorschlag sind erzwungene, häufige Medikamentenwechsel zu erwarten, welche direkt die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden können. Die vorgeschlagenen Massnahmen könnten weiter dazu führen, dass die Generikahersteller aufgrund der verminderten Rentabilität Wirkstoffe vom Schweizer Markt nehmen, was kontraproduktiv wäre.

2.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen gemäss Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG)

Der Regierungsrat lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen gemäss Art. 39 KVG entschieden ab.

Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen/Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste/Spitalplanung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spitaleigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.

Antrag

- Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG: Verzicht auf Neuregelung

3. Fazit

Zusammenfassend halten wir fest, dass die Stossrichtung stimmt und gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket vom Regierungsrat unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone und bedürfen daher aus Sicht des Regierungsrats einer Korrektur oder Konkretisierung.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Alex Hürzeler
Landammann

Vincenza Trivigno
Staatsschreiberin

Beilage

- Vernehmlassungsformular

Kopie

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Aargau

Abkürzung der Firma / Organisation : RR AG

Adresse : 5001 Aarau

Kontaktperson : Barbara Hürlimann, Leiterin Abteilung Gesundheit des Departements Gesundheit und Soziales

Telefon : 062 835 29 28

E-Mail : barbara.huerlimann@ag.ch

Datum : 12. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	12
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	13

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (zum Beispiel Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.
RR AG	
RR AG	
RR AG	
RR AG	
RR AG	
RR AG	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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	59		b	Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die Schaffung eines Experimentierartikels. Er ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b E-KVG inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum zum Beispiel für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insbesondere Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht des Regierungsrats ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung, der Prävention und der Digitalisierung zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojekts muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Weiter ist der Regierungsrat der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können,	• Änderung der Kapitelbezeichnung: <i>"Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung</u>, der Prävention und der Digitalisierung"</i> • Absatz 1: <i>"Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann bei <u>nationalen Projekten</u> das EDI und bei <u>regionalen/kantonalen Projekten</u> die jeweilige <u>Kantonsregierung</u> Pilotprojekte <u>insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen...</u>"</i> • Ergänzung von Absatz 1: <i>"<u>g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</u>"</i> • Ergänzung von Absatz 1: <i>"<u>h. Prävention</u>"</i> • Ergänzung von Absatz 1: <i>"<u>i. Digitalisierung</u>"</i> • Absatz 2: <i>"Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel."</i> • Absatz 4: <i>"Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Im erläuternden Bericht des Bundesrats heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben. Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden. Schliesslich sollte geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	<i>Pilotprojekts auswirkt."</i> • Absatz 6: <i>"Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung, die Prävention oder die Digitalisierung gefördert...) gefördert werden kann und wenn unmittelbar ein <u>Gesetzgebungsprojekt gestartet wird ...</u>"</i>
RR AG	42	5	Der Regierungsrat stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven	• Ergänzung von Art. 42 Abs. 3: <i>"... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen."</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind. Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt. Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen. Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.	
RR AG	43	5		Grundsätzlich unterstützt der Regierungsrat das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (zum Beispiel kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen	• Eventualiter: <i>"Einzelleistungstarife sowie auf <u>klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen</u> bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <u>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</u>"</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				möglich sein. Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.	
RR AG	47		a	Der Regierungsrat begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur (wie beispielsweise auch Physiotherapie) ist anzustreben. Zumindest in der Startphase soll das Tariffbüro in erster Linie für die Tarifstrukturen von Arztleistungen zuständig sein. Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des	• Absatz 1: <i>"Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen</u> sowie, soweit von den <u>Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen</u> ambulante Behandlungen zuständig ist.</i> • Absatz 3: <i>"...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein."</i> • Absatz 4: <i>"Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet."</i> • Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. • Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: <i>"... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	<i>Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.</i>
RR AG	47		b	Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Der Regierungsrat schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.	• Absatz 2: <i>"Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <u>Tarifstrukturen</u> notwendig sind. ..."</i> (Alternativ, sofern in einem ersten Schritt keine ergänzende Bestimmung zur Datenlieferung zu Tarifen und Preisen gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG vorgenommen wird: <i>"... die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifstrukturen sowie für die Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen und Preisen notwendig sind. ..."</i>) • Absatz 3: <i>"Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann können der Bundesrat <u>und die Kantone</u> Sanktionen ergreifen ..."</i> • Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: <i>"... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<u>abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ..."</u> • Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: <u>"Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen."</u>
RR AG	47		c	Der Regierungsrat anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung ist aus Sicht des Regierungsrats unter	• Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Absatz 3 (neu): <u>"Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten."</u> Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen. • Eventualiter: Absatz 3 (neu 4): <u>"... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen."</u>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: • Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. • Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. • Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. • Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt. • Die Kantone sind bei fehlender Zuständigkeit vorgängig über die Massnahmen zu informieren und anzuhören. • Die Vergleichbarkeit von Leistungen und die damit verbundene Wirtschaftlichkeitsprüfung darf nicht gefährdet werden.	• Eventualiter: Absatz 4 (neu 5): "<u>Sie müssen Regeln zur Korrektur korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.</u>" • Eventualiter: Absatz 6 (neu 7): "<u>Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund.</u> Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat <u>die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund</u> die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat <u>der zuständigen Behörde</u> auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind." • Absatz 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.
RR AG	44	1		Der Regierungsrat geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann. Durch den	

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Vorschlag sind erzwungene, häufige Medikamentenwechsel zu erwarten, welche direkt die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden können. Die vorgeschlagenen Massnahmen könnten weiter dazu führen, dass die Generikahersteller aufgrund der verminderten Rentabilität Wirkstoffe vom Schweizer Markt nehmen, was kontraproduktiv wäre.	
RR AG	53	1		Der Regierungsrat lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen gemäss Art. 39 KVG entschieden ab. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen/Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste/Spitalplanung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der	

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				Kosteneindämmung zuwiderlaufen können. Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spitaleigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.	
--	--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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
RR AG			
RR AG			
RR AG			
RR AG			
RR AG			
RR AG			
RR AG			
RR AG			



KANTON
APPENZEL INNERRHODEN

Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei
Marktgasse 2
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 93 20
info@rk.ai.ch
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Appenzell, 6. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1 Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1, zukommen lassen.

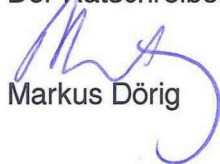
Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft. Die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms wird begrüsst. Hinsichtlich verschiedener Punkte werden aber noch Anpassungen gewünscht.

Wir sehen bei den vorgeschlagenen Massnahmen die Gefahr von ungeplanten, nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben (zum Beispiel Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam. Zudem tangieren einige Massnahmen in der vorgeschlagenen Regelungsform die Zuständigkeit der Kantone empfindlich und bedürfen daher einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert. Bezüglich der Details zu unserer Haltung verweisen wir auf das beiliegende Antwortformular.

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

Im Auftrage von Landammann und Standeskommission

Der Ratschreiber:


Markus Dörig

Beilage:
Antwortformular

Zur Kenntnis an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- geuer@bag.admin.ch
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Ivo Bischofberger, Ackerweg 4, 9413 Oberegg
- Nationalrat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Standeskommission des Kantons Appenzell Innerrhoden

Abkürzung der Firma / Organisation : Kt. AI

Adresse : Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Kontaktperson : Mathias Cajochen

Telefon : 071 788 94 57

E-Mail : info@gsd.ai.ch

Datum : 6. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kt. AI	Wir unterstützen gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeit der Kantone in der vorgeschlagenen Regulationsform empfindlich und bedürfen daher einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Kt. AI	42	3	Dritter Satz	Die vorgeschlagene Regelung würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind. Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person Auskunftsrecht zu schaffen. Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute auch den vom Kanton getragenen Anteil aufführen. So könnte das Ziel erreicht werden, ohne das System mit administrativem Mehraufwand zu belasten.	Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung. Ergänzend von Art. 42 Abs. 3: «... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»
Kt. AI	43	5	Erster Satz	Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z.B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein. Vor diesem Hintergrund sollte diese Bestimmung unseres Erachtens grundsätzlich überarbeitet werden.	Überarbeitung der Bestimmung
Kt. AI	44	1	Zweiter Satz	Wir denken, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann und zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann.	
Kt. AI	47a			Wir unterstützen die Schaffung eines nationalen Tarifbüros nur, wenn die Kantone an dieser Organisation paritätisch beteiligt werden. Die Zuständigkeit dieser Organisation kann sich zudem	Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				nur auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Zumindest in der Startphase sollte das Tariffbüro zudem für Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein. Zudem sollte auch die Frage der Finanzierung dieses nationalen Tariffbüros auf Gesetzesstufe geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst werden und die Genehmigungsanträge könnten direkt von der nationalen Tariforganisation beim Bundesrat eingereicht werden.	ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen zuständig ist.» Abs. 3: «... so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 ein.» Abs. 4:»Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation zur Genehmigung unterbreitet.» Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassung werden dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet...».
Kt. AI	47b			Wir sind grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Zudem schlagen wir vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.	- Abs. 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <i>und den Kantonen</i> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der <i>Tarifstrukturen</i> notwendig sind.» - Abs. 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach <i>Artikel 47a</i>, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, <i>können</i> der Bundesrat <i>und die Kantone</i> Sanktionen ergreifen....» - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...» - Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»
Kt. AI	47c			Wir anerkennen, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung ist aus unserer Sicht daher unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: - Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. - Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. - Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. - Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	Überarbeitung der Bestimmung

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Kt. AI	53	Abs. 1 ^{bis}		Wir lehnen ein Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG entschieden ab. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen / Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste / -planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.	Verzicht auf Neuregelung von Art. 53 Abs. 1 ^{bis} E-KVG
Kt. AI	59b			Grundsätzlich begrüssen wir die Schaffung eines Experimentierartikels. Wir sind allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus unserer Sicht ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Weiter sind wir der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die	- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention» - Abs. 1: «Um neue Modelle zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen...» - Ergänzung von Abs. 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz» - Ergänzung von Abs. 1: «h. Prävention»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Im erläuternden Bericht des Bundesrats heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden. Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	- Abs. 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <i>und reversibel</i>.» - Abs. 4: «Die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.» - Abs. 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <i>für maximal drei Jahre</i> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann <i>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird....</i>»
--	--	--	--	---	---

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



Regierungsrat, 9102 Herisau

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Leistungen
3003 Bern

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

Herisau, 7. Dezember 2018

Eidg. Vernehmlassung; Paket 1: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) im Auftrag des Bundesrates die Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 eröffnet.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt mit beiliegendem Fragebogen gerne dazu Stellung.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Appenzell Ausserrhoden, Departement Gesundheit und Soziales

Abkürzung der Firma / Organisation : AR

Adresse : Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau

Kontaktperson : Patrik Riebli, Departementssekretär

Telefon : 071 353 62 04

E-Mail : patrik.riebli@ar.ch

Datum : 4. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AR	Wie die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2018 (nachfolgend: Stellungnahme der GDK) einleitend festhält, gehören die Kantone zu den zentralen Akteuren im Rahmen der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung. Sie haben deshalb ein grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen und unterstützen insbesondere auch das übergeordnete Ziel der Vernehmlassungsvorlage, das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu dämpfen. Bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen ist deshalb unbedingt die Gesamtsicht auf das System zu wahren. Unbeabsichtigte Wechselwirkungen oder Effekte, zum Beispiel bei neuen oder umverteilten Aufgaben oder Rollen der verschiedenen Akteure, müssen dabei verhindert werden. Dies setzt denn auch eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen und der Wirksamkeit der Massnahmen mit Blick auf die Zielsetzung voraus, bevor die Massnahmen eingeführt werden (Stellungnahme der GDK, Ziffer 1). Damit eine Güterabwägung stattfinden kann (zum Beispiel wenn die Zuständigkeit der Kantone mit Blick auf die Ziele der Vorlage beschnitten werden, wie dies bei gewissen Regelungsformen des Entwurfs aktuell der Fall ist), sollte dies transparent dargelegt werden. Mit Ausnahme der Angaben zur Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz des Entwurfs zum KVG), wo die Argumentation der GDK nur teilweise gestützt wird, sowie der Präzisierung der Ausführungen bezüglich des Referenzpreissystems bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz des Entwurfs zum KVG) wird auf die Stellungnahme der GDK verwiesen. Zu den beiden Artikeln vgl. unten.
AR	
AR	
AR	
AR	
AR	
AR	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AR	42	3		Wir unterstützen eine Massnahme, welche die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten sowie das Kostenbewusstsein erhöht und teilen die Bedenken der GDK bezüglich der vorgeschlagenen Regelung nicht vollumfänglich. Ob der Mehraufwand dauerhaft entsteht oder ob es nicht vielmehr um einen (technischen) Initialaufwand geht, wenn die versicherte Person eine Kopie der Rechnung an die Versicherung erhält oder abrufen kann, ist vertieft zu prüfen. Wir sind zudem der Meinung, dass den versicherten Personen die Kompetenz zur Interpretation einer verständlichen Rechnung nicht per se abgesprochen werden soll. Vielmehr kann über entsprechende (technische) Hilfestellungen ein Grossteil allfälliger Fragen aufgefangen werden. Dies schliesst nicht aus, dass die Informations- und Auskunftspflicht des Leistungserbringers weiter präzisiert wird. Die von der GDK vorgeschlagene Ergänzung, wonach der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen ist, wird gestützt. Die Formulierung der Bestimmung ist deshalb zu überprüfen, ev. anzupassen und mindestens bezüglich des Kantonsanteils zu ergänzen.	
AR	44	1		Wir teilen die Bedenken der GDK mit Blick auf die effektive Kosteneinsparung in Abwägung zu den Folgen für die Patienten- und Versorgungssicherheit der Versicherten. Wenn das Referenzpreissystem bei Arzneimitteln doch eingeführt werden soll, erachten wir das Modell mit Preisabschlag (Variante	

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

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

12. Dezember 2018

RRB-Nr.: 1335/2018
Direktion Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Unser Zeichen 2018.GEF.1373
Ihr Zeichen
Klassifizierung Nicht klassifiziert



Vernehmlassung des Bundes: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1
Stellungnahme des Kantons Bern

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Er begrüsst grundsätzlich die Vorlage, bittet jedoch um Berücksichtigung der nachfolgenden Bemerkungen und Anliegen, welche zum grossen Teil bereits von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) in ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2018 vorgebracht wurden:

1 Allgemeine Bemerkungen

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. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird mit grosser Besorgnis betrachtet. Der Regierungsrat begrüsst deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und ist bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten.

Der Regierungsrat nimmt erleichtert zur Kenntnis, dass es sich um das erste Massnahmenpaket handelt, dem andere folgen sollen, denn etliche Massnahmen aus dem Expertenbericht stehen noch aus. Es ist ihm ein Anliegen, dass der Fokus der Kostendämpfungsmassnahmen

nicht ausschliesslich auf die OKP-Prämien gelegt wird, sondern es sollte eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung angestellt werden.

Der Regierungsrat ist indessen der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z.B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf andere Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Der administrative Aufwand soll zudem nicht noch grösser werden. Dies würde die angestrebten Kosteneinsparungen unterlaufen.

Gewisse Massnahmen beurteilt der Regierungsrat zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

2 Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die Schaffung eines Experimentierartikels. Allerdings ist er der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Artikel 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum beispielsweise für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Umständliche Vorgaben haben zum grossen Teil die bereits heute möglichen Experimente verhindert. Es ist deshalb wichtig, eine einfache Umsetzung vorzusehen. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht des Kantons Bern ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird.

Weiter ist der Regierungsrat der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.

Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden.

Schliesslich sollte geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt als nicht wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention».
- Absatz 1: «Um neue Modelle zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen...».
- Ergänzung von Absatz 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz».
- Ergänzung von Absatz 1: «h. Prävention».
- Absatz 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel.».
- Absatz 4: «Die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.».
- Absatz 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird....».

2.2 Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Der Regierungsrat stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Ein kostendämpfender Effekt ist durch die Erhöhung der Transparenz jedoch nicht per se gegeben.

Bereits heute ist auf Verordnungsstufe geregelt, dass die Patientinnen und Patienten die Rechnungen erhalten sollten. Der Regierungsrat widersetzt sich einer rechtlichen Verankerung auf Gesetzesstufe jedoch nicht.

Hingegen sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Ergänzung von Artikel 42 Absatz 3: «... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.».

2.3 Tarife und Kostensteuerung

2.3.1 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)

Grundsätzlich unterstützt der Regierungsrat das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind.

Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlägt der Regierungsrat eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung der Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Überarbeitung der Bestimmung.
- Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.».

2.3.2 Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Der Regierungsrat begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollten jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.

Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für spitalambulante Leistungen (inkl. AVOS) zuständig sein.

Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros ist – analog zum stationären Bereich – auf Gesetzesebene zu klären.

Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, ist Artikel 49 Absatz 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann bei der SwissDRG AG das Problem der Integration von curafutura und des Genehmigungsantrags an den Bundesrat durch die Organisation geklärt werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Absatz 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen zuständig ist.».

- Absatz 3: «...so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 ein.».
- Absatz 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation zur Genehmigung unterbreitet.».
- Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.
- Anpassung von Artikel 49 Absatz 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet.».

2.3.3 Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit der Datenlieferungspflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferungspflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten, gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden.

Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Artikel 46 Absatz 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Artikel 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen erachtet der Regierungsrat als noch nicht ausgereift.

Der Regierungsrat schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Absatz 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarifstrukturen notwendig sind. ...».
- Absatz 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen....».
- Anpassung von Artikel 49 Absatz 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...».
- Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.».

2.3.4 Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Der Regierungsrat anerkennt, dass mit der neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann.

Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insb. Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung ist aus Sicht des Kantons Bern unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung (Spitalliste) über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Überarbeitung der Bestimmung.
- Eventualiter: Artikel 47c ist zu ergänzen mit Absatz 3 (neu): «Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
- Eventualiter: Absatz 3 (neu 4): «... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insbesondere mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Artikel 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.».
- Eventualiter: Absatz 4 (neu 5): «Sie müssen korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.».

- Eventualiter: Absatz 6 (neu 7): «Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.».
- Absatz 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.

2.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz E-KVG)

Der Regierungsrat geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht zu lösen vermag und die vorgeschlagene Regelung vielmehr zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann.

2.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG (Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG)

Selbst wenn durch die Beschwerdemöglichkeit der Versichererverbände ein gewisses „Korrektiv“ durch den Finanzierungspartner gegeben wäre und ausgewogenere Lösungen möglich wären, lehnt der Regierungsrat das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG ab.

Die Bestimmung trägt nicht zur Kosteneindämmung bei, sondern wirkt eher kostentreibend und führt zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen bzw. Spitallisten. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste und Spitalplanung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Es wäre wünschenswert, wenn sich der Bund dafür einsetzt, dass die sachgerechte restriktive Erteilung von Leistungsaufträgen durch die Instanzen mitgetragen wird und zeitnahe Entscheide gefällt werden.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spital-eigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.

Der Regierungsrat beantragt daher:

- Verzicht auf Neuregelung Artikel 53 Absatz 1^{bis} E-KVG.

- Der Bund soll sich dafür einsetzen, dass das BVGer die Entscheide der Kantone für restriktivere Leistungsaufträge stützt und zeitnah entscheidet.

2.6 Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Der Regierungsrat beurteilt die Massnahmen als sachgerecht und begrüssenswert. Allerdings ist zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten (z.B. Vorhalteleistungen, Kinderspitem) decken.

3 Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend hält der Regierungsrat fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket vom Kanton Bern durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regulationsform empfindlich und bedürfen daher aus Sicht des Kantons Bern einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

Der Regierungsrat dankt Ihnen für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident



Christoph Neuhaus

Der Staatsschreiber



Christoph Auer

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Eidgenössisches Departement des Innern
Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Liestal, 11. Dezember 2018
VGD

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG):
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1; Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.
Für die Kommentare im Einzelnen verweisen wir auf das ausgefüllte Auswertungsformular in der Beilage zu diesem Schreiben.

Hochachtungsvoll



Monica Gschwind
Regierungspräsidentin



Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

Beilagen:

- „Antwortformular“, inkl. Anhang „Stellungnahme der GDK“

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Amt für Gesundheit / Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion / Kanton Basel-Landschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : AfG / VGD / BL

Adresse : Bahnhofstrasse 5, 4410 Liestal

Kontaktperson : Matthias Nigg, Leiter Abteilung Spitäler & Therapieeinrichtungen

Telefon : 061 552 91 78

E-Mail : matthias.nigg@bl.ch

Datum : 29. November 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
BL	Allgemeine Bemerkungen Der Kanton Basel-Landschaft schliesst sich grundsätzlich der Stellungnahme vom 30. Oktober 2018 der GDK zum Vorentwurf des EDI vom 14.9.2018 zur Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 (siehe Anhang) an. Im Folgenden werden einzelne Punkte hervorgehoben, bzw. ergänzt:
BL	Experimentierartikel Grundsätzlich befürwortet der Kanton Basel-Landschaft einen Experimentierartikel sehr. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist der Geltungsbereich des Artikels ev. weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss zwingend auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung bzw. eine Kostendämpfung erreicht wird. Es ist auch wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern, die an geeigneter Stelle geregelt werden sollte. Das EDI soll lediglich für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Gleichzeitig stellt sich auch die Frage, inwiefern die Rechte der Versicherten bei einer Verpflichtung zur Teilnahme an Pilotprojekten gewährleistet werden können. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren
BL	Rechnungskontrolle Der Kanton Basel-Landschaft stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Problematisch bei der nun vorgesehenen Umsetzung ist der erhebliche administrative Aufwand für die Spitäler sowie die für Laien schwer verständlichen Rechnungen. Wir schlagen daher vor, 1. Die Tarifpartner zu verpflichten, den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 42 Abs. 3 KVG) nachzukommen und verständliche Rechnungen zu

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	erstellen. 2. Die Umsetzung der Rechnungskontrolle mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers zu koppeln, was die Administration vereinfachen würde. Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.
BL	Tarife und Kostensteuerung <i>Pauschalen im ambulanten Bereich fördern und einheitliche ambulante Tarifstrukturen</i> Grundsätzlich unterstützt der Kanton Basel-Landschaft das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit würde dem Problem der Mengenausweitung entgegengewirkt. Ein Hinwirken auf Pauschalen sollte in erster Linie jedoch in jenen Bereichen erfolgen, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. <i>Schaffung nationales Tarifbüro</i> Der Kanton Basel-Landschaft begrüsst die Schaffung eines nationalen Tarifbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Organisation sollte analog derjenigen von SwissDRG angelegt sein. Somit sind die Kantone ebenfalls mit einzubinden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben <i>Tarifstruktur aktuell halten</i> Der Kanton Basel-Landschaft ist mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss bei dieser Gelegenheit eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir schlagen vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen. <i>Massnahmen zur Steuerung der Kosten</i> Der Kanton Basel-Landschaft anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Leistungserbringern). Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen. Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.
BL	Referenzpreissystem bei Arzneimitteln Der Kanton Basel-Landschaft geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann. Die Regelung zum Vertriebsanteil soll unbedingt so ausgestaltet werden, dass kein Anreiz dafür besteht, möglichst teure Medikamente abzugeben. Gleichzeitig muss unbedingt sichergestellt werden, dass günstige und oftmals sehr effektive Medikamente weiterhin produziert und angeboten und nicht wegen geringen Vertriebsanteilen vom Markt genommen werden. Der Kanton Basel-Landschaft würde sich bei einer Umsetzung für die Variante 2 «Modell mit Meldesystem» aussprechen, dass aufgrund vermehrt wettbewerblicher Elemente eine höhere Einsparung ermöglicht. Allerdings sind auch die zum Beispiel von der IG Schweizer Pharma KMU zum Referenzpreissystem vorgebrachten Alternativlösungen vertieft zu prüfen.
BL	Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen Der Kanton Basel-Landschaft lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG ab. Die Bestimmung würde kaum zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen / Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste / -planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit würden die Versicherer de facto zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen aufgrund des bestehenden Fehlanreizes der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können. Die Qualität von Spital- und Pflegeheimlisten wird durch den Einbezug weiterer Parteien unseres Erachtens nicht verbessert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

BL	Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung Der Kanton Basel-Landschaft beurteilt diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tarifhöhe und Aufnahmepflicht. Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitem).
----	---

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : lic. iur. Dorothee Frei Hasler, Generalsekretärin
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 25
4001 Basel

Telefon : 061 267 95 49

E-Mail : dorothee.frei@bs.ch

Datum : 5.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt schliesst sich grundsätzlich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 30. Oktober 2018 an. Im Folgenden werden abweichende oder weitergehende Meinungen aufgezeigt.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GD	47a			Der Kanton Basel-Stadt begrüsst die Schaffung einer nationalen Tariforganisatoion. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben. Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tarifbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein. Die Frage der Finanzierung der nationalen Tariforganisation soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlägt der Kanton Basel-Stadt vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	- Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen</u> ambulante Behandlungen zuständig ist. » - Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. » - Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. » - Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

GD	47c	4		Es fehlt eine Regelung, wie die Kantone erfahren, welche Korrekturmassnahmen angezeigt wären und welche umgesetzt worden sind.	Regelung auf Verordnungsstufe
GD	52b			Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt sind beide Modelle abzulehnen. Wenn jeweils nur ein Referenzpreis vergütet wird, werden die Apotheken den Patienten mehrheitlich Spezialitäten unterhalb des Referenzpreises abgeben, was zu einem Preiskampf unter den Pharmaunternehmen und schliesslich zu sinkenden Preisen führen wird. Die daraus entstehende Abwärtsspirale bei den Preisen ist als Kostensenkungsmassnahme auf den ersten Blick zu begrüssen, birgt aber die Gefahr, dass der Patient bei jedem Bezug seiner Medikamente ein anderes Generikum erhält. Erfahrungsgemäss kann dies dazu führen, dass die Patienten aufgrund der verschiedenen Packungen verunsichert sind, was wiederum dazu führt, dass insbesondere ältere Menschen ihre Medikamente doppelt oder gar nicht einnehmen. Bekanntermassen hilft eine gute Compliance Kosten einzusparen, da so Arztkonsultationen und/oder Notfall-Einweisungen vermieden werden können, welche bei einer guten Therapietreue nicht nötig gewesen wären. Ein zusätzlich sich verschärfendes Problem wird die Versorgungssicherheit in der Schweiz sein. Es werden bereits jetzt viele Arzneisubstanzen in Billiglohnländern produziert. Um den Preis tief zu halten, gibt es für einzelne Wirkstoffe oder Produktionsschritte weltweit oft nur noch einen einzigen Hersteller.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Bei Ausfall dieser Produktionsstätte kann dann ein Arzneimittel längere Zeit nicht mehr geliefert werden, was im letzten Jahr bereits bei einem wichtigen Antibiotikum (Piperacillin/Tazobactam) der Fall war. Bei einer Verknappung von Arzneimitteln werden deren Preise rasant in die Höhe gehen. Es ist fraglich, ob das vorgeschlagene System für diesen Fall ausreichend Flexibilität zur Erhöhung der Referenzpreise zwecks Sicherung der Versorgung unserer Bevölkerung wahrt.	
GD	53	1 ^{bis}		Grundsätzlich ist ein solches Beschwerderecht abzulehnen, da es zu massiven Verzögerungen und Rechtsunsicherheiten führt. Sollte es trotzdem eingeführt werden, ist zumindest folgende Änderung anzubringen: Der Begriff „Organisation“ ist unklar und wird im KVG für andere Bereiche verwendet. Es sollte deshalb von „Verband“ gesprochen werden, womit klar ist, dass es sich um Versichererverbände analog Art. 46 Abs. 2 KVG handelt.	„ <u>Verbände</u> der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.“
GD	59b			Gemäss dem erläuternden Bericht sind keine direkten finanziellen Anreize vorgesehen, sondern der Gesuchsteller muss die allfälligen Kosten selbst bezahlen. Dies könnte dazu führen, dass Pilotprojekte unterlassen werden, da dadurch finanzielle Risiken vom Gesuchsteller eingegangen werden müssen, ohne dass dafür – ausser bei den Finanzierern – ein Gewinn z. B. in der Form einer Beteiligung an den eingesparten Kosten generiert werden kann. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern.	„Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Evaluation und die Weiterverfolgung der Pilotprojekte <u>sowie allfällige finanzielle Entschädigungen</u>.“ Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur</u>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Ferner verweisen wir auf die detaillierten Hinweise in der Stellungnahme der GDK.	<u>Prävention.</u> Abs. 4: «Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer o-der ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

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

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Division prestations

Par e-mail au format Word
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 4 décembre 2018

2018-1008

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 14 septembre 2018 de Monsieur Alain Berset, Président de la Confédération.

Nous vous remercions de la possibilité qui est donnée au Conseil d'Etat du canton de Fribourg de prendre position sur l'avant-projet et les explications du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Le Conseil d'Etat se rallie en substance à la prise de position de la CDS, à l'exception du point 2.6 concernant les mesures à prendre dans l'assurance-accidents, l'assurance invalidité et l'assurance militaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Georges Godel
Président

Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Communication :

- a) à la Direction de la santé et des affaires sociales, pour elle et le Service de la santé publique ;
- b) à M. Alexandre Grandjean, (Alexandre.Grandjean@fr.ch) ;
- c) à la Chancellerie d'Etat.

Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat

Extrait de procès-verbal non signé, l'acte signé peut être consulté à la Chancellerie d'Etat



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

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Division prestations

Par e-mail au format Word
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Fribourg, le 4 décembre 2018

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 14 septembre 2018 de Monsieur Alain Berset, Président de la Confédération.

Nous vous remercions de la possibilité qui est donnée au Conseil d'Etat du canton de Fribourg de prendre position sur l'avant-projet et les explications du Conseil fédéral concernant la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Le Conseil d'Etat se rallie en substance à la prise de position de la CDS, à l'exception du point 2.6 concernant les mesures à prendre dans l'assurance-accidents, l'assurance invalidité et l'assurance militaire.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :


Georges Godel
Président




Danielle Gagnaux-Morel
Chancelière d'Etat



Genève, le 12 décembre 2018

Le Conseil d'Etat

6104-2018

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Monsieur Alain BERSET
Président de la Confédération
Inselgasse 1
3003 Berne

Concerne : révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts (1^{er} volet) – prise de position du canton de Genève

Monsieur le Président,

Notre Conseil a pris connaissance avec intérêt du projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts que vous lui avez soumis pour consultation le 14 septembre 2018, et vous en remercie.

Le canton de Genève fait partie des cantons les plus touchés par la hausse des coûts de la santé et son corollaire, la hausse des primes d'assurance-maladie. À ce titre, nous sommes particulièrement concernés par toutes les mesures visant à ralentir l'augmentation des coûts, tout en gardant un niveau de prise en charge des citoyens satisfaisant. Nous sommes également très attachés à l'amélioration de la transparence de la part des assureurs, comme de la part des prestataires de soins. À ce titre, les mesures visant à transmettre systématiquement une copie des factures aux assurés et celles relatives à la création d'une organisation nationale chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires nous semblent adéquates, sous réserve des adaptations proposées dans le formulaire de réponse ci-joint. Nous saluons également l'introduction d'un article sur les projets pilotes, dont les domaines d'application mériteraient même de ne pas être limités à une liste prédéfinie. La collaboration des cantons dans la mise en place de ces projets pilotes n'est pas explicitement prévue et devrait être précisée.

Nous sommes également favorables à la mise en place de prix de référence et de prix maximaux pour les médicaments. Cette mesure a le mérite de responsabiliser le patient de façon directe et de favoriser l'utilisation de médicaments moins onéreux, à molécules équivalentes. Entre les deux variantes proposées pour la fixation des prix de référence (art. 52b), nous choisissons la première, basée sur le modèle avec réduction de prix, qui nous semble la plus simple à comprendre par les assurés.

Toutefois, de manière générale, nous trouvons regrettable que le rôle des cantons soit totalement passé sous silence dans ce projet. Aucun des articles proposés n'intègre les cantons dans les décisions, par exemple dans le pilotage des coûts ou l'élaboration et l'approbation de structures tarifaires. Ainsi, en cas de création d'une nouvelle structure

tarifaire pour l'ambulatoire par l'organisation créée à l'article 47a, les cantons auront la charge d'approuver les conventions tarifaires cantonales, comme c'est le cas à présent pour TARMED, sans avoir à disposition les données nécessaires pour les évaluer correctement.

Nous sommes également très surpris de la proposition d'établir une base légale permettant aux organisations d'assureurs de faire recours contre des décisions cantonales relatives, entre autres, à la liste hospitalière. Cette base légale nous paraît d'autant plus inopportune que selon l'avis même du Tribunal administratif fédéral, ces organisations n'ont pas qualité pour recourir. Aucun effet positif ne peut être attendu d'une telle mesure qui risque de produire, en revanche, une plus grande instabilité des planifications hospitalières cantonales. Nous constatons par ailleurs que cette mesure ne découle pas directement du rapport d'expert mandaté par le Conseil fédéral.

Des explications détaillées de notre position, ainsi que d'autres commentaires et propositions, figurent dans le formulaire joint au présent courrier.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos commentaires, nous vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de notre parfaite considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Michèle Righetti

Le président :



Antonio Hodgers

Annexe mentionnée

Copie à : (via mail) abteilung-leistungen@bag.admin.ch et gever@bag.admin.ch

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et canton de Genève

Abréviation de la société / de l'organisation : CT_GE

Adresse : 8 rue Adrien-Lachenal – 1207 Genève

Personne de référence : Nicolas Müller, service de la planification et du réseau de soins, direction générale de la santé

Téléphone : 022 546 18 71

Courriel : nicolas.muller@etat.ge.ch

Date : 30 octobre 2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
CT_GE	Introduction dans la LAMal d'un article expérimental : Le canton de Genève approuve l'introduction d'un article expérimental dans la LAMal visant à autoriser des projets pilotes. Nous sommes toutefois surpris que cet article ne mentionne pas le rôle des cantons dans l'autorisation et la mise en place de ces projets pilotes, mais qu'il indique qu'ils peuvent être tenus d'y participer (art. 59b al. 4). Nous estimons qu'il est nécessaire d'accorder aux cantons la possibilité d'autoriser des projets pilotes à l'échelon régional, souvent plus facile à mettre en œuvre que des projets nationaux grâce aux liens privilégiés existant entre les administrations cantonales et les réseaux de soins. Par ailleurs, le titre du chapitre 4a devrait faire figurer comme objectif des projets pilotes l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge des patients et de la coordination des soins, qui doit être l'axe essentiel de la maîtrise des coûts. Le domaine de la prévention et de la promotion de la santé bénéficierait également grandement de projets pilotes financés par la LAMal.
CT_GE	Contrôle des factures : La mesure obligeant les fournisseurs de prestations à transmettre une copie de la facture aux assurés dans le système du tiers payant est un progrès important vers plus de transparence. Pour aller au bout de cette démarche, les factures devraient toutefois faire figurer le montant à la charge du canton, principal financeur des traitements stationnaires.
CT_GE	Création d'une organisation tarifaire nationale pour l'ambulatoire et mise à jour de la structure tarifaire : Le canton de Genève soutient la création d'une organisation tarifaire nationale pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires. Il est toutefois important qu'à l'instar de l'organisation définie à l'art. 49 al. 2 LAMal dans le cadre des soins stationnaires, les cantons soient associés à cette démarche. De plus, afin de pouvoir assurer pleinement leur rôle d'autorité d'approbation des tarifs, il est indispensable que les cantons aient également accès gratuitement aux données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix.
CT_GE	Mesures visant à piloter les coûts : La mise en place de mesures visant à piloter les coûts est évidemment pertinente étant donné les fortes augmentations constatées ces dernières années. Toutefois, nous regrettons vivement que les modifications proposées à cet effet ignorent totalement le rôle des cantons dans la mise en place et le suivi de ces mesures et ne traitent que de conventions nationales, alors que le niveau et l'évolution des coûts varient grandement selon les régions. Cette mise à l'écart des cantons est d'autant plus regrettable que d'autres évolutions prévues du cadre législatif, comme le cofinancement de l'ambulatoire et le pilotage de l'admission des prestataires facturant à la charge de l'assurance de base, impliqueront, si elles se réalisent, une importance accrue des cantons dans le pilotage des coûts. Ces dispositions devraient être totalement remaniées en prenant en compte les prérogatives cantonales. En effet, le canton de Genève ne peut accepter que des mesures aboutissant potentiellement à un rationnement des soins sur son territoire soient décidées sans son accord.
CT_GE	Droit de recours des organisations d'assureurs : L'introduction d'une base légale permettant aux organisations d'assureurs de recourir contre les décisions cantonales en matière de planification est catégoriquement rejetée. Dans plusieurs cantons, les prérogatives de l'Etat dans

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

	l'établissement d'une liste hospitalière qui couvre les besoins de sa population sont déjà régulièrement mises à mal par des recours émanant des fournisseurs de prestations. Accorder un droit de recours aux organisations d'assureurs déstabiliserait encore plus un système déjà compliqué par la coexistence dans la LAMal des notions de planification et de libre-choix et par une jurisprudence non encore aboutie. L'argument selon lequel les organisations d'assureurs pourraient ainsi défendre l'intérêt des payeurs de prime est fallacieux : en effet, ces payeurs de primes sont également des citoyens du canton, dont les intérêts sont garantis par l'Etat, et dont les primes sont, à Genève, largement subventionnées par les subsides. De plus, étant donné que la plupart des assureurs-maladie proposent à la fois des assurances de base et des assurances complémentaires, les éventuels recours pourraient être guidés par des intérêts économiques concernant la partie privée de leur activité, ce qui est évidemment inacceptable.
CT_GE	Nous sommes favorables à la mise en place de prix de référence et de prix maximaux pour les médicaments. Cette mesure a le mérite de responsabiliser le patient de façon directe et de favoriser l'utilisation de médicaments moins onéreux, à molécules équivalentes. Entre les deux variantes proposées pour la fixation des prix de référence (art. 52b), nous choisissons la première, basée sur le modèle avec réduction de prix, qui nous semble la plus simple à comprendre par les assurés.

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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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)
CT_GE	42	3		Lorsqu'il y a un cofinancement du traitement par le canton, la facture doit mentionner le montant à la charge du canton afin que l'assuré ait tous les éléments en sa possession.	[...] une copie de la facture sur laquelle figure le montant à la charge du canton [...]
CT_GE	47a	1		Au même titre que l'organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements stationnaires définie à l'art. 49 al. 2 LAMal, cet article doit explicitement mentionner la participation des cantons.	Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, conjointement avec les cantons [...]
CT_GE	47b	2		En tant qu'autorité d'approbation des conventions tarifaires, le canton a besoin d'avoir les données nécessaires à l'accomplissement de sa mission en cas de convention tarifaire cantonale. Par conséquent, il est nécessaire de préciser que les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix soient communiquées également gratuitement aux cantons.	Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que l'organisation visée à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral et aux cantons les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix.
CT_GE	47c			Le canton de Genève ne peut accepter que des mesures aboutissant potentiellement à un rationnement des soins sur son territoire soient décidées sans son accord. Ces dispositions devraient être totalement remaniées.	Supprimer l'article 47c
CT_GE	52				
CT_GE	53	1 ^{bis}		L'introduction d'une base légale permettant aux organisations d'assureurs de recourir contre les décisions cantonales en matière de planification est catégoriquement rejetée pour les	Supprimer l'article 53, alinéa 1 ^{bis}

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

				raisons évoquées dans les commentaires généraux ci-dessus.	
CT_GE	59b	1		Nous estimons qu'il est nécessaire d'accorder aux cantons la possibilité d'autoriser des projets pilotes à l'échelon régional, souvent plus facile à mettre en œuvre que des projets nationaux grâce aux liens privilégiés existant entre les administrations cantonales et les réseaux de soins.	[...] le DFI peut autoriser des projets pilotes nationaux <i>ou des projets pilotes cantonaux proposés par les cantons</i> [...]
CT_GE	59b	1		Les projets pilotes ne devraient pas être limités aux domaines listés dans l'alinéa 1.	Supprimer la liste des domaines, ou ajouter : [...] le DFI peut autoriser des projets pilotes <i>notamment</i> dans les domaines suivants : [...]

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.

per E-Mail

- abteilung-leistungen
@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

Glarus, 4. Dezember 2018
Unsere Ref: 2018-187

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1**

Hochgeachteter Herr Bundespräsident
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

Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Wir begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten.

Allerdings ist der Kanton Glarus der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanziierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten.

Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Gerne nehmen wir dazu im Folgenden detailliert Stellung.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1. Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüsst der Kanton Glarus die Schaffung eines Experimentierartikels. Er ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Artikel 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum z. B. für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht des Kantons Glarus ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird.

Weiter ist der Kanton Glarus der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.

Im erläuternden Bericht des Bundesrates heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben.

Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden.

Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.

Anträge:

- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention»
- Absatz 1: "Um neue Modelle ~~zur Eindämmung der Kostenentwicklung~~ zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen..."
- Ergänzung von Absatz 1: "g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz"
- Ergänzung von Absatz 1: "h. Prävention"
- Absatz 2: "Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel."
- Absatz 4: "Die ~~Kantone~~, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände ~~sowie die Versicherten~~ können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt."

- Absatz 6: "Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird..."

2.2. Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Der Kanton Glarus stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind.

Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt.

Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.

Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.

Antrag:

- Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung
- Ergänzung von Artikel 42 Absatz 3: "... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen."

2.3. Tarife und Kostensteuerung

2.3.1. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)

Grundsätzlich unterstützt der Kanton Glarus das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind.

Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.

Antrag:

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: "Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen."

2.3.2. Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Der Kanton Glarus begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.

Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein.

Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesesebene geklärt werden.

Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Artikel 49 Absatz 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.

Anträge:

- Absatz 1: "Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen zuständig ist."
- Absatz 3: "...so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 ~~Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer~~ ein."
- Absatz 4: "Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation ~~den Tarifpartnern~~ zur Genehmigung unterbreitet."
- Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.
- Anpassung von Artikel 49 Absatz 2 KVG: "... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden ~~von den Tarifpartnern~~ dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet."

2.3.3. Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Der Kanton Glarus ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden.

Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Artikel 46 Absatz 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Artikel 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift.

Der Kanton Glarus schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.

Anträge:

- Absatz 2: "Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz Artikel 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der ~~Tarife und Preise~~ Tarifstrukturen notwendig sind. ..."
- Absatz 3: "Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, ~~kann~~ können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ..."
- Anpassung von Artikel 49 Absatz 2 KVG: "... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ..."
- Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: "Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen."

2.3.4. Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Der Kanton Glarus anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann.

Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung ist aus Sicht des Kantons Glarus unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.

Anträge:

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: Artikel 47c ist zu ergänzen mit Absatz 3 (neu): "Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten." Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
- Eventualiter: Absatz 3 (neu 4): "... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insbesondere mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Artikel 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen."
- Eventualiter: Absatz 4 (neu 5): "Sie müssen Regeln zur Korrektur korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen."
- Eventualiter: Absatz 6 (neu 7): "Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind."
- Absatz 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.

2.4. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Der Kanton Glarus lehnt die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Medikamente ab, da Qualität und Sicherheit der aktuell recht guten Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten damit unnötig aufs Spiel gesetzt werden:

- Behörden und Krankenversicherer bestimmen die Medikamentenauswahl mit Fokus auf Kosteneinsparungen statt auf Qualität und Versorgungssicherheit.
- Dies hat erzwungene Medikamentenwechsel zur Folge (sofern der Patient den Differenzbetrag nicht selber zahlen will), was die Patienten verunsichert und überfordert, zu schlechterer Therapietreue und Falscheinnahmen und damit zu höheren Kosten durch mehr Arztbesuche, Hospitalisationen etc. führt.
- Aufgrund des noch grösseren Preisdrucks muss mit einem Sterben von Generikafirmen und damit verbunden mit einem massiven Know-how-Verlust gerechnet werden, da diese bei starkem Preisverfall die Vermarktung einstellen werden.
- Daraus resultiert eine Abhängigkeit von wenigen Anbietern, was zu noch mehr Medikamentenengpässen führt (gemäss www.drugshortage.ch vermelden allein die grossen Generikafirmen Sandoz, Helvapharm, Mepha und Spirig zurzeit zusammen über 180 Lieferengpässe. Betroffen sind insbesondere essentiell wichtige therapeutische Gruppen wie Antibiotika, Augenarzneimittel, Blutdruckmittel und Psychopharmaka).
- Gemäss Erfahrungen aus der EU können Gesundheitskosten nur kurzfristig gesenkt werden (weshalb aktuell z. B. in Deutschland Diskussionen um Verabschiedung aus dem Referenzpreissystem im Gange sind).
- Ebenfalls zeigen Erfahrungen aus der EU, dass mittelfristig eine Verlagerung zu teureren, patentierten Produkten erfolgt, damit Patienten keine Zuzahlungen zu leisten haben, was wiederum eine Kostensteigerung zur Folge hat.

- Da nachhaltige Kostendämpfungsmassnahmen nach wie vor jedoch angezeigt sind, müssen Massnahmen für konsequente Erreichung der Therapietreue, drastische Verminderung von Medikamentenabfällen sowie alternative und wirkungsvolle Anreize zur Förderung der Generika-Abgabe ausgearbeitet und umgesetzt werden
- Die Trägerstoffe der Medikamente sind gerade bei multimorbiden Patienten wesentlich. Bei einem Referenzpreissystem werden sie aber ganz ausser Acht gelassen.
- Auch die Verabreichungsformen haben einen wesentlich grösseren Einfluss auf die Gesundheit des Patienten als angenommen (Wirkgeschwindigkeit, Verträglichkeit und [bei dementen Patienten] Akzeptanz des Medikamentes durch den Patienten). Eine zwingende Anpassung je Referenzpreis schafft nur Komplikationen. Diese sind auf die Dauer selten kostensparend.

Antrag:

- Verzicht auf die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Medikamente

2.5. Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG (Art. 53 Abs. 1bis E-KVG)

Der Kanton Glarus lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG entschieden ab.

Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen/Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste/-planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spital-eigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.

Antrag:

- Verzicht auf Neuregelung Artikel 53 Absatz 1bis E-KVG

2.6. Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Der Kanton Glarus beurteilt diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tariffhöhe und Aufnahmepflicht.

Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die

Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspi-
tex).

3. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungs-
paket vom Kanton Glarus durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber
die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regulationsform empfindlich und be-
dürfen daher aus Sicht des Kantons Glarus einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die
Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

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

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat


Dr. Andrea Bettiga
Landammann


Hansjörg Dürst
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF- und Word-Version):

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

versandt am: **05. Dez. 2018**



Sitzung vom

11. Dezember 2018

Mitgeteilt den

11. Dezember 2018

Protokoll Nr.

1014

Per E-Mail zustellen an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 haben Sie uns den Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetzes) zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Möglichkeit zur Stellungnahme bedanken wir uns und nehmen wie folgt Stellung:

Als wichtiger Akteur im Bereich der Finanzierung des Gesundheitswesens ist es für den Kanton Graubünden wichtig, dass kostensparende Massnahmen im Gesundheitswesen angestrebt werden. In diesem Sinne begrüssen wir grundsätzlich die Stossrichtung der Vorlage zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung. Einige Massnahmen tangieren jedoch die Kompetenzen und die Zuständigkeiten der Kantone, weshalb die Vorlage einer Überarbeitung bedarf. Die Kompetenzen der Kantone müssen unbedingt gewahrt werden.

Für die detaillierten Anträge sowie die Begründungen der Anträge verweisen wir auf das ausgefüllte Formular sowie auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 30. Oktober 2018, die wir zum integrierenden Bestandteil unserer Stellungnahme erklären.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.



Namens der Regierung

Der Präsident:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Cavigelli'.

Dr. Mario Cavigelli

Der Kanzleidirektor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Spadin'.

Daniel Spadin

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Graubünden (Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit)

Abkürzung der Firma / Organisation : GR

Adresse : Hofgraben 5, 7001 Chur

Kontaktperson : Vitus Demont

Telefon : 081 257 26 14

E-Mail : vitus.demont@djsg.gr.ch

Datum : 23.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GR	Als wichtiger Akteur im Bereich der Finanzierung des Gesundheitswesens ist es für den Kanton Graubünden wichtig, dass kostensparende Massnahmen im Gesundheitswesen angestrebt werden. In diesem Sinne begrüssen wir grundsätzlich die Stossrichtung der Vorlage zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung. Einige Massnahmen tangieren jedoch die Kompetenzen und die Zuständigkeiten der Kantone, weshalb die Vorlage einer Überarbeitung bedarf. Die Kompetenzen der Kantone müssen unbedingt gewahrt 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GR	42	3		Die vorgeschlagene Regelung lehnen wir aufgrund des erheblichen Zusatzaufwands bei den Leistungserbringern und aufgrund des fraglichen Nutzens im Hinblick auf die Kostendämpfung ab. Wir unterstützen deshalb den Vorschlag der GDK, den Versicherten ein Auskunftsrecht gegenüber den Leistungserbringern bezüglich der abgerechneten Leistungen und der damit verbundenen Kosten einzuräumen. Ebenso befürworten wir den Ausweis des Kantonsanteils an den Kosten auf der Leistungsabrechnung der Versicherer an die Versicherten.	Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung. Ergänzung: «... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»
GR	43	5		Wir unterstützen die Stellungnahme sowie den Änderungsantrag der GDK. Insbesondere sind wir der Meinung, dass eine schweizweit einheitliche Tarifstruktur nur in jenen Fällen Sinn macht, bei denen schweizweit auch ähnliche Versorgungsstrukturen bestehen sowie bei klar abgrenzbaren Leistungen. Für die anderen Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.	Überarbeitung der Bestimmung. Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf <i>klar abgrenzbare, standardisierte</i> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <i>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</i>»
GR	44	1		Wir gehen davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Die vorgeschlagene Regelung kann dagegen zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

GR	47a	1		Wir begrünnen die Schaffung einer Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen gemäss Art. 47a E-KVG, unterstützen jedoch die Änderungsanträge der GDK. Insbesondere sind wir der Meinung, dass die Kantone paritätisch an der Organisation beteiligt sein sollten und dass die Zuständigkeit der Tariforganisation sich zumindest in der Startphase auf die Erarbeitung der Tarifstrukturen für die ärztlichen Leistungen und die ambulanten Spitalleistungen beschränken sollte.	«Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <i>gemeinsam mit den Kantonen</i> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <i>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen</i> zuständig ist. »
GR	47a	3			«...so setzt der Bundesrat sie für <i>die Beteiligten nach Absatz 1</i> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. »
GR	47a	4			«Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <i>der Organisation</i> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. »
GR	47b	2		Wir begrünnen die Einführung der Datenlieferpflicht an den Bundesrat. Damit wird es dem Bundesrat erst ermöglicht, zu beurteilen, ob eine Tarifstruktur noch sachgerecht ist oder nicht, und ob in letztem Fall allenfalls eine Anpassung der Tarifstruktur notwendig ist. Da wir dafür plädieren, dass weiterhin auch kantonale Tarifstrukturen für diejenigen Bereiche welche kantonale sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen aufweisen, möglich sein sollen, ist die Bestimmung durch eine entsprechende Datenlieferungspflicht an den Kanton zu ergänzen.	«Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <i>und den Kantonen</i> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <i>Tarifstrukturen</i> notwendig sind. ...»
GR	47b	3			«Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen....»
GR	47c			In Übereinstimmung mit der GDK fordern wir die Überarbeitung der Bestimmung. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz der Kantone trotz der Einführung der neuen Bestimmung respektiert werden. Eventuell sollte die Bestimmung mit einem neuen Absatz 3 ergänzt werden (vgl. rechte Spalte), da bei kantonalen Tarifverträgen die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten sollten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.	Zum Eventualantrag: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): <i>«Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.»</i> Abs. 3 (neu 4): <i>«... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»</i> Abs. 4 (neu 5): <i>«Sie müssen Regeln zur Korrektur korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»</i> Abs. 6 (neu 7): <i>«Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<i>Genehmigung durch den Bund.</i> Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat <i>die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund</i> die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat <i>der zuständigen Behörde</i> auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.» Abs. 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.
GR	53	1 ^{bis}		Wir lehnen die Massnahme entschieden ab. Zur Begründung verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK vom 30. Oktober 2018.	Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1 ^{bis} E-KVG.
GR	59b	1		Bezüglich der Einführung eines Experimentierartikels unterstützen wir die von der GDK vorgebrachten Einwände: Insbesondere muss die Zuständigkeitsordnung zwischen Bund und Kanton gewahrt werden: Regionale beziehungsweise kantonale Pilotprojekte müssen von den Kantonsregierungen bewilligt werden können. Zudem erscheint uns der Vorschlag, wonach die Versicherten zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, nicht angebracht zu sein. Ebensovienig dürfen die Kantone zur Teilnahme verpflichtet werden können. Zudem ist es wichtig, dass die Pilotprojekte reversibel sind. In diesem Sinne unterstützen wir den Änderungsantrag der GDK betreffend den Artikel 59b E-KVG.	Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention» Abs. 1: «Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <i>bei nationalen Projekten</i> das EDI und <i>bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</i> Pilotprojekte <i>insbesondere</i> in folgenden Bereichen bewilligen...»
GR	59b	1	g		- Ergänzung von Abs. 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz»

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

GR	59b	1	h		Ergänzung von Abs. 1: « <i>h. Prävention</i> »
GR	59b	2			«Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <i>und reversibel</i> .»
GR	59b	4			«Die Kantone , die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»
GR	59b	6			«Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <i>für maximal drei Jahre</i> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann <i>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird....</i> »
GR					

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GR	49	Um im stationären Bereich eine Analogie zur beantragten Änderung von Art. 47a Abs. 4 E-KVG herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tarifierorganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <i>durch die Organisation</i> zur Genehmigung unterbreitet.»
GR		Bezüglich der Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung verweisen wir auf die Stellungnahme der GDK. Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitex). Es sollte zukünftig sichergestellt werden, dass die Invaliden- und die Unfallversicherung gegenüber den Leistungserbringern kostendeckende Tarife anwenden. Die Kantone sind im Bereich der IV und der UV nicht zur Restfinanzierung verpflichtet.	

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Envoi par courriel
Office fédéral de la santé publique
Division prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Hôtel du Gouvernement
2, rue de l'Hôpital
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 11
f +41 32 420 72 01
chancellerie@jura.ch

Delémont, le 11 décembre 2018

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la procédure de consultation sur l'avant-projet du DFI sur la révision partielle de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet

Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien vous remercie de lui donner la possibilité de prendre position sur la révision partielle de la LAMal – 1^{er} volet des mesures visant à freiner la hausse de coûts. Il vous sait gré également de lui avoir accordé un délai supplémentaire courant jusqu'au 10 janvier 2019 afin de permettre une inscription à l'ordre du jour de la séance du Parlement jurassien de décembre 2018. Ce dernier a en effet souhaité débattre de la présente prise de position.

Le Gouvernement jurassien est vivement intéressé à participer activement aux réflexions sur les mesures à prendre, par l'ensemble des acteurs concernés, pour freiner la hausse des coûts de la santé. Il relève cependant que la fragmentation des révisions de la LAMal et de ses ordonnances induit des risques de générer des interactions néfastes pour la mise en place globale des révisions prévues d'une part, et regrette fortement le manque de vision d'ensemble du système et des mesures, notamment en termes de hiérarchisation et d'effets financiers potentiels, pourtant absolument indispensables à la bonne appréhension de ce dossier complexe, d'autre part.

Le lien entre les mesures proposées par les experts et les modifications de la LAMal mises en consultation est parfois difficile à saisir dans le rapport du DFI mis en consultation. La prise de position s'est ainsi avérée être un exercice périlleux. Le Gouvernement a repris les différentes mesures retenues en les commentant et en exprimant son avis sur les modifications légales qui en découlent. Un effort de présentation et de systématisation pour le ou les prochains volets de mesures est vivement souhaité.

Pour chacune des mesures proposées, le Gouvernement jurassien prend position comme suit :

Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02) (art. 59b)

Il s'agit d'une bonne mesure, même si l'on peut douter qu'elle suscite un grand nombre de projets. En effet, la loi actuelle offre déjà de nombreuses possibilités d'interventions propres à mieux contrôler les coûts et qui ne sont pas utilisées, tels l'abandon de la rémunération à l'acte ou un contrôle renforcé de l'économicité des prestations.

Le Gouvernement jurassien, à l'instar de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), est d'avis que cet article expérimental est trop restrictif et que les cantons doivent pouvoir autoriser des projets cantonaux ou régionaux. Les compétences décisionnelles des cantons pourraient être remises en cause avec ce nouvel article 59b, qui donne tous les pouvoirs à la Confédération et permet d'imposer aux cantons de participer à un projet pilote. Le Gouvernement jurassien est d'avis que cette obligation faite aux cantons, de même qu'aux assurés, doit être supprimée du projet de modification de l'article 59b. Une obligation de participer des assurés devrait au minimum être accompagnée d'une compensation qui n'est pas explicitement mentionnée dans l'article.

Le Gouvernement jurassien soutient la proposition de modification de la CDS à savoir :

- Modification de l'intitulé du chapitre : « Projets pilotes visant à maîtriser les coûts et à promouvoir les soins intégrés et la prévention »
- Al. 1 : « Dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles, le DFI peut autoriser des projets pilotes nationaux et les gouvernements cantonaux peuvent autoriser des projets pilotes régionaux/cantonaux; cela notamment dans les domaines suivants... »
- Complément à l'al. 1 : « g. financement de nouvelles prestations visant à augmenter la qualité et l'efficacité des soins »
- Complément à l'al. 1 : « h. prévention »
- Al. 2 : « Les projets pilotes sont limités dans leur objet, leur durée et leur application territoriale et ils sont réversibles. »
- Al. 4 : « Les assureurs, les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives peuvent être tenus de participer à un projet pilote si une participation volontaire ne permet pas d'évaluer de manière adéquate les effets d'une généralisation ultérieure du projet pilote. »
- Al. 6 : « Au terme du projet pilote, le Conseil fédéral peut prévoir que les dispositions visées à l'al. 3 restent applicables pendant trois ans au maximum si l'évaluation a montré que le modèle permet de maîtriser efficacement les coûts, respectivement de promouvoir les soins intégrés ou la prévention, et dès lors qu'un projet législatif va être lancé. ».

Renforcer le contrôle des factures (M09)

Le rapport du DFI mentionne que les bases légales actuelles sont suffisantes pour renforcer ce contrôle mais qu'elles doivent être appliquées de manière plus rigoureuse. Le contrôle systématique des factures est l'une des mesures proposées par le groupe d'experts. Malgré un fort potentiel d'économie immédiat, il ne faut pas attendre de cette mesure qu'elle infléchisse significativement la croissance des dépenses sur le moyen et long termes.

L'amélioration du contrôle des factures par l'assureur-maladie ou un organisme mandaté par lui constitue une mesure importante. A ce jour, en raison du manque de transparence et du recours à des données agrégées, le contrôle de l'économicité reste imparfait. Il faut, dès à présent, préparer le terrain à l'utilisation d'algorithmes intelligents permettant de repérer notamment les consommations qui ne correspondent pas aux bonnes pratiques cliniques.

Le contrôle des factures par les assureurs-maladie permet aujourd'hui déjà de réaliser des économies importantes. Le renforcement doit aller dans le sens d'une amélioration des données

(codes CIM) et des outils permettant le contrôle des critères AEA (algorithmes intelligents). Savoir si les assureurs vont travailler en commun ou individuellement est secondaire. Pour améliorer l'efficacité de ces contrôles, toutes les factures devraient être établies dans un format électronique standard. Le Gouvernement est d'avis qu'introduire un contrôle renforcé des factures doit nécessairement s'accompagner de mesures pour garantir la transparence de la part des prestataires de soins tout en garantissant la protection des données des assurés.

Remettre une copie de la facture à l'assuré (art. 42, al. 3)

Le Gouvernement jurassien, même s'il partage le but, ne s'attend pas à ce que cette mesure ait un effet majeur sur les coûts ; elle ne fait d'ailleurs pas partie des mesures proposées par les experts. Peut-être peut-on espérer un effet préventif de modération chez celui qui établit la facture, mais cela reste à prouver. Par contre, elle occasionnerait une surcharge administrative importante pour les fournisseurs de prestations.

Si le but est de faire prendre conscience aux assurés du coût complet des prestations reçues, le Gouvernement jurassien est d'avis que les assureurs doivent alors compléter leur décompte de prestations en mentionnant systématiquement la part assumée par le canton. L'art 42, al. 3 devrait être complété dans ce sens afin d'augmenter la transparence pour le patient.

Créer un organe indépendant de contrôle des factures (M35)

Les experts souhaitent que les assureurs-maladie regroupent leurs forces afin de parvenir à une meilleure application des critères dits EAE (efficacité, adéquation, économicité). L'organe indépendant, agissant sur mandat des assureurs, pourrait centraliser toutes les données de ceux-ci et travailler ainsi d'une manière plus efficiente.

La loi actuelle prévoit déjà un organe indépendant – le médecin-conseil – que les assureurs peuvent consulter sur les questions médicales et pour le contrôle des critères EAE (art. 57 LAMal). Il serait même possible, selon le DFI, de créer un conseil national des médecins-conseils.

Une collaboration pour développer des outils intelligents d'analyse des factures serait sans doute profitable, mais c'est aux assureurs d'en décider et de s'organiser dans le cadre du mandat qui leur est déjà donné. De plus, les assureurs, qui travaillent avec des données individuelles, sont mieux armés pour l'analyse des critères EAE que l'organisme centralisé de *santésuisse*, qui ne reçoit que des données agrégées.

Plutôt que d'inciter les assureurs-maladie à collaborer dans le contrôle des factures (ce qui se fait déjà en partie), il conviendrait de créer les conditions pour que le contrôle d'économicité et d'adéquation devienne pleinement opérationnel en facilitant l'accès aux données.

Créer une organisation tarifaire nationale dans le domaine ambulatoire (M34) (art. 47a)

Jusqu'ici, la mise en place d'un organisme tarifaire (TARMED Suisse) a été laissée à l'initiative des partenaires, à qui appartient la responsabilité d'adapter la structure tarifaire aux changements des techniques et des pratiques médicales. L'expérience montre qu'il est aujourd'hui presque impossible de modifier le tarif médical TARMED, car tout changement exige une décision prise à l'unanimité. Il suffit qu'un seul partenaire s'oppose à une mesure pour bloquer toute révision. Autre difficulté : la loi n'oblige pas les fournisseurs de prestations à livrer des données aux partenaires tarifaires. L'évolution du tarif se heurte donc aujourd'hui à un double obstacle : une mauvaise gouvernance et un manque d'accès aux données.

La compétence du nouvel organisme devrait se limiter aux tarifs applicables dans toute la Suisse et la manière dont l'organisation se finance doit être définie dans la loi. Dans ce sens, le Gouvernement jurassien approuve l'ensemble des propositions de modifications proposées par la CDS, à savoir :

- Al. 1 : « Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, de concert avec les cantons, une organisation composée sur une base paritaire compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires pour les tarifs à la prestation, l'accent étant placé sur les prestations médicales, ainsi que pour les forfaits ambulatoires dans la mesure où les partenaires tarifaires le souhaitent. »
- Al. 3 : «... le Conseil fédéral l'institue pour les parties selon l'alinéa 1. »
- Al. 4 : « Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »
- Institution d'une disposition légale régissant le financement de l'organisation.
- Adaptation de l'art. 49, al. 2, LAMal : « Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »

Maintenir la structure tarifaire à jour (M25) (art. 47b)

Avec l'évolution de la technologie médicale, certains actes deviennent plus complexes et prennent davantage de temps à réaliser, tandis que pour d'autres, le temps d'intervention du médecin diminue. Les changements dans les pratiques, les processus et les technologies sont courants. La rémunération des actes doit être régulièrement adaptée pour ne pas devenir obsolète et éviter des hausses des coûts ou la multiplication des actes. Le Gouvernement partage ainsi l'avis du groupe d'experts.

Le DFI a repris dans une large mesure les propositions des experts. Les modifications proposées portent sur l'obligation de fournir les données nécessaires à l'adaptation de la structure tarifaire et sur les mesures de pilotage des coûts. Les fournisseurs et les assureurs-maladie doivent s'entendre sur des mesures permettant de piloter l'évolution des coûts tout en surveillant les volumes. Des mécanismes doivent permettre de corriger les augmentations injustifiées. Sur ce point également, le Conseil fédéral peut intervenir à titre subsidiaire.

Le Gouvernement jurassien relève que ce sont néanmoins les cantons qui sont amenés à approuver les conventions tarifaires entre les partenaires ou à fixer les tarifs en cas d'échec des négociations tarifaires. Afin de pouvoir exercer le rôle qui lui est confié par la LAMal, il est indispensable que le canton ait également accès aux données et la possibilité de prendre des sanctions, de manière générale. L'art. 47b doit donc être modifié dans ce sens.

Mesures visant à piloter les coûts (variante de M01) (art. 47c)

La mesure proposée par le DFI – obligation de passer des conventions – est moins contraignante que celle proposée par les experts qui préconisent la mise en place de plafonds. Les partenaires tarifaires seraient obligés de s'entendre sur des mesures de pilotage des coûts, à inscrire dans des conventions nationales. Ils disposeraient d'une grande liberté sur la forme du mécanisme de pilotage.

L'un des buts de ces conventions est de contraindre les partenaires à se mettre d'accord sur l'évolution acceptable des quantités, cela pour les différentes branches de prestations, et à prévoir aussi des mesures de correction si les valeurs cibles sont dépassées (par exemple introduction d'un tarif dégressif).

Le Conseil fédéral disposerait d'une compétence subsidiaire si les parties n'étaient pas en mesure de passer une convention dans un délai de deux ans. Pour le cas où il devrait faire usage de cette compétence, le Conseil fédéral doit pouvoir disposer des données venant des assureurs et des

fournisseurs de prestations. Il va de soi que les cantons doivent aussi disposer prioritairement desdites données.

Les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations sont-ils à même de décider du rythme de croissance acceptable des dépenses de santé ? Il y a là sans doute, aux yeux du Gouvernement jurassien, une erreur de paradigme. Les assureurs-maladie ont la responsabilité d'une bonne gestion administrative des cas, ce qui est déjà une tâche importante. Demander aux fournisseurs de prestations de décider de la croissance acceptable des dépenses les placerait devant un sérieux conflit d'intérêts. Il paraît ainsi peu probable que les conventions aillent suffisamment loin pour atteindre le but recherché. En effet, réguler la croissance des dépenses est un paramètre de la politique de santé publique qui doit donc relever de la responsabilité de la Confédération et des cantons.

Par ailleurs, le Gouvernement jurassien s'interroge sur la manière dont le Conseil fédéral envisage de faire usage de sa compétence (subsidaire). Fixera-t-il un plafond global ou des plafonds par domaine, type de prestations ou région ? Dans tous les cas, le Gouvernement juge indispensable que les cantons soient associés à cette démarche ardue qui devrait être mieux détaillée dans la loi.

De plus, de nombreuses conventions sont cantonales et le Gouvernement jurassien regrette que le DFI n'en fasse pas mention et n'ait pas prévu d'étendre cette disposition aux conventions tarifaires cantonales. Il partage la demande de la CDS de retravailler cet article dans le sens ci-dessus.

- Remaniement de la disposition
- Éventuellement : compléter l'art. 47c par l'al. 3 (nouveau) : « Les mesures selon l'alinéa 1 peuvent être intégrées aux contrats tarifaires cantonaux en vigueur ou faire l'objet de contrats cantonaux à part ; ceux-ci seront soumis au gouvernement cantonal pour approbation. » Les dispositions prévues dans les contrats nationaux devraient en effet s'appliquer par analogie aux contrats tarifaires cantonaux. Dans ce cas, l'approbation devra relever des gouvernements cantonaux.
- Éventuellement : al. 3 (qui deviendrait al. 4) : « ... Ces mesures doivent être harmonisées avec une planification et un pilotage par les autorités compétentes et avec les bases mêmes de cette planification, en particulier avec la planification hospitalière ou celle des établissements médico-sociaux selon l'art. 39 de la LAMal, et elles tiendront compte de manière adéquate de tout risque d'offre insuffisante ou excédentaire. »
- Éventuellement : al. 4 (qui deviendrait al. 5) : « Elles doivent prévoir des mesures correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts par rapport à l'année précédente. »
- Éventuellement : al. 6 (qui deviendrait al. 7) : « Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation les mesures convenues à l'autorité cantonale ou nationale responsable de la planification et du pilotage dans le domaine visé. À défaut d'une compétence établie, l'approbation relève de la Confédération. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, l'autorité responsable de la planification et du pilotage ou, à défaut d'une telle compétence établie, la Confédération les fixe. Les fournisseurs de prestations et les assureurs communiquent gratuitement à l'autorité compétente, sur demande, les données nécessaires à cette fin. »
- Al. 7 (qui deviendrait al. 8) : supprimer, sa teneur étant évidente.

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire (M15) (art. 43, al. 5)

Le groupe d'experts a proposé d'introduire une facturation forfaitaire dans le domaine ambulatoire, pour des interventions standardisées, à l'image des DRG du domaine stationnaire. Ces forfaits seraient appliqués dans toute la Suisse aussi bien pour l'ambulatoire hospitalier que pour les cabinets médicaux.

Le projet du DFI ne donne aucune directive sur la marche à suivre pour fixer ces forfaits. Respecter l'autonomie tarifaire des parties directement intéressées (assureurs-maladie et fournisseurs de soins) est positif, mais reste, aux yeux du Gouvernement jurassien, insuffisant. Le Conseil fédéral devrait énoncer des directives sur la démarche afin que le calcul se fonde sur des faits observés (« *evidenced-based* »). Si la modification de la structure TARMED ne peut être menée à bien sans données, il en va bien sûr de même des forfaits ambulatoires. Pour évaluer les ressources nécessaires, les partenaires doivent disposer de données adéquates.

Le Gouvernement jurassien est favorable à cette mesure, pour autant que la démarche soit précisée et que des différences tarifaires cantonales soient encore possibles. En effet, les coûts fixes d'un cabinet à Genève ou dans le Jura ne sont pas directement comparables. Un mécanisme permettant d'adapter les forfaits aux structures tarifaires cantonales paraît donc indispensable, surtout pour certaines prestations pour lesquelles la prise en charge peut varier par région (ex : réadaptation cardio-vasculaire).

Introduire un système de prix de référence pour les médicaments (M22) (art. 44)

Les experts ont constaté que les médicaments génériques se vendent beaucoup plus cher en Suisse que dans les pays qui servent de référence à l'Office fédéral de la santé publique pour fixer le prix des préparations originales. Ils proposent d'introduire pour les génériques un système de prix de référence, ce qui revient à calculer le remboursement sur le prix des médicaments les moins chers. L'assuré qui ne choisirait pas un médicament dont le prix est inférieur au prix de référence – il n'y serait pas obligé – devrait payer lui-même la différence.

Le Gouvernement jurassien estime que l'introduction d'un prix de référence est une mesure efficace de contrôle des coûts de l'assurance obligatoire, malgré un potentiel d'économie toutefois modeste. Cependant, les deux modèles de mise en œuvre proposés paraissent compliqués. L'expérience montre qu'il faut éviter de viser trop d'objectifs avec une seule et même mesure.

Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux (art. 53)

Cette mesure, qui n'a pas été proposée par le groupe d'experts, est clairement rejetée par le Gouvernement jurassien. Le pilotage de l'assurance-maladie obligatoire doit rester de la compétence de la Confédération et des cantons. C'est à la Confédération et aux cantons que revient la responsabilité principale du contrôle des tarifs négociés entre les partenaires. Les assureurs-maladie ont également des tâches importantes que ne peuvent remplir ni la Confédération ni les cantons : assurer une bonne gestion des cas (contrôle des prestations, contrôle des factures), veiller au respect des critères EAE (efficacité, adéquation, économicité) et proposer des modèles d'assurance favorisant une bonne gestion des soins (soins intégrés). Le droit de recours proposé aboutirait à une dilution des responsabilités.

On ne peut pas de plus exclure que dans certains cas de figure, des recours soumis par des assureurs ne contreviennent à l'objectif d'une planification hospitalière conforme aux besoins et, partant, à celui de la maîtrise des coûts pour des raisons purement commerciales liées aux assurances complémentaires.

Mesures à prendre dans l'assurance-accident, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire

Cette mesure n'a pas été proposée par les experts. La modification législative vise à permettre au Conseil fédéral d'obtenir les données nécessaires de la part des assureurs, des fournisseurs de prestations et de la nouvelle organisation tarifaire nationale. Ce changement paraît légitime, mais le Gouvernement jurassien s'interroge sur la pertinence de lier cette disposition à l'ensemble de mesures qui visent à mieux contrôler l'évolution des dépenses de santé.

Conclusion

La responsabilité de **piloter** le système de santé revient à la Confédération et aux cantons. Ils ne doivent déléguer cette tâche ni aux assureurs-maladie, ni aux fournisseurs de soins. Notre système de santé n'est pas un marché comme les autres, où l'on peut s'en remettre aux seuls mécanismes de concurrence pour garantir des prestations de qualité, à bon prix. L'expérience a montré que l'hypothèse émise au moment de l'élaboration de la loi sur l'assurance-maladie, selon laquelle la seule concurrence entre les assureurs-maladie rend le système efficient, est erronée. Il y a donc lieu de travailler sur des mécanismes de contrôles des prix et des quantités en garantissant une information des partenaires aussi transparente que possible. Un changement de paradigme est absolument nécessaire.

En conclusion, le Gouvernement jurassien salue la volonté du DFI de proposer des mesures visant à freiner la hausse des coûts. Cependant, il regrette le manque de vision d'ensemble, de systématique et de précisions quant à la mise en œuvre de ces mesures, notamment au niveau des économies potentielles. Les exemples montrant la grande difficulté récurrente des partenaires tarifaires à se mettre d'accord font craindre une incapacité de leur part à mettre en œuvre les objectifs énoncés par le DFI. Par ailleurs, le Gouvernement jurassien déplore que, contrairement au rapport des experts, le rapport du DFI n'indique aucune priorité entre les mesures proposées et ne précise pas l'ampleur et le calendrier des effets attendus (sur les prix, les quantités, et donc sur les dépenses) par les mesures, éléments indispensables au pilotage du système.

En vous remerciant de l'avoir consulté, le Gouvernement jurassien vous présente, Madame, Monsieur, l'expression de ses sentiments distingués.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


David Eray
Président




Gladys Winkler Docourt
Chancelière

Annexe : extrait du Journal des débats du Parlement

EXTRAIT
DU JOURNAL DES DÉBATS
DE LA SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 2018
(non corrigé – ne pas publier)

22. Réponse à la consultation fédérale sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – premier volet

La présidente : Ce point a été mis à l'ordre du jour à la demande d'un groupe parlementaire auprès du Bureau. L'ensemble des députés ont reçu le projet de réponse du Gouvernement. Ils ont pu prendre connaissance en ligne du dossier de consultation. Je rappelle que la réponse du Gouvernement ne peut pas être modifiée. Le Parlement prend simplement position sur celle-ci, et le Journal des Débats de notre Législatif sera transmis avec la réponse du Gouvernement. Je passe toute de suite la parole à Monsieur le ministre Jacques Gerber pour le rapport du Gouvernement.

M. Jacques Gerber, ministre de la santé : Permettez-moi tout d'abord en préambule devant vous de remercier mon chef de service ainsi que sa suppléante pour la très bonne note qu'ils m'ont préparée pour ce propos. Chaque année à l'automne, à l'annonce des primes d'assurance-maladie, les autorités et les assurés s'insurgent contre la hausse annoncée. Le manque de transparence des chiffres publiés par les assureurs, la concurrence qui ne fonctionne pas, le manque de pilotage de l'Office fédéral de la santé publique, l'opacité générale du système qui se complexifie chaque année, sont autant de critiques qui reviennent systématiquement... et malheureusement au bout de quelques jours voire quelques semaines, les autres sujets d'actualité reprennent le dessus... et la population continue à payer ses primes mensuellement...

Mais soyons lucides les primes augmentent car le volume des prestations augmente ! Et le volume des prestations augmente car la population vieillit, mais aussi car nos exigences croissent et que le progrès technique entraîne de nouvelles techniques coûteuses.

Les primes de l'assurance de base progressent à un rythme d'environ 4% par année depuis l'introduction de la LAMal en 1996 et ne sont plus supportables pour une partie des ménages.

Ça a été déjà dit, répété ce matin durant la discussion budgétaire, près du tiers de la population est d'ailleurs aidée par le Canton et la Confédération pour payer ses primes, via la réduction des primes, pour un montant global de 51.2 millions en 2018 dans le canton du Jura.

Dans notre canton, et depuis 2012, les dépenses LAMal par assuré ont crû plus rapidement que dans le reste de la Suisse, alors même que le niveau des dépenses absolues est déjà supérieur à la moyenne suisse. Le poids des dépenses de santé est donc plus important dans le canton du Jura.

Les tentatives pour corriger le système sont nombreuses, mais manquent souvent de coordination et malheureusement peinent à aboutir, que ce soit au niveau cantonal ou au niveau fédéral.

Comme vous le savez le domaine de la santé n'est pas un marché comme un autre. Ce qui représente des coûts pour le Canton, les assurés et les patients pour la partie payée de leur poche constitue des revenus pour les fournisseurs de prestations. Toute coupe dans les dépenses perçue comme un allègement de charge pour les premiers est ressentie comme un frein à la croissance des revenus, voire une amputation de revenu pour les seconds. Il n'est donc pas étonnant que chaque tentative de modification des équilibres soit sévèrement débattue, et qu'il soit donc souvent impossible de dégager des majorités pour des solutions réellement innovantes et permettant de vraies améliorations du système.

Afin de tenter de trouver des solutions de manière globale, le Conseil fédéral a donné mandat début 2017 à un groupe d'experts d'analyser le système de santé actuel en Suisse et de proposer, sur la base des expériences faites à l'étranger, des mesures pour infléchir la hausse des volumes de prestations, mesures qui pourraient être implantées en Suisse par l'ensemble des acteurs : c'est-à-dire, les prestataires, les cantons, la Confédération, et également les citoyens et les patients.

Le groupe d'experts a rendu son rapport préconisant 38 mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins en août 2017. Il a notamment analysé les incitations inopportunes du système pour les différentes catégories d'acteurs.

Selon ces experts, la Suisse disposerait d'un potentiel d'amélioration de l'efficacité de l'ordre de 20%. En d'autres termes, il serait possible, par des mesures appropriées, de réduire les dépenses d'un cinquième sans diminuer la qualité des soins de l'assurance de base. Mesdames et Messieurs, c'est juste énorme !!

Le Conseil fédéral, sur la base de ce rapport, a mis en consultation une révision de la LAMal intitulée « premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts » composée de 12 mesures. Le lien entre les mesures proposées par les experts et le projet de modification de loi mis en consultation est souvent, nous devons l'admettre, difficile à saisir. Le Gouvernement a identifié six mesures qui proviennent directement du rapport des experts et six autres qui s'en inspirent de manière plus ou moins évidente.

Je ne vais pas m'étendre sur le contenu de la réponse du Gouvernement à la consultation qui vous a été remise. Les mesures sont dans la majorité des cas soutenues, moyennant un certain nombre de précisions dans la rédaction ou dans la mise en œuvre de la mesure elle-même.

Vous l'aurez compris, il s'agit d'un dossier complexe, avec des interactions nombreuses entre les acteurs concernés. Les impacts des mesures proposées sont parfois difficiles à cerner. Le Gouvernement s'est attelé à prendre position dans une optique d'amélioration globale du système de santé. Le Gouvernement a toujours veillé à maintenir, voire augmenter, la qualité des prestations et à définir clairement les rôles et responsabilités de chacun de manière à garantir une cohérence générale du système en supprimant les incitations inopportunes mises en évidence par les experts. Le Gouvernement souhaite ainsi clarifier le rôle des cantons.

Aujourd'hui, le Gouvernement vous invite à soutenir sa réponse à la consultation et à lui faire part de vos éventuelles questions ou remarques. Ces éléments figureront au procès-verbal du Parlement, lequel sera joint à la prise de position du Gouvernement. Soyez assurés que le Gouvernement s'engage à tenir compte dans ses prochaines réflexions et lors de sa réponse aux prochaines consultations de la teneur de ce débat au sein et surtout des orientations qui auront été débattues ou proposées par le Parlement aujourd'hui.

Je vous remercie de votre attention et attends avec intérêt, évidemment, vos propositions aussi concrètes que possibles. Je vous remercie pour votre attention.

La présidente : Merci Monsieur le Ministre, la parole est à présent aux représentants des groupes parlementaires.

M. Michel Choffat (PDC) : Selon le groupe PDC-JDC, l'avant-projet du Département fédéral de l'intérieur sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts devrait être refusé et renvoyé à ses auteurs. En effet, lorsque l'on veut procéder à une révision si importante, il est pour le moins paradoxal de ne traiter qu'une partie du dossier ; c'est ce qu'on appelle le saucissonnage. Il en découle donc qu'il est impossible, pour les miliciens que nous sommes, d'avoir une vision globale des propositions et des conséquences.

Les propositions, bien que pertinentes pour la plupart, ne permettent pas de mesurer leur impact futur quant aux incidences relatives aux mesures permettant de freiner la hausse des coûts.

Toutefois, il nous semble que les réponses du Gouvernement vont dans le bon sens, en particulier celles proposées par la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la santé (CDS).

Ce qui nous paraît aussi essentiel, c'est la nécessité impérieuse d'obtenir plus de transparence à tous les niveaux, afin de mieux comprendre et maîtriser les coûts. La volonté de vouloir suggérer des projets expérimentaux nous satisfait également. Enfin, il semble que les cantons ne sont pas suffisamment impliqués et selon le principe que « qui commande paye », la Confédération devrait assumer plus de responsabilités financières !

En conclusion, et de façon générale, nous pouvons adhérer aux propositions de la réponse du Gouvernement, mais nous maintenons que cet avant-projet devrait être refusé, parce que partiel !

Mme Mélanie Brülhart (PS) : Le Groupe parlementaire socialiste jurassien salue la volonté du Conseil fédéral de mener une réforme globale du système de santé. Il note toutefois que la plupart des mesures préconisées s'attachent à corriger certains aspects du système, mais n'enlèvent pas la pression qui repose sur les épaules des assurés, voire l'augmentent.

Pour la mesure numéro 2, le Groupe parlementaire socialiste se prononce en faveur de l'article sur les projets pilotes avec toutefois quelques réserves. Les conditions à la mise en application de l'article 59b sont selon lui :

- que les projets pilotes ne violent pas d'autres lois qui, par exemple, exigent la qualité des prestations fournies, la liberté de contracter ou l'obligation de s'assurer ;
 - qu'il soit exclu que les services fournis par des prestataires non reconnus soient rémunérés, par exemple, en cas de dérogation au principe de territorialité ;
 - que les cantons puissent eux-mêmes lancer des projets pilotes ou refuser d'y participer ;
 - que les essais pilotes ne soient pas réalisés au détriment de la sécurité des patients ;
- et enfin,
- que la participation aux essais pilotes reste toujours volontaire et que les patients enrôlés aient donné leur accord.

Concernant les mesures 25 et 34 relatives à la structure tarifaire. La mise en place d'une structure similaire aux DRG pour les prestations ambulatoires est une mesure adéquate. Le Groupe socialiste s'étonne toutefois que le Conseil fédéral considère que les intérêts des assurés soient automatiquement défendus par les représentants des assureurs. En ce sens, nous militons pour une représentation plus directe des patients-assurés et pour la mise à

disposition des moyens y afférents en collaboration et en mandatant des institutions, comme par exemple l'Alliance des organisations de défense des consommateurs, regroupant FRC, SKS et ACSI.

Concernant la promotion des forfaits dans le domaine ambulatoire, mesure 15, toute mesure qui vise à rompre avec une tarification à l'acte est accueillie favorablement. Les forfaits diminuent les incitations à facturer tous les actes possibles à disposition dans Tarmed. Mais il faut aussi se montrer vigilant par rapport à l'acceptation de la population quant à ces forfaits. L'expérience montre que les patients sont disposés à accepter la facturation de prestations si elles sont précises et compréhensibles. Les forfaits ne sont pas personnalisés et imposent de facto une solidarité supplémentaire entre patients "simples" et "complexes". La population n'accepte que difficilement une solidarité financière supplémentaire en plus de la prime par capitation, surtout lorsque la franchise n'a pas été atteinte.

Concernant le système de prix de référence pour les médicaments, la mesure 22, le Groupe socialiste voit d'un bon œil une mesure qui, à priori, devrait mettre la pression sur l'industrie pharmaceutique plutôt que sur les patients. Cependant, on peut y déceler certains problèmes qu'il faudra résoudre : premièrement, la continuité et la sécurité des soins. En effet, comment assurer une bonne prise en charge des patients, en particulier des malades chroniques, si les médicaments remboursés doivent être changés tous les trimestres ? Les deux variantes proposées entraîneront des substitutions obligatoires dans les traitements, lorsque notamment le prix de référence baisse avec l'arrivée sur le marché d'un générique meilleur marché. En l'état, le projet de loi n'est clair ni sur la façon dont les changements seront gérés, ni sur la marge laissée aux patients dont la compliance à un traitement chronique dépend beaucoup de sa stabilité de fond et de forme. Il conviendrait également d'inclure, selon les classes des médicaments, des indications sur la forme galénique et non exclusivement sur la seule substance active. Un exemple : un patient est sous un antidouleur Tramadol. Sa difficulté à avaler, ou simplement la nécessité d'une dose précise fait décider le médecin à prescrire une solution à boire plutôt que des comprimés à avaler. Il s'en suivra que le prix de référence des comprimés sera appliqué à la solution, dont le prix d'achat est plus élevé. Le patient devra payer de sa poche la différence de prix ! Ceci est inacceptable.

Si l'effet des médicaments génériques sur le corps humain est le même, il existe des différences de qualité d'emballage, d'étiquetage, de notice, de goût, de taille de comprimé, etc. Comme ces critères ne sont pas pris en compte, on risque de devoir choisir un médicament de moindre qualité au détriment de la sécurité des soins et du succès du traitement. Les expériences douloureuses avec le système LIMA, donc la liste de moyens et appareils, prouvent suffisamment l'incompatibilité d'un système de prix de référence avec la pratique. En effet, aucun prestataire ne vendra à perte et donc la différence est payée de la poche du patient.

Il existe enfin un risque de rupture d'approvisionnement. Le mécanisme mis en place par les prix de référence constitue une menace massive pour la sécurité d'approvisionnement sur le marché suisse et dans les hôpitaux. La question des pénuries se pose déjà. Il est fort à parier que les produits à prix extrêmement bas, qui auront une influence majeure sur la fixation du prix de référence, disparaîtront généralement très rapidement du marché. D'une part, la petite taille du marché suisse et l'obligation faite aux industries de satisfaire à certaines exigences, comme par exemple le développement des emballages en 3 langues nationales, le rend particulièrement vulnérable. D'autre part, les prix encore malgré tout plus élevés qu'ailleurs le préservent encore quelque peu. Le problème, c'est que les fabricants indigènes sont libres de retirer du marché un traitement qu'ils continuent de produire pour l'étranger : quelles contraintes est-il prévu pour inciter l'industrie pharmaceutique à ne pas créer une pénurie dans le but d'en tirer un profit indu ? La suspension possible des mécanismes du prix de référence,

dans une variante ou dans l'autre, doit être accompagnée d'obligations faites aux fabricants de répondre aux besoins de la population helvétique.

Ensuite, la pression sur les prix induira une fabrication de principes actifs dans des pays où les salaires sont bas et la protection de l'environnement faible comme l'Inde ou la Chine, avec le risque élevé de goulets d'étranglement dans l'approvisionnement, des défauts de qualité et de formation de monopole. Citons l'exemple le plus récent : le retrait du marché de médicaments contenant l'antihypertenseur Valsartan à cause d'une substance cancérigène. Nous regrettons que les aspects liés à la qualité et à la sécurité de l'approvisionnement ne soient pas suffisamment pris en compte. Nous considérons également que si les biosimilaires sont inclus dans le prix de référence, alors le principe de substitution entre original et biosimilaire doit être réglé à l'article 52a LAMal, qui doit être modifié pour permettre la substitution.

Dernièrement, si un prix de référence est retenu, il faudra alors intégrer dans cette loi la problématique des médicaments me-too, qui sont une astuce de l'industrie pour prolonger artificiellement un brevet.

Concernant le contrôle des factures, le Groupe socialiste soutient la remise automatique de la facture aux assurés, indépendamment du régime d'assurance pour lequel ce dernier a opté, tiers payant ou tiers garant. Il faut savoir que les citoyens veulent en priorité connaître, non pas ce qui a été facturé, mais les raisons qui ont poussé l'assurance à ne pas prendre en charge tout ou partie des coûts. Les contrôles des factures et le paiement sont les tâches centrales des assureurs. Les assureurs doivent en assumer la responsabilité et eux-mêmes envoyer un duplicata de la facture avec l'explication de la part prise en charge.

Nous ne sommes pas d'accord sur l'idée du Conseil fédéral que la remise du duplicata de facture « responsabiliserait » le patient. Elle l'incite seulement à se montrer vigilant. Cette vigilance n'est pas possible partout et en tout temps. Par exemple, une personne subissant une anesthésie générale peut bien recevoir sa facture, elle ne sera pas en mesure de s'exprimer sur la grande partie de son contenu. En l'état actuel des choses, les factures sont illisibles pour une large frange des patients. Il est bien précisé dans le rapport explicatif qu'il faudrait faciliter la lecture des factures pour les patients. Quels moyens le DFI et l'OFSP envisagent-ils à cette fin ? Sans l'apport d'un soutien aux organismes qui défendent et accompagnent les citoyens dans cette tâche, cette mesure risque de n'atteindre que de façon partielle les objectifs visés.

Dans ce contexte, il est surtout important que la Confédération soutienne les cantons à la mise en place rapide et efficace du dossier patient informatisé. Ce dernier pourra alors plus facilement consulter les factures de ses différents prestataires.

Enfin, la création d'un service national de médecins-conseils obtient notre soutien. Il apporterait de l'indépendance et une centralisation accrue dans un système où les intérêts sont divergents et les fragmentations nombreuses. Il aurait pour effet également de fournir des données uniformisées très utiles pour la mise en place de programmes de santé publique adéquats.

Concernant le droit de recours pour les assureurs, nous ne soutenons pas cette mesure. Tout indique que ce droit de recours octroyé aux assureurs est susceptible de créer des paralysies supplémentaires dans le système de santé, sans possibilité de déblocage par l'entremise du pouvoir exécutif fédéral.

Je vous remercie vraiment de votre attention.

(Applaudissement)

Mme Suzanne Maitre-Schindelholz (PCSI) : En premier lieu, on peut saluer la volonté du Conseil fédéral d'avoir mandaté un collège d'experts internationaux afin de mener une réforme globale du système de santé et d'assurance des soins et de donner suite à leur rapport avec le projet de modification proposé.

Si toutefois la plupart des mesures proposées s'attache à corriger certains aspects du système de santé pour juguler la hausse des coûts, il ne faut pas s'attendre à de grands changements au niveau des augmentations des primes de caisse maladie qui étouffent les assurés année après année. Les mesures proposées permettront quelques corrections mais rien de fondamental pour une véritable révision de notre système de santé. Le risque est grand que face au vieillissement de la population, et en dépit des efforts préconisés, la hausse se perpétue au grand désespoir des assurés.

Ce dossier est très complexe et difficile à appréhender, la réponse du Gouvernement mérite d'être très complète et aussi critique face au projet de la Confédération et nous en soutenons les grandes lignes et félicitons aussi le personnel des services de Monsieur le Ministre pour cette réponse bien présentée. Comme le Gouvernement, nous regrettons la fragmentation des révisions de la LAMal qui ne permet pas une vision globale des enjeux, notamment financiers.

Je vous fais part de quelques remarques de non spécialistes mais de consomm'acteurs de soins sur les mesures proposées.

Article relatif aux projets pilotes : Cet article propose de mettre en place des projets pilotes permettant l'innovation et l'expérimentation. C'est très intéressant sur le fond et cela peut déboucher sur de nouveaux fonctionnements, inconnus à ce jour. Malheureusement, il manque dans les explications, la définition du cadre de ces projets. Quels sont les conséquences pour les patients-assurés-consommateurs, comment sont-ils associés aux projets « tests », comment seront-ils couverts par la LAMal ? Le rapport explicatif ne donne aucune indication précise sur la mise en place des projets pilotes, et c'est regrettable.

Organisation tarifaire nationale :

La réponse du Gouvernement met l'accent sur un point important qui est l'accès aux données pour pouvoir ajuster la rémunération des actes face à l'évolution technologique et aux changements de pratiques du monde médical. La demande du Canton de pouvoir prendre des sanctions si nécessaire nous semble tout à fait justifiée.

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire :

Le groupe PCSI soutient cette mesure qui évite une tarification à l'acte. Les forfaits apportent la souplesse nécessaire à une bonne prise en charge des patients tout en visant une maîtrise des coûts. Il faut néanmoins rester vigilant face aux méthodes très différentes dans l'évaluation des cas et de leur gravité. Des sur-diagnostics tout comme une surmédicalisation sont néfastes pour les patients et pour la bonne maîtrise des dépenses de santé. Les remarques du Gouvernement sur le coût des structures tarifaires cantonales sont aussi tout à fait justifiées.

Le système de prix de référence sur les médicaments :

Cette mesure devrait à moyen terme, permettre des économies. Il faut toutefois se demander si une période transitoire est prévue pour permettre une bonne gestion du stock actuel et éviter le gaspillage écologique, médical et financier. La question des transitions dans les traitements se pose. Quelle sera la marge de manœuvre pour les patients de passer d'un traitement chronique à un nouveau médicament générique meilleur marché. Changer un traitement qui convient bien n'est pas aisé même si la substance active reste la même.

Faut-il laisser toute latitude aux caisses-maladie pour définir les traitements qu'elles prendront en charge ? Les patients auront le choix entre payer une part de leur traitement jusque-là totalement remboursé pour pouvoir le conserver ou alors, le changer. Des changements de traitement trop fréquents auront un impact négatif sur la compliance et, au final, entraîner des coûts supplémentaires dans la prise en charge. Un médicament non pris et qui reste dans sa boîte coûte cher. Cette mesure pour avoir des répercussions sur les primes des assurés doit encore être étudiée. La question de la pénurie de certains médicaments par retrait de produits est aussi à prendre en compte.

Copie de la facture pour les assurés :

Au vu des coûts importants supportés par les assurés, il semble légitime que ceux-ci reçoivent une copie de la facture envoyée à l'assurance maladie. Il faut bien évidemment relativiser l'effet que peut avoir la remise d'une facture au patient, d'autant plus que les libellés sont pour la plupart du temps totalement incompréhensibles pour le commun des mortels. Il faudrait donc mettre en place un système pour faciliter la lecture des factures avec un explicatif de base, préparé par les divers partenaires de la santé.

Les associations de défense des patients et des consommateurs sont des partenaires tout trouvés pour participer à cette réflexion. La création d'un service national de médecins-conseils est une bonne chose et aurait pour effet de fournir enfin des données uniformisées utiles à tous, notamment pour mettre en place des programmes de santé publique. Les intérêts des uns et des autres sont tellement divergents que ce service apporterait aussi de l'indépendance et un regard neutre sur le système de santé suisse. Les carences dans les contrôles des implants, prothèses et autres dispositifs médicaux mis en lumière récemment montrent à quel point un système d'évaluation des pratiques est indispensable.

Droit de recours pour les assureurs

Comme le Gouvernement nous ne pouvons pas soutenir cette mesure. Un droit de recours octroyé aux assureurs ne peut que créer des paralysies supplémentaires dans le système de santé déjà très compliqué et cela au détriment des patients-assurés.

Voici les quelques points soulevés par le groupe PCSI concernant ce projet de modification de la LAMal. La santé n'est pas un marché comme les autres, c'est une évidence et Monsieur le Ministre l'a aussi dit. Le poids financier des primes de caisse maladie n'est pour beaucoup plus supportable ; il faut agir c'est certain. Les mesures proposées sont un petit pas et il est difficile d'en estimer les bénéfices. Ce qui est vrai c'est que nous ne sommes qu'au début de ce chemin et qu'il sera encore long avant de trouver le juste équilibre dans un système de soins à un coût supportable.

Un regret cependant, la prévention reste inexistante dans les projets de la Confédération. Aujourd'hui, il nous semble indispensable en parlant de système de santé de prendre en compte la personne dans sa globalité, y compris la protection de notre environnement qui a un impact certain sur la santé de la population. Je vous remercie pour votre attention.

M. Jérôme Corbat (CS-POP) : (...) Pour en revenir à notre sujet, ce qui nous a plu dans la réponse du Gouvernement, je ne vais pas reprendre tous les points comme mes collègues l'ont fait, j'aimerais juste un tout petit peu encenser le Gouvernement sur ce point, c'est qu'à deux reprises vous dites, vous exprimez la nécessité de changer de paradigme.

Alors oui, il y a un exemple et je me limiterai un petit peu à ce discours-là : mardi dernier, dans le journal Le Temps, vous voyez que même mes lectures se radicalisent, et bien il y avait un article à propos de la LIMA (de la liste des moyens et appareils). Alors, le Jura fait partie d'un groupe, Jura-Neuchâtel-Vaud-Genève-Valais où on a une centrale d'achats pour les moyens

et appareils, donc on parle de languette de glycémie, par exemple, ou d'équipements médicaux, et on constate qu'en Suisse ces équipements valent entre deux et quatre fois plus cher pour la même référence qu'à l'étranger, juste à côté de chez nous, en passant la frontière. Et on soulignait dans cet article que quand un des responsables de cette centrale d'achats avait cru contourner le problème en allant acheter la même référence à l'étranger, le fabricant a interdit aux vendeurs à l'étranger de le vendre pour quelqu'un de Suisse, malgré la loi de protection contre les cartels. Donc vous voyez que même le droit n'est pas appliqué, et on ferme les yeux, et le citoyen, l'assuré Suisse est bon pour payer.

Maintenant il y a une autre chose, c'est que tout le temps on nous dit que l'augmentation des coûts de la santé est due, entre autre, à l'accroissement de la technologie utilisée. On veut bien le croire. Donc, plus on fait de la recherche, plus on est performant, plus on arrive à guérir les gens, plus ça coûte cher. Et alors, on découvre tout à coup que sous forme de deux, voire trois prises, on peut régler des problèmes d'hépatite C grâce à un médicament, dont le brevet a été racheté par un patent-troll californien. Et pour ce médicament qui guérit de l'hépatite C quand même, je vous le rappelle, avec une fiabilité étonnante, et bien, le calcul pour vendre ce médicament qui coûte au prix de revient moins de 1000 francs ça a été de dire combien coûte un traitement contre l'hépatite C selon la technique actuelle. C'est environ 60'000 francs, vous me passez quelques milles de différence. Et bien donc, on vend ce médicament, qui coûte en fabrication moins de 1000 francs, on le vend 60'000 francs de telle façon à ce que même les assureurs suisses dans un des pays les plus riches de la planète, refuse de payer ce médicament. Donc, vous voyez qu'est-ce qui va rester aux Indiens, à ces pauvres Chinois, sans parler des Africains.

Alors quand vous dites que vous êtes prêts à changer de paradigme, je pense qu'il faut que vous le disiez vraiment. Et par exemple, et je sais qu'il y a dans la salle ici des talibans du libre marché, il y a même des talibans suffisamment naïfs pour penser qu'ils nous feront croire que plus il y a de concurrence, plus on se tape dessus, meilleur marché c'est. Et bien je pense qu'à ce stade, ce que vous nous avez dit ce matin dans le débat budgétaire à propos du frein à l'endettement devrait être appliqué à propos des coûts de la santé. C'est-à-dire que pourquoi n'y a-t-il pas des enveloppes, et que seulement en cas d'épidémie de peste, de choléra ou de Dieu sait quelle autre catastrophe majeure, et bien cette enveloppe doit être respectée par les acteurs, et y compris par les fabricants, la pharma, les fabricants d'équipements médicaux. Et ça c'est un changement de paradigme, et c'est dans cette direction là qu'il faut aller. Ça veut dire que même dans tous les discours on nous dit toujours, je suis encore étonné qu'on ne l'ai pas entendu aujourd'hui « La santé n'a pas de prix mais elle coûte ». Mais bien sûr qu'elle coûte ! Mais, à un moment donné il faut dire que c'est déraisonnable et que dans une proportion des revenus des gens ou du produit intérieur brut de la nation, que ce coût a effectivement une limite. Et ce n'est pas parce qu'on est content d'être en bonne santé, même si j'ai la « crève » aujourd'hui, mais ce n'est pas parce qu'on est content d'être en bonne santé que ça n'a pas de prix. J'ai dit.

(Applaudissement)

La présidente : Merci, Monsieur le Député, j'ouvre à présent la discussion générale. La parole n'est pas demandée, la discussion générale est close. Est-ce que le représentant du Gouvernement souhaite s'exprimer ? Ce n'est pas le cas. Nous passons donc au vote sur la réponse du Gouvernement qui ne peut donc pas être modifiée.

Au vote, la réponse du Gouvernement à la consultation fédérale est approuvée par 51 députés.



Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
Postfach 3768
6002 Luzern
Telefon 041 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

Per E-Mail

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Luzern, 30. November 2018

Protokoll-Nr.: 1242

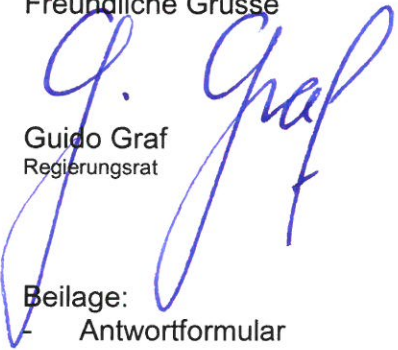
**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung be-
treffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen und Auftrag des Regierungsrates sende ich Ihnen das beiliegende Antwortformu-
lar zum titelerwähnten Vernehmlassungsverfahren.

Besten Dank für die Berücksichtigung.

Freundliche Grüsse


Guido Graf
Regierungsrat

Beilage:
- Antwortformular

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Luzern

Abkürzung der Firma / Organisation : LU

Adresse : Bahnhofstrasse 15, 6002 Luzern

Kontaktperson : Hanspeter Vogler, Gesundheits- und Sozialdepartement

Telefon : 041 228 60 94

E-Mail : hanspeter.vogler@lu.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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
LU	Die ständigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen belasten die privaten Haushalte und auch die Kantone massiv. Es müssen deshalb alle als wirksam und tauglich erachteten Massnahmen zur Kostendämpfung beschlossen und in der Folge auch umgesetzt werden. Wir begrüssen die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten. Allerdings gilt es dabei immer die Gesamtsicht auf das System im Auge zu behalten. Aus der Vergangenheit wissen wir, dass isolierte Massnahmen nicht selten ungeplante und nicht beabsichtigte Wechselwirkungen erzeugen. Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Experimentierartikel					
LU	59b	Abs.1		Wir begrüssen die Schaffung eines Experimentierartikels ausdrücklich und sind für eine rasche Einführung. Der vorliegende Entwurf ist allerdings ganz klar zu einschränkend. Insbesondere muss der Geltungsbereich weiter gefasst werden und um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen von Pilotprojekten muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Das EDI sollte nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone dürfen nicht tangiert werden. Dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.	Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention</u>» - «Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <u>bei nationalen Projekten</u> das EDI <u>und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</u> Pilotprojekte <u>insbesondere</u> in folgenden Bereichen bewilligen...» -
LU	59b	Abs. 1	g / h		Ergänzung von Abs. 1: «g. <u>Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</u>» Ergänzung von Abs. 1: «h. <u>Prävention</u>» -

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

LU	59b	Abs. 2			«Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <u>und reversibel</u> .»
LU		Abs. 4			«Die Kantone , die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»
LU		Abs. 6			«Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <u>für maximal drei Jahre</u> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann <u>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird...</u> »
Rechnungskontrolle					
LU	42	Abs. 3		Wir unterstützen das Ziel der Transparenzerhöhung. Die vorgeschlagene Regelung ist aber dazu nicht geeignet und würde zu einem enormen Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen ohne einen entsprechenden zusätzlichen Nutzen. Das Luzerner Kantonsspital z.B. bearbeitet bereits heute rund 50'000 Anfragen (!) von Versicherern pro Jahr. Letztes Jahr musste es unter dem Strich dann insgesamt ½ Mio. nachzahlen. Der Aufwand steht also bereits heute in keinem	Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung bei der die Krankenversicherer die Rechnung, die sie sowieso dem Versicherten stellen müssen, mit den notwendigen Angaben erweitern.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Verhältnis zum Ertrag. Die Anfragen würden bei der vorgeschlagenen Regelung massiv zunehmen, weil die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind. Wir schlagen vor, dass die versicherte Person einerseits auf Antrag ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer hat und andererseits <i>die Versicherer</i> auf der Leistungsabrechnung die notwendigen Angaben machen. Die Versicherer müssen ja sowieso den Versicherten eine Abrechnung vorlegen (Selbstbehalt, Franchise). Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.	
Tarife und Kostensteuerung				
LU	43	Abs. 5	Wir begrüssen es sehr, dass der Bundesrat ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein. Ebenfalls zu berücksichtigen gilt es, dass die Selbstdispensation sehr unterschiedlich geregelt ist. Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife	Überarbeitung der Bestimmung - Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie <u>auf klar abgrenzbare, standardisierte</u> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <u>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</u>»

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden. Antrag -	
Nationales Tariffbüro					
LU	47	a	Abs. 1	Wir begrüssen ausdrücklich die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Die Kantone müssen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	«Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen</u> zuständig ist. »
LU		Abs. 3			«...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. »
LU		Abs. 4			«Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. »
LU	49	Abs. 2			«... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Tarifstruktur aktuell halten					
LU	47 b	Abs. 2		Wir sind grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht <i>an die Kantone</i> muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Wir schlagen vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.	«Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise Tarifstrukturen notwendig sind. ...»
LU		Abs. 3			«Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz <u>Artikel</u> 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, <u>kann</u> können der Bundesrat <u>und die Kantone</u> Sanktionen ergreifen....»
LU	49	Abs. 2			«... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. <u>Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen.</u> ...» Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: <u>«Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<u>entsprechende Sanktionen anordnen.»</u>
Massnahmen zur Kostensteuerung					
LU	47 c			Wir anerkennen, dass damit ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz muss aber in den Händen der Kantone bleiben. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie könnte ausserdem zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen führen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Nicht klar ist auch, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung ist unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: - Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. - Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. - Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.	Bestimmung überarbeiten

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	
LU		Abs. 3			Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): <u>«Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.»</u> Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): <u>«... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»</u> -
LU		Abs. 4			Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): <u>«Sie müssen Regeln zur Korrektur-korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»</u>
LU		Abs. 6			Eventualiter: Abs. 6 (neu 7): <u>«Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die für die Planung und</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<i>Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat <u>der zuständigen Behörde</u> auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.»</i>
LU		Abs. 7			Streichen weil selbstverständlich
Referenzpreissystem bei Arzneimitteln					
LU	44	Abs. 1		Die Massnahme löst das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht. Hingegen führt sie zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation. Für die Ärztinnen und Ärzte wäre es ein riesengrosser Aufwand, wenn sie sich immer erkundigen müssten, welches Medikament grade das günstigste ist und dann jeweils ihr Sortiment anpassen müssten und die Patientinnen und Patienten orientieren. Auch für die Compliance wäre es problematisch wenn die Patienten immer wieder neue Medikamente bekommen für das Gleiche.	streichen
Beschwerderecht Krankenversicherer					
LU	53	Abs. 1 bis		Wir lehnen das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG entschieden ab. Die Bestimmung würde eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen / Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste / -planung	streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können. Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spitaleigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.	
--	--	--	---	--



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Envoi par courrier électronique

Département fédéral de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

Révision partielle de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts - premier volet : ouverture de la procédure de consultation.

Monsieur le conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous consulter dans le cadre de la procédure citée en titre lancée le 14 septembre 2018.

Vous trouverez, en attaché, le formulaire mis à disposition et faisant état de la position du gouvernement neuchâtelois sur la révision proposée en général, les dispositions légales recommandées en particulier.

Nous vous remercions de l'attention que vous prêterez à son contenu.

Le Conseil d'État neuchâtelois partage le souci et l'objectif du Conseil fédéral que des mesures soient prises en vue de freiner la hausse des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins et, par là-même, des primes de cette même assurance. Elle grève en effet très lourdement les revenus des ménages mais aussi les finances cantonales. En effet les coûts de la santé cumulés avec ceux des subsides d'assurance-maladie assumés par le canton représentent aujourd'hui près du quart du budget de l'État (500 millions de francs environ sur un budget d'un peu plus de 2 milliards de francs).

De manière générale, nous soutenons plusieurs des mesures proposées, tout en relevant que plusieurs modifications nous paraissent nécessaires pour les améliorer. Nous en faisons état et nous les motivons de manière détaillée dans le formulaire adhoc.

NE

Néanmoins, nous ne soutenons pas les mesures relatives au droit de recours des organisations d'assureurs-maladie sur le plan national ou régional ni les propositions en lien avec le prix des médicaments qui ne paraissent pas opportunes pour atteindre l'objectif visé.

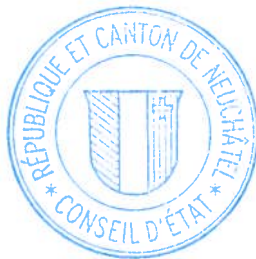
Nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 12 décembre 2018

Au nom du Conseil d'État :

Le président,
L. KURTH

La chancelière,
S. DESPLAND



[Handwritten signature of S. Despland]

Annexe : ment.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : République et canton de Neuchâtel

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

Adresse : Rue de la collégiale 12, 2000 Neuchâtel

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

Téléphone : 032/889.52.02

Courriel : christophe.guye@ne.ch

Date : 12.12.2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	Erreur ! Signet non défini.
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	Erreur ! Signet non défini.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
NE	Le canton de Neuchâtel salue de manière générale ce premier volet de révision partielle de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts et en partage très clairement l'orientation générale. Il est prêt à contribuer à sa mise en œuvre dans les domaines relevant de sa compétence. Cela dit, le projet de révision qui nous est soumis attribue de nouveaux rôles et tâches à tous les acteurs du système de santé, que ce soit la Confédération, les cantons, les assureurs-maladie, les fournisseurs de prestations. Le Conseil d'État neuchâtelois n'est pas favorable à la multiplication des compétences décisionnelles, qui reviennent souvent à une dilution des responsabilités et nuisent au pilotage efficace du système de santé. Il convient aussi d'être attentif au risque qu'il y a ce faisant de générer des interactions involontaires et imprévues avec des réglementations existantes et des projets en cours (comme p.ex. celui du Conseil fédéral sur l'admission des fournisseurs de prestations). Il est, par ailleurs, important de bien évaluer les éventuels effets de différentes mesures et nouvelles attributions de compétences en résultant sur les autres financeurs et la prise en charge des patients. Quelques mesures proposées nous paraissent ne pas avoir encore le degré de maturité nécessaire et pour deux d'entre elles ne nous paraissent pas opportunes pour atteindre l'objectif visé. Nous y reviendrons de manière plus détaillée ci-après dans les commentaires concernant les articles individuels du projet de la révision et leurs explications De manière générale, il sera important de garder une vue d'ensemble du système au cours du suivi et de la mise en œuvre des mesures visant à freiner la hausse des coûts dans le 1^{er} volet qui seront retenus pour en permettre un pilotage, et apporter des correctifs si besoin.

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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	42	3, 3ème phr.		Favorable, moyennant la prise en compte de ce qui suit. Cette mesure doit permettre d'augmenter la transparence des prestations facturées et de leurs coûts afin que les assurés prennent davantage conscience des coûts en jeu. Elle doit permettre un plus grand contrôle et une plus grande responsabilisation des assurés par rapport aux coûts que leur prise en charge médicale génère. Elle doit aussi avoir un effet préventif par rapport à d'éventuels abus de facturation. Il faut toutefois relever que le contrôle des factures n'est pas toujours évident : les structures tarifaires dans les domaines stationnaire et ambulatoire se caractérisent par leur relative grande hétérogénéité au niveau des modalités de tarification et pas forcément par leur grande lisibilité et transparence. Il n'en demeure pas moins que, dans le domaine ambulatoire, le tarif au temps consacré est la règle et que, de ce fait, un contrôle, même grossier, à ce niveau par les assurés est possible. C'est notamment le cas du TARMED, qui est le tarif par lequel est tarifiée et facturée une part importante des coûts des prestations ambulatoires, en l'occurrence les prestations médicales. Le droit de l'assuré de recevoir du fournisseur de prestations en copies les factures adressées à l'assureur proposé dans cette disposition doit s'accompagner d'un droit de l'assuré d'obtenir des informations du fournisseur de prestations au sujet des prestations facturées et de leurs coûts s'il a des questions, fournisseur de prestations qui a le devoir de les lui fournir.	Compléter l'art. 42, al. 3, 3e phrase P-LAMal, comme suit (en italique) : « ³ ... Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit du fournisseur de prestations une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. Le <i>fournisseur de prestations doit fournir les informations complémentaires nécessaires à la compréhension de la facture à l'assuré qui en fait la demande.</i> » Compléter l'article 43 LAMal, dans un alinéa à définir, comme suit (en italique): <i>Les partenaires tarifaires dont la convention tarifaire a été approuvée, à défaut les autorités, lorsqu'elles sont appelés à fixer un tarif, veillent à mettre à disposition des assurés un document leur donnant, de manière simple et accessible, des informations générales propres à leur permettre de contrôler les factures sur la base du tarif approuvé ou fixé.</i>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				Pour faciliter le travail de contrôle des assurés, il paraîtrait opportun d'obliger les partenaires tarifaires à fournir une information (grille de lecture) , idéalement sous forme électronique, permettant aux assurés de comprendre les modalités essentiels de tarification et facturation dans le cadre des structures tarifaires et donc d'exercer un certain contrôle sur les factures qu'ils reçoivent.	
NE	43	5,1ère phr.		Plutôt favorable, mais moyennant la prise en compte de ce qui suit. Il nous paraît opportun d'ancrer dans la LAMal l'obligation que les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires dont la négociation est promue par le projet de révision reposent sur une structure tarifaire uniforme fixée par convention sur le plan suisse et que si les partenaires tarifaires ne peuvent pas s'entendre sur une telle structure pour de tels tarifs, le Conseil fédéral la fixe. Il s'agit ce faisant de permettre d'accroître la pression exercée sur les partenaires tarifaires d'élaborer eux-mêmes de tels tarifs forfaitaires ambulatoires lorsque ceux-ci sont opportuns du point de vue médico-économique. Cela dit, l'opportunité d'une structure uniforme des tarifs forfaitaires ambulatoire pour l'ensemble du pays n'existe que si la prise en charge est standardisée dans toute la Suisse et liée à des prestations clairement définies. Ce qui n'est pas le cas dans nombre de domaines. On pense par exemple à la rééducation cardiaque, à la prise en charge dans des structures psychiatriques de jour et nuit, aux traitements à la méthadone, pour lesquels il y a différents types de structures de prise en charge Pour ces domaines, il y a également lieu de prévoir que des structures tarifaires cantonales doivent pouvoir rester applicables. Dans ce contexte, il est proposé de revoir la teneur de la	Compléter/modifier l'art. 43, al. 5, 1e phrase P-LAMal, comme suit (en italique) : « Les tarifs à la prestation <i>ainsi que</i> les tarifs des forfaits par patient liés <i>auxà</i> des traitements ambulatoires <i>standardisés et clairement définis sur le plan national</i> doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent pas s'entendre sur une telle structure pour de tels tarifs, le Conseil fédéral la fixe. <i>Des structures tarifaires cantonales continueront de régir les traitements ambulatoires plus complexes et particuliers.</i> »

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				disposition proposée.	
NE	44	1, 2ème phr.		Plutôt défavorable <u>De manière générale pour toutes les dispositions du projet en lien avec le système du prix de référence</u> Cette mesure n'est pas à même de résoudre le problème des médicaments réellement coûteux. La réglementation proposée présente un fort risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés.	
NE	47a			Très favorable, mais moyennant la prise en compte de ce qui suit. Le canton de Neuchâtel appuie fortement la proposition de créer une organisation tarifaire nationale chargé de l'élaboration et du développement ainsi que de l'adaptation et de la gestion des structures tarifaires liées aux traitements ambulatoires. Cela paraît lui être la seule issue envisageable et raisonnable pour sortir de l'impasse persistant depuis des années parmi les partenaires tarifaires en matière d'élaboration et de développement ainsi que d'adaptation et de gestion des structures tarifaires liées aux traitements ambulatoires. Cette proposition dans le domaine ambulatoire s'inspire très largement de la solution existant depuis une dizaine d'année dans le domaine stationnaire (avec la création de SwissDRG), solution qui nous paraît avoir fait ses preuves. Cela dit, il paraît nécessaire d'apporter quelques compléments/modifications à la proposition d'art. 47a P-LAMal, en particulier : ○ de prévoir une participation paritaire des cantons à cette	Compléter/modifier l'art. 47a P-LAMal comme suit (en italique) : Al. 1 : « Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, <i>de concert avec les cantons</i>, une organisation composée sur une base paritaire compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires, <i>l'accent étant placé sur les prestations médicales, ainsi que sur les forfaits ambulatoires dans la mesure où ce mode de rémunération paraît opportun sous l'angle médico-économique</i> » Al. 3 : «... le Conseil fédéral l'institue pour les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs <i>les parties selon l'alinéa 1.</i> » Al. 4 : « Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires <i>l'organisation</i> au Conseil fédéral pour approbation. »

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

			organisation ; - o de limiter les compétences de l'organisation tarifaire aux structures tarifaires valables sur le plan suisse; - o d'inviter l'organisation tarifaire, dans la phase de lancement pour le moins, à mettre l'accent sur les structures tarifaires relatives aux prestations médicales. - o de régler dans la loi la question du financement de l'organisation tarifaire nationale pour le secteur ambulatoire à l'instar de ce qui existe pour l'organisation correspondante dans le secteur stationnaire et d'y prévoir que c'est l'organisation à créer qui soumet la demande d'approbation au Conseil fédéral Afin d'aboutir à une analogie avec ce qui existe dans le domaine stationnaire, il est proposé également d'adapter en conséquence l'art. 49, al. 2, LAMal. Enfin la question devrait être clairement posée d'une organisation tarifaire unique entre SwissDRG et cette nouvelle organisation.	Institution d'une disposition légale régissant le financement de l'organisation Compléter/modifier l'art 49, al. 2 LAMal comme suit (en italique) : « Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires <i>l'organisation</i> au Conseil fédéral pour approbation »
NE	47b		Favorable, mais moyennant la prise en compte de ce qui suit : Nous soutenons l'obligation de communiquer des données au Conseil fédéral proposée à l'art. 47b P-LAMal. Pour le surplus, il nous paraît nécessaire de prévoir une base légale claire et explicite dans la LAMal prévoyant l'obligation de communiquer des données aux cantons pour les tarifs pour les traitements ambulatoires qui devraient être soumis à leur approbation, à défaut, à leur fixation selon ce que nous demandons comme complément à l'art. 43, al. 5 P-LAMal. Cela à plus forte raison si la réglementation vise à éviter les doublons et les redondances.	Compléter/modifier l'art. 47b P-LAMal comme suit (en italique) : Al. 2 : « Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que l'organisation visée à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral <i>et aux cantons</i> les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix <i>structures tarifaires....</i> » Al. 3 : « Le Conseil fédéral <i>et les cantons</i> pout <i>peuvent</i> prononcer des sanctions à l'encontre des fédérations des fournisseurs de prestations et de celles des assureurs ainsi qu'à l'encontre de

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

				Il est nécessaire d'adapter en conséquence (extension aux cantons) également la disposition relative à la possibilité de prononcer des sanctions. La disposition proposée ne paraît pas suffisamment mûre concernant la délimitation entre la structure tarifaire et les tarifs.	l'organisation visée à l'art. 47a lorsque celles-ci ne respectent pas l'obligation de communiquer les données, prévue à l'al. 2 ...».
NE	47c			Favorable sur le principe, mais moyennant la prise en compte de ce qui suit Le pilotage des coûts constitue un instrument potentiellement efficace en vue de maîtriser les coûts, susceptible de renforcer la responsabilité en matière de coûts des fournisseurs de prestations dans un marché axé sur l'offre. Cela dit, il nous paraît nécessaire de laisser aux cantons la responsabilité de la prise en charge et les compétences de pilotage, ce dont la réglementation proposée ne tient pas suffisamment compte. Celle-ci englobe en effet un pilotage des prestations par les partenaires tarifaires également, ce qui peut mettre à mal les compétences cantonales existantes (en particulier en matière de planification hospitalière, d'octroi des mandats de prestations, admission des fournisseurs de prestations) selon l'interprétation qu'on lui donne (seulement volume ou aussi contenu des prestations). Cela risque de conduire à un nombre très élevé d'accords contractuels divers, ce qui est de nature à compliquer le pilotage du système et remet en cause le principe même de sa réalisation. Il nous paraît nécessaire de revoir la disposition en tenant compte des paramètres ci-après: ○ maintien de la responsabilité cantonale en matière de planification de la prise en charge.	Compléter/modifier l'art. 47c P-LAMal comme suit (en italique) : Éventuellement : al. 3 (qui deviendrait al. 4) : «... <i>Ces mesures doivent être harmonisées avec une planification et un pilotage par les autorités compétentes et avec les bases de cette planification, en particulier avec la planification hospitalière ou celle des établissements médico-sociaux selon l'art. 39 de la LAMal ; elles tiendront compte de manière adéquate de tout risque d'offre insuffisante ou excédentaire.</i> » Éventuellement : al. 4 (qui deviendrait al. 5) : « Elles doivent prévoir des règles <i>mesures</i> correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts par rapport à l'année précédente. » Éventuellement : al. 6 (qui deviendrait al. 7) : « <i>Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation les mesures convenues à l'autorité cantonale ou nationale responsable de la planification et du pilotage dans le domaine visé. À défaut d'une compétence établie, l'approbation relève de la Confédération.</i> Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, le Conseil fédéral <i>l'autorité responsable</i>

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

				- o primauté du pilotage étatique par rapport au pilotage contractuel convenu entre les partenaires tarifaires. - o nécessité de prévoir un mécanisme de pilotage en cas d'offre insuffisante. - o suppression de toute interférence avec d'autres projets de révision en cours de la LAMal.	<i>de la planification et du pilotage ou, à défaut d'une telle compétence établie, la Confédération les fixe. Les fournisseurs de prestations et les assureurs communiquent gratuitement au Conseil fédéral à l'autorité compétente, sur demande, les données nécessaires à cette fin. »</i> « Al. 7 (qui deviendrait al. 8) : supprimer, sa teneur étant évidente. »
NE	52	1	b, 1bis et 3	Plutôt défavorable <u>De manière générale pour toutes les dispositions du projet en lien avec le système du prix de référence</u> Cette mesure n'est pas à même de résoudre le problème des médicaments réellement coûteux. La réglementation proposée présente un fort risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés	
NE	52a			Plutôt défavorable <u>De manière générale pour toutes les dispositions du projet en lien avec le système du prix de référence</u> Cette mesure n'est pas à même de résoudre le problème des médicaments réellement coûteux. La réglementation proposée présente un fort risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés	
NE	52b			A ce stade, pas à même de donner un avis éclairé sur la portée et l'utilité de cette disposition, faute de disposer d'informations et de chiffres Seuls les principes de l'une et l'autre variante (modèle avec	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				réduction du prix et avec modèle avec compensation du prix) sont indiqués. Il y a lieu de relever qu'elles sont très proches. Le rapport explicatif ne dit rien sur les conséquences d'un modèle par rapport à l'autre, ni s'ils sont praticables en vertu de la comparaison internationale des prix. Il ressort à cet égard du projet que le Conseil fédéral fixera les éléments de calcul dans une ordonnance. Le rapport explicatif ne présente aucune analyse faisant état des économies potentielles de ce système qui paraît extrêmement compliqué et pas transparent pour le non initié, autrement dit seule peut-être l'administration fédérale et les firmes concernées y comprendront quelque chose. Ce système tient compte, aux dires du rapport explicatif, du risque de rupture d'approvisionnement. C'est pourquoi il ne s'applique que s'il y a 3 médicaments identiques au moins sur le marché. On ne sait pas combien potentiellement de produits sont concernés, car tous les génériques n'ont pas trois ou plus de concurrents. C'est même très exceptionnel vu la taille du marché suisse. En l'état, nous ne pouvons pas évaluer si ce projet est utile ou non. Cela dit, il nous paraît qu'il s'agit d'une proposition pour ne pas prendre les vraies mesures utiles, notamment celle consistant à obliger la comparaison thérapeutique des nouveaux produits aussi avec les médicaments qui ne sont plus sous brevet. Il y aurait là un potentiel de dizaines de millions d'économies. Pour rappel, la fixation du prix pour les nouveaux médicaments se base sur les prix à l'étranger selon une liste de pays de référence et une comparaison thérapeutique avec des médicaments remboursés pour la même maladie. La pondération est de 50% / 50 %. <u>De manière générale pour toutes les dispositions du projet en lien avec le système du prix de référence</u> Cette mesure n'est pas à même de résoudre le problème des	
--	--	--	--	--	--

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				médicaments réellement coûteux. La réglementation proposée présente un fort risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés	
NE	53	1bis		Opposition Il y a lieu de rejeter la proposition d'octroyer un droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39, LAMal, pour les raisons suivantes : - o Les assureurs pourraient ainsi interférer dans une compétence qui revient aux cantons selon la Constitution fédérale qui est de garantir la couverture des soins en soins de leur population, sans pour autant devoir en assumer les conséquences ; - o La validité des listes hospitalières/des mandats de prestations deviendrait aléatoire, ce qui poserait un gros problème de prévisibilité et de sécurité juridique ; - o L'effet suspensif qu'exerceraient de tels recours sur les décisions relatives à la planification hospitalière saperait celle-ci et en menacerait l'efficacité, avec des conséquences sur les coûts non négligeables.	Renonciation à une nouvelle réglementation de l'art. 53, al. 1bis, P-LAMal. Maintien du statu quo
NE	59	1, 1ère phr. et 3, let. g		Favorable Cf. commentaire/observation + proposition de modification concernant l'art. 42, al. 3, 3^{ème} phr.	Compléter l'art 59, al. 3, let g comme suit (en italique): « 3 Constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles visées à l'al. 1: g. l'absence de remise d'une copie de la facture à l'assuré dans le système du tiers payant <i>ou d'information donnée à l'assuré sur ladite facture</i> lorsqu'il sollicite après coup, telle que prévue à l'art. 42. »

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

NE	59b		Plutôt favorable, mais moyennant la prise en compte de ce qui suit : Nous soutenons l'introduction dans la LAMal d'un article expérimental. Cela dit, le contenu de la disposition proposée nous paraît trop restrictif. Pour y remédier, nous proposons ce qui suit : ○ Elargissement du champ d'application de l'article, limité à ce stade à la maîtrise des coûts, par l'ajout du financement de nouvelles prestations si elles sont favorables à une prise en charge plus efficiente (p.ex. la rémunération des entretiens d'inclusion menées par des pharmaciens dans le cadre des programmes de dépistage ou de vaccination), de la prévention des maladies ainsi que de l'utilisation du dossier électronique du patient par les prestataires de soins ambulatoires ○ Limitation de l'autorisation des projets pilote par le DFI à ceux ayant un champ d'application national vs. possibilité donnée aux cantons d'autoriser des projets pilote de portée cantonale ou régionale ○ Non remise en cause des compétences constitutionnelles des cantons en matière de santé: dans ce contexte, suppression de la disposition obligeant les cantons à participer à un projet pilote (violation du principe de subsidiarité) Nous nous permettons de relever que le canton de Neuchâtel a introduit en 2015, dans sa loi de santé, une disposition très similaire visant à soutenir les « projets pilotes » répondant (plus largement) à des besoins de santé publique. A toutes fins utiles, vous la trouverez ci-dessous : Art. 105d1 Pour les besoins de la santé publique, le Conseil d'Etat peut soutenir la réalisation de projets pilotes proposés par des communes, des institutions ou des responsables de projets,	Compléter l'art 59b comme suit (en italique): Al. 1 : « Dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles de maîtrise des coûts, le DFI peut autoriser des projets pilotes nationaux et les gouvernements cantonaux peuvent autoriser des projets pilotes régionaux/cantonaux ; cela notamment dans les domaines suivants...» Ajout let. g. « financement de nouvelles prestations visant à augmenter la qualité et l'efficacité des soins » Ajout let. h : « prévention des maladies » Ajout let. f « utilisation du dossier électronique du patients par les prestataires de soins ambulatoires» Al. 4 : « Les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives et les assurés peuvent être tenus de participer à un projet pilote si une parti
----	-----	--	--	--

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

				en particulier dans les domaines suivants: a) prévention et promotion de la santé, ainsi que garantie de la couverture en soins; b) information, conseil et diagnostic précoce; c) soins aux individus, modèles de traitements spécifiques et soins intégrés; d) saisie et évaluation de données sur l'état de santé de la population et sur la couverture en soins; e) cybersanté (eHealth). 2Il peut conclure avec les prestataires désignés à l'alinéa 1 des contrats fixant le type, le volume et la qualité des prestations ainsi que leur rétribution et les exigences en matière d'assurance qualité. 3Les projets pilotes font l'objet d'une évaluation. 4Au terme de l'évaluation, le Conseil d'Etat propose l'intégration dans la présente loi de la mesure qui a donné des résultats positifs, avec les éventuelles adaptations nécessaires. A défaut d'évaluation positive, la mesure est abandonnée. 5Les projets pilotes sont limités dans le temps à une durée maximale de cinq ans.	
NE	Dispositions transitaires	1		Favorable Cf. Commentaire/observation+proposition de modification de l'art. 47a P-LAMal	
NE	Dispositions transitaires	2		Favorable Cf. Commentaire/observation+proposition de modification de l'art. 47c P-LAMal	

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

NE	Dispositions transitaires	3		A ce stade, pas à même de donner un avis éclairé sur la portée et l'utilité de l'art. 52b auquel est liée cette disposition transitoire faute de disposer d'informations et de chiffres Cf. Commentaire/observation sur l'art. 52b P-LAMal <u>De manière générale pour toutes les dispositions du projet en lien avec le système du prix de référence</u> Cette mesure ne paraît de prime abord pas à même de résoudre le problème des médicaments réellement coûteux. La réglementation proposée présente un fort risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés	
----	---------------------------	---	--	--	--

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 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat Kanton Nidwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : RR NW

Adresse : Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans

Kontaktperson : Andreas Scheuber, Direktionssekretär GSD, Engelbergstrasse 34, 6371 Stans

Telefon : 041 618 76 01

E-Mail : andreas.scheuber@nw.ch

Datum : 04.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	10

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GSD	Der Kanton Nidwalden als Mitfinanzierer der Gesundheitsversorgung hat grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Deshalb ist die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms zu begrüessen und der Kanton Nidwalden wird bei der Umsetzung seinen Beitrag leisten.
GSD	Bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen muss unbedingt die Gesamtsicht auf das Gesundheitssystem gewahrt werden. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisherigen Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt.
GSD	Zusammenfassend halten wir fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket vom Regierungsrat durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regelungsform empfindlich und bedürfen daher einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GSD	59b			Änderung der Kapitalbezeichnung	"Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur <i>Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention</i> "
GSD	59b	1		Das EDI kann nur Pilotprojekte auf nationaler Ebene bewilligen. Demzufolge sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass Kantonsregierungen auf kantonaler bzw. regionaler Ebene ebenfalls Pilotprojekte bewilligen können. Die Aufzählungen sollten nicht abschliessend sein, damit auf gesellschaftliche bzw. medizinische Veränderungen schnell reagiert werden kann.	Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <i>bei nationalen Projekten</i> das EDI und <i>bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</i> Pilotprojekte <i>insbesondere</i> in folgenden Bereichen bewilligen:
GSD	59b	1	g	Ergänzung/weitere Aufzählung	<i>Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</i>
GSD	59b	1	h	Ergänzung/weitere Aufzählung	<i>Prävention</i>
GSD	59b	2		Wenn bei einem Pilotprojekt das gewünschte Ergebnis nicht erzielt wird, muss es möglich sein, die bisherige Regelung wieder in Kraft zu setzen.	Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <i>und reversibel</i> .
GSD	59b	4		Hier werden Versicherte und Kantone verpflichtet, bei Pilotprojekten mitzumachen. Aufgrund der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit wird dieser Punkt als sehr kritisch betrachtet. Vor allem bei Einschränkungen von Leistungen bzw. zusätzlichen Kostenübernahmen durch den Versicherten wäre eine Rechtsgleichheit zu Patienten ausserhalb des Pilotprojektes nicht	Die Kantone , die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an Pilotprojekten verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				mehr gewährleistet.	Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.
GSD	59b	6			Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für <i>maximal drei Jahre</i> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt <i>bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert</i> werden kann <i>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird.</i>
GSD	59b			Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden.	
GSD	42	3		Jede Patientin und jeder Patient soll vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung erhalten. Damit soll die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Dies ist zu unterstützen, der Leistungserbringer muss aber den Gesamtbetrag auf seiner Rechnung ausweisen. Ein elektronischer Versand muss angestrebt werden. Weiter sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.	... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der <i>Gesamtrechnung, auf der die Anteile des Versicherers und des Kantons ersichtlich sind</i> <i>Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.</i>
GSD	43	5		Es ist wichtig und richtig, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife machen aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist.	Einzelleistungstarife sowie auf <i>klar abgrenzbare, standardisierte</i> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <i>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<i>Tarifstrukturen.</i>
GSD	47a			Der Regierungsrat ist gegen die Schaffung einer weiteren Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen. Eventuell könnte die bereits bestehende Organisation SwissDRG AG Aufgaben im Bereich der ambulanten Tarifstrukturen übernehmen.	Art. 47a streichen
GSD	49	2		Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass die bereits bestehende Organisation SwissDRG AG die Anpassungen der Tarifstrukturen dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten kann.	Anpassung von Art. 49 Abs. 2 ... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet.
GSD	47b			Da der Regierungsrat die Streichung von Art. 47a beantragt, ist Art. 47b obsolet.	Art. 47b streichen
GSD				Es ist prüfenswert, einen generellen Sanktionsartikel im KVG zu verankern bzw. einzuführen.	<i>Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.</i>
GSD	47c	3		Die vorgeschlagenen Regelungen nehmen nicht ausreichend Rücksicht auf die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz der Kantone. So beinhaltet die Regelung auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (Mengen bzw. Inhalt der Leistung) bestehende kantonale Kompetenzen (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern) tangieren kann.	Neu: <i>Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.</i>
GSD	47c	3		Bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen	<i>Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen</i>

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.	<i>kantonale Verträge festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.</i>
GSD	47c	4			Sie müssen Regeln zur Korrektur <i>korrigierende Massnahmen</i> bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.
GSD	47c	6		Es sollten für nationale und kantonale Verträge die gleichen Regelungen gelten.	<i>Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.</i>
GSD	47c	7		Streichen, da selbstverständlich.	Streichen
GSD	44			Es ist fraglich, ob mit dieser komplexen Regelung, welche in Art. 52ff beschrieben werden, das Problem der teuren Arzneimittel tatsächlich gelöst werden kann. Die vorgeschlagenen Regelungen (beide Modelle zur Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis) können bei Leistungserbringern wie auch	

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Versicherern zu undurchsichtigen Situationen führen.	
GSD	53	1bis		Der Regierungsrat lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierung nach Art. 39 KVG entschieden ab. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen / Spitallisten führen.	Verzicht auf Neuregelung

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



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

per Mail:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen: OWSTK.3310.
Unser Zeichen: cb

Sarnen, 12. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1, Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen.

Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Der Regierungsrat begrüsst deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und ist 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 werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten.

Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regulationsform empfindlich und bedürfen daher aus Sicht des Regierungsrats einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

Gewisse Massnahmen beurteilt der Regierungsrat zudem als noch zu wenig ausgereift, und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen. Die detaillierten Änderungsvorschläge haben wir im Fragebogen aufgeführt.

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

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Christoph Amstad
Landammann



Nicole Frunz-Wallimann
Landschreiberin

Beilage:
– Fragebogen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Obwalden

Abkürzung der Firma / Organisation : OW

Adresse : Finanzdepartement, St. Antonistrasse 4, Postfach 1243, 6061 Sarnen

Kontaktperson : Werner Gut

Telefon : 041 666 64 59

E-Mail : werner.gut@ow.ch

Datum : 06.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
OW	Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Der Regierungsrat begrüsst deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und ist 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 werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
OW	59		b	Experimentierartikel (M02) Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die Schaffung eines Experimentierartikels. Sie ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum z. B. für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht des Regierungsrats ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Weiter ist der Regierungsrat der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist	– Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention</u>» – Abs. 1: «Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <u>bei nationalen Projekten</u> das EDI <u>und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</u> Pilotprojekte <u>insbesondere</u> in folgenden Bereichen bewilligen...» – Ergänzung von Abs. 1: «<u>g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</u>» – Ergänzung von Abs. 1: «<u>h. Prävention</u>» – Abs. 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <u>und reversibel</u>.» – Abs. 4: «Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.» – Abs. 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <u>für maximal drei Jahre</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			daher zu streichen. Im erläuternden Bericht des Bundesrates heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben. Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden. Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann <u>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird....»</u>
OW	42	3	Rechnungskontrolle Der Regierungsrat stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen. Der Nutzen zur	– Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung – Ergänzung von Art. 42 Abs. 3: «... <u>Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.</u>»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Steigerung der Kostentransparenz ist aus Sicht des Regierungsrats unbestritten. Die Zustellung der Originalrechnung, vor allem im Zusammenhang mit Spitalaufenthalten, erachten wir aber als ungeeignet, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind. Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person auf den Abrechnungen der Versicherer den Gesamtbetrag und die Aufteilung auf die verschiedenen Kostenträger inklusive den Kosten, die vom Kanton zu übernehmen sind, aufzuführen. Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.	
OW	43	5	Tarife und Kostensteuerung Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG) Grundsätzlich unterstützt der Regierungsrat das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.	– Überarbeitung der Bestimmung – Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf <u>klar abgrenzbare, standardisierte</u> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <u>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</u>»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.	
OW	47		a	Schaffung nationales Tariffbüro (M34) Der Regierungsrat begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein. Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	– Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen</u> ambulante Behandlungen zuständig ist. » – Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. » – Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. » – Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. – Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

OW	47		b	Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG) Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Der Regierungsrat schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.	– Abs. 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <u>Tarifstrukturen</u> notwendig sind. ...» – Abs. 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann können der Bundesrat <u>und die Kantone</u> Sanktionen ergreifen....» – Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. <u>Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen.</u> ...» – Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: <u>«Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»</u>
OW	47		c	Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG) Der Regierungsrat anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem	– Überarbeitung der Bestimmung – Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): <u>«Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung ist aus Sicht des Regierungsrats unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: – Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. – Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. – Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	<u>Genehmigung zu unterbreiten.</u>» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen. – Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): «... <u>Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.</u>» – Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln zur <u>Korrektur korrigierende Massnahmen</u> bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.» – Eventualiter: Abs. 6 (neu 7): «<u>Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund.</u> Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat <u>die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund</u> die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben
--	--	--	--	---

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					dem Bundesrat <u>der zuständigen Behörde</u> auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.» – Abs. 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.
OW	52			Referenzpreissystem bei Arzneimitteln Die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Medikamente – Art. 52 Änderungserlass – ist abzulehnen, da Qualität und Sicherheit der aktuell recht guten Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten damit unnötig aufs Spiel gesetzt werden und es nicht nachvollziehbar ist, weshalb der Fokus auf den kleinsten Ausgabeposten im Gesundheitswesen gelegt wird, da Generika in 2017 mit einem Umsatz von CHF 1'015 gerade mal 1.3% der gesamten Gesundheitskosten ausmachten. Begründungen: 1. Behörden und Krankenversicherer bestimmen die Medikamentenauswahl mit Fokus auf Kosteneinsparungen statt auf Qualität und Versorgungssicherheit. 2. Dies hat erzwungene Medikamentenwechsel zur Folge (sofern der Patient den Differenzbetrag nicht selber zahlen will), was die Patienten verunsichert und überfordert, zu schlechterer Therapietreue und Falscheinnahmen und damit zu höheren Kosten durch mehr Arztbesuche, Hospitalisationen etc. führt. 3. Aufgrund des noch grösseren Preisdrucks muss mit einem Sterben von Generikafirmen und damit verbunden mit einem massiven Know-how-Verlust gerechnet werden, da diese bei starkem Preisverfall die Vermarktung einstellen werden. 4. Daraus resultiert eine Abhängigkeit von wenigen Anbietern, was zu noch mehr Medikamentenengpässen führt (gemäss	– Verzicht auf Neuregelung.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				www.drugshortage.ch vermelden allein die grossen Generikafirmen Sandoz, Helvepharm, Mepha und Spirig zurzeit zusammen über 180 Lieferengpässe. Betroffen sind insbesondere essentiell wichtige therapeutische Gruppen wie Antibiotika, Augenarzneimittel, Blutdruckmittel und Psychopharmaka). 5. Gemäss Erfahrungen aus der EU können Gesundheitskosten nur kurzfristig gesenkt werden (weshalb aktuell z.B. in Deutschland Diskussionen um Verabschiedung aus dem Referenzpreissystem im Gange sind). 6. Ebenfalls zeigen Erfahrungen aus der EU, dass mittelfristig eine Verlagerung zu teureren, patentierten Produkten erfolgt, damit Patienten keine Zuzahlungen zu leisten haben, was wiederum eine Kostensteigerung zur Folge hat. 7. Da nachhaltige Kostendämpfungsmassnahmen nach wie vor jedoch angezeigt sind, müssen Massnahmen für konsequente Erreichung der Therapietreue, drastische Verminderung von Medikamentenabfällen sowie alternative und wirkungsvolle Anreize zur Förderung der Generika-Abgabe ausgearbeitet und umgesetzt werden.	
OW	53	1 ^{bis}		Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG) Der Regierungsrat lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG entschieden ab. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von	– Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1bis E-KVG

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Leistungsaufträgen / Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste / -planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können. Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spitaleigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.	
OW			Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung Der Regierungsrat beurteilt diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tariffhöhe und	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Aufnahmepflicht. Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitex).	
--	--	--	--	---	--



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, 14. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Mit Schreiben vom 14. September 2018 laden Sie uns ein, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1) Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Die Notwendigkeit von Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ist unumstritten. Die Kantone haben aufgrund ihrer zentralen Bedeutung bei der Sicherstellung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung grundsätzlich ein grosses Interesse an der Umsetzung von Massnahmen mit einer kostendämpfenden Wirkung. Die Regierung des Kantons St.Gallen hat die Gewährleistung von langfristig finanzierbaren und vergleichsweise moderaten Gesundheitskosten deshalb auch als wichtiges Ziel in ihre Schwerpunktplanung 2017–2027 aufgenommen.

Die vorgeschlagenen Regelungen sind teilweise noch zu wenig ausgereift und berücksichtigen die Zuständigkeiten der Kantone nur ungenügend. Insbesondere besteht mit der vorgeschlagenen und vertraglich durch die Tarifpartner zu vereinbarenden Leistungssteuerung die Gefahr, dass die Kompetenzen der Kantone in den Bereichen der Spitalplanung (Leistungsaufträge) und der Zulassung von Leistungserbringern geschwächt werden.

Die Einsetzung einer ambulanten Tariforganisation wurde von uns auch in der Vernehmlassungsantwort vom 14. September 2018 zur parlamentarischen Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» vorgeschlagen. Die Kantone sollen an einer ambulanten Tariforganisation paritätisch beteiligt werden.

Die Weiterentwicklung der ambulanten Tarifstrukturen in Richtung ambulante Pauschalen wird für chirurgische Eingriffe unterstützt. Falls sich die Frage einer generellen Anwendung von Pauschalen im ambulanten Bereich stellt, ist sicherzustellen, dass Fehlanreize in medizinischer und finanzieller Hinsicht vermieden werden.



Auch ist es angezeigt, die Datenlieferungspflicht an die Kantonsregierungen (kantonale Tarifgenehmigungsverfahren) analog zur vorgeschlagenen Datenlieferungspflicht an den Bundesrat (nationale Tarifgenehmigungsverfahren) gesetzlich zu verankern.

Die Erweiterung des Beschwerderechts gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung lehnen wir ab. Der Vorschlag würde nur zu mehr Rechtsunsicherheiten führen. Es ist zu befürchten, dass ganze Planungen bestritten würden. Mit der aufschiebenden Wirkung solcher Beschwerden würden diese Planungen unterlaufen.

Wir unterstützen im Sinn der vorstehenden Bemerkungen die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir Ihnen.

Im Namen der Regierung

Stefan Kölliker
Präsident

Canisius Braun
Staatssekretär



Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; geuer@bag.admin.ch

Kanton Schaffhausen
Regierungsrat
Beckenstube 7
CH-8200 Schaffhausen
www.sh.ch

T +41 52 632 71 11
F +41 52 632 72 00
staatskanzlei@ktsh.ch



Regierungsrat

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

per E-Mail an: abteilung-
leistungen@bag.admin.ch sowie
gever@bag.admin.ch

Schaffhausen, 11. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 haben Sie die Kantone zu einer Vernehmlassung in oben genannter Angelegenheit eingeladen. Wir bedanken uns für diese Möglichkeit und nehmen gerne wie folgt Stellung:

Wir begrüssen, in Übereinstimmung mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms. Allerdings vermissen wir teilweise eine Gesamtsicht über das Gesundheitssystem, was sich namentlich in einer zu verbessernden Berücksichtigung der Rollenverteilung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen bei der Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen niederschlägt. Namentlich der Vorschlag der Einführung eines Beschwerderechts der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG lehnen wir entschieden ab. Im Einzelnen verweisen wir Sie gerne auf die Stellungnahme der GDK vom 30. Oktober 2018, welcher wir uns in allen Punkten anschliessen.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.



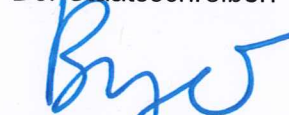
Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:


Christian Amsler

Der Staatsschreiber:


Dr. Stefan Bilger

Regierungsrat

Rathaus / Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
www.so.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Un-
fallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

10. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1 und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Allgemeine Bemerkungen

Die Kantone gehören zu den zentralen Akteuren bezüglich Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung. Dementsprechend haben auch wir grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen und begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms. Einige Massnahmen tangieren aber in der vorgeschlagenen Regelungsform die Zuständigkeit der Kantone empfindlich und bedürfen einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

Bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen muss die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer vor. Daher besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen oder mit geplanten Reformvorhaben kommt. Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich.

Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

1. Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüssen wir die Schaffung eines Experimentierartikels. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet aber die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und ist daher zu streichen.

Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit als kritisch. Insbesondere würden Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme

verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben.

2. Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Wir begrüßen die Zielsetzung dieser Massnahme, wonach die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Der vorgesehene zwingende Versand einer Rechnungskopie an die versicherte Person wird aber zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand bei den Leistungserbringern führen.

Zur Kostentransparenz gehört ebenfalls, dass auf den Leistungsabrechnungen der vom Kanton zu bezahlende Anteil ausgewiesen wird.

3. Tarife und Kostensteuerung

3.1 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)

Wir begrüßen, dass der Bundesrat künftig auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, solche Pauschalen in jenen Bereichen zu erarbeiten, in denen diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Dabei ist zu bedenken, dass eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife nur dort sinnvoll ist, wo die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist.

3.2 Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Die Schaffung eines nationalen Tariffbüros begrüßen wir ausdrücklich. Es kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen ein sinnvoller Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden und die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben.

3.3 Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Da wir eine fundierte, laufende Aktualisierung der Tarifstruktur als wichtig erachten, begrüßen wir die Datenlieferpflicht an den Bundesrat. Gleichzeitig sollte auch die Datenlieferpflicht an die Kantone eine klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten.

3.4 Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Grundsätzlich wird mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber bei den Kantonen. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung sollte unter Berücksichtigung folgender Eckwerte überarbeitet werden:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.

4. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz E-KVG)

Es stellt sich die Frage, ob diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel lösen kann.

5. Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1bis E-KVG)

Wir lehnen das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG ab. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern zu mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen bzw. Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge bestritten würden, sondern die ganze Spitalliste bzw. -planung. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Die Versicherer würden zu «Spitalplanern», ohne eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit möglich, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

6. Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Es ist zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z.B. Kinderspitex).

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

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig.
Roland Heim
Landammann

sig.
Andreas Eng
Staatsschreiber

Beilage: Antwortformular

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regierungsrat des Kantons Solothurn

Abkürzung der Firma / Organisation : SO

Adresse : Rathaus / Barfüssergasse 24

Kontaktperson : Dr. Heinrich Schwarz, Chef Gesundheitsamt

Telefon : 032 627 93 66

E-Mail : heinrich.schwarz@ddi.so.ch

Datum : 10. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	Die Kantone gehören zu den zentralen Akteuren bezüglich Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung. Dementsprechend haben auch wir grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen und begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms. Einige Massnahmen tangieren aber in der vorgeschlagenen Regelungsform die Zuständigkeit der Kantone empfindlich und bedürfen einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert. Bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen muss die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für Bund, Kantone, Versicherer und Leistungserbringer vor. Daher besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen oder mit geplanten Reformvorhaben kommt. Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich.
SO	
SO	
SO	
SO	
SO	
SO	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SO	42	3		Zur Kostentransparenz gehört, dass auf den Leistungsabrechnungen der vom Kanton zu bezahlende Anteil ausgewiesen wird.	«...Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»
SO	43	5		Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife ist nur dort sinnvoll, wo die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist.	
SO	47a	1		Die Kantone sollen paritätisch an der Organisation für Tarifstrukturen beteiligt werden und die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben.	
SO	47b	2		Auch die Datenlieferpflicht an die Kantone sollte eine klare gesetzliche Grundlage erhalten.	
SO	47c			Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt bei den Kantonen. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung sollte unter Berücksichtigung folgender Eckwerte überarbeitet werden: – Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. – Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. – Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. – Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	
SO	53	1bis		Auf das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG ist zu verzichten. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern zu Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen bzw. Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge bestritten würden, sondern die ganze Spitalliste bzw. -planung. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit möglich, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der	Streichung

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.	
SO	59b	4		Dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und ist daher zu streichen. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten ist unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit kritisch. Insbesondere würden Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben.	
SO					
SO					
SO					
SO					

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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



6431 Schwyz, Postfach 1260

An das
Eidgenössische Departement
des Innern EDI

per E-Mail an abteilung-leistungen@bag.admin.ch
und gever@bag.admin.ch
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 27. November 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1
Stellungnahme des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 unterbreiten Sie uns den Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 zur Vernehmlassung.

Zusammenfassend können gewisse Massnahmen durchaus unterstützt werden, da sie das Potenzial haben, die gewünschten Effekte auf die Versorgung (Kostendämpfung) positiv zu beeinflussen. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regelungsforn empfindlich und bedürfen daher aus Sicht des Regierungsrates einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeit der Kantone respektiert. Hinzu kommt, dass gewisse Massnahmen als zu wenig ausgereift beurteilt werden. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und/oder ungewollten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt. Bei der Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen muss unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden. Die mit den vorgeschlagenen Massnahmen resultierenden neuen Rollen und der damit verbundene Mehraufwand insbesondere für die Kantone sind schwer respektive auf Basis des vorliegenden erläuternden Berichts gar nicht abschätzbar. Auch die Auswirkungen auf die Kosten werden im Bericht nicht annäherungsweise quantifiziert.

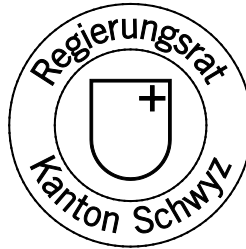
Anbei erhalten Sie unsere detaillierte Stellungnahme, die sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) stützt, jedoch partiell Ergänzungen beinhaltet.

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

Mit freundlichen Grüßen

Im Namen des Regierungsrates:

Kaspar Michel, Landammann



Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 : 22. November 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	12
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	13

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Sie begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten. Allerdings ist die GDK der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (zum Beispiel Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung Wir beurteilen diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahme-pflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, zum Beispiel weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tarifhöhe und Aufnahme-pflicht. Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, zum Beispiel Vorhalteleistungen, finanzieren (zum Beispiel Kinderspitex).

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	59b			Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat des Kantons Schwyz die Schaffung eines Experimentierartikels. Er ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum zum Beispiel für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insbesondere Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalechtlicher Grundlage möglich. Im Kanton Schwyz gibt es eine solche kantonalechtliche Bestimmung im Spitalgesetz und auch ein entsprechendes Projekt im Bereich Palliative Care. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht des Regierungsrates ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Weiter ist der Regierungsrat der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im	- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention</u>» - Abs. 1: «Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <u>bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</u> Pilotprojekte <u>insbesondere</u> in folgenden Bereichen bewilligen...» - Ergänzung von Abs. 1: «<u>g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</u>» - Ergänzung von Abs. 1: «<u>h. Prävention</u>» - Abs. 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <u>und reversibel</u>.» - Abs. 4: «Die Kantone, die <u>Kantone, die</u> Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Im erläuternden Bericht des Bundesrates heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben. Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden. Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	- Abs. 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <u>für maximal drei Jahre</u> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann und wenn <u>unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird....»</u>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	42	3	dritter Satz E-KVG: Der Regierungsrat stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind. Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen,	- Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung - Ergänzung von Art. 42 Abs. 3: «... <u>Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.</u>»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt. Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung (auf der sie ohnehin Selbstbehalt und Franchise abrechnen müssen) ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen. Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.	
	43	5	erster Satz E-KVG: Grundsätzlich unterstützt der Regierungsrat das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (zum Beispiel kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein. Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.	- Überarbeitung der Bestimmung - Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf <u>klar abgrenzbare, standardisierte</u> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <u>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</u>»
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	47a		Der Regierungsrat begrüsst die Schaffung eines nationalen Tarifbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung	- Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.			sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu Art. 43 Abs. 5 erster Satz). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tarifbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein. Die Frage der Finanzierung des nationalen Tarifbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen</u> zuständig ist. » - Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein.» - Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. » - Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47b		Der Regierungsrat ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zu-	- Abs. 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <u>Tarifstrukturen</u> notwendig sind. ...»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			gleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Wir schlagen vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.	- Abs. 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann <u>können</u> der Bundesrat <u>und die Kantone</u> Sanktionen ergreifen....» - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. <u>Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen.</u> ...» - Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: <u>«Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»</u>
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47c		Der Regierungsrat anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem	- Überarbeitung der Bestimmung - Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): <u>«Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.»</u> Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen. - Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): <u>«... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung ist aus unserer Sicht der unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: - Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. - Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. - Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. - Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	<u>Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»</u> - Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln zur Korrektur <u>korrigierende Massnahmen</u> bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.» - Eventualiter: Abs. 6 (neu 7): «<u>Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund.</u> Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat <u>die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund</u> die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat <u>der zuständigen Behörde</u> auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.» - Abs. 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	44	1	Zweiter Satz: Der Regierungsrat geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

werden.			Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann. Die meisten Ärztinnen und Ärzte geben sowieso Generika ab, wenn es denn welche gebe. Es wäre aber ein riesiger Aufwand für sie, wenn sie sich immer erkundigen müssten, welches Medikament grade das günstigste ist und dann jeweils ihr Sortiment anpassen müssten und die Patientinnen und Patienten orientieren. Auch für die Compliance wäre es problematisch, wenn die Patienten immer wieder neue Medikamente für das Gleiche bekommen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	53	1 ^{bis}	Der Regierungsrat lehnt das Beschwerderecht der Versicherer-verbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG entschieden ab. Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen/Spital-listen führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spital-liste/-planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen. Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der	- Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1bis E-KVG

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können. Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spitaleigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.	
--	--	--	--	---	--

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

Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches
Departement des Innern
Herr Alain Berset
Bundespräsident
3003 Bern

Frauenfeld, 4. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1

Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundespräsident

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, in obiger Angelegenheit Stellung nehmen zu können. Die vorgeschlagenen Änderungen **begrüssen wir mehrheitlich**, insbesondere die Einführung eines Experimentierartikels sowie – unter Beteiligung der Kantone – die Schaffung eines nationalen Tariffbüros.

Bei einzelnen Bestimmungen identifizieren wir allerdings Anpassungsbedarf. Wir schliessen uns diesbezüglich grundsätzlich der Stellungnahme der GDK vom 30. Oktober 2018 an. In Abweichung zur Stellungnahme der GDK beurteilen wir Art. 47c E-KVG aufgrund des zu erwartenden administrativen Mehraufwands negativ. Hingegen stehen wir der Einführung eines Referenzpreissystems für Arzneimittel positiv gegenüber (Art. 51 Abs. 1^{bis} E-KVG).

Unterstreichen möchten wir, dass wir die Einführung eines Beschwerderechts für Versicherter, wie es Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG vorsieht, mit aller Deutlichkeit ablehnen. Dies wäre keine Massnahme zur Kostendämpfung. Vielmehr würden die Kosten durch Rechtsstreitigkeiten sowie Rechtsunsicherheit bzgl. Spitalplanung, Spitallisten und Leistungsaufträgen in die Höhe getrieben. Die Massnahme wäre zudem systemfremd, weil dem Recht auf Beschwerde keine Pflicht zur Versorgung gegenüberstünde.

Zusammenfassend unterstützen wir die meisten Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket. Einige Massnahmen tangieren aber die kantonalen Zuständigkeiten in der vorgeschlagenen Regelungsform empfindlich und bedürfen einer Korrektur.

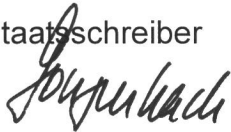
2/2

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin des Regierungsrates

 *noschi*

Der Staatschreiber





Beilage
ausgefülltes Antwortformular

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Thurgau

Abkürzung der Firma / Organisation : TG

Adresse : Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Kontaktperson : Dr. Susanna Schuppisser, stv. Chefin Amt für Gesundheit

Telefon : 058 345 68 45

E-Mail : susanna.schuppisser@tg.ch

Datum : 4. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
TG	Wir schliessen uns der Stellungnahme der GDK an. Ergänzend weisen wir betreffend das Thema der Steuerung der Kosten (Art. 47c) darauf hin, dass wir grosse zusätzliche administrative Aufwendungen befürchten, bei gleichzeitiger Unsicherheit, ob die Massnahmen und angemessene Kontrollmechanismen die beabsichtigte Wirkung bei den entsprechenden Akteuren entfalten. Zudem erachten wir ein Referenzpreissystem für Arzneimittel (Art. 51 Abs. 1 ^{bis}) positiv.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
TG	59b			Experimentierartikel Vgl. Stellungnahme der GDK Der vorliegende Entwurf von Art. 59b ist inhaltlich zu einschränkend und beschneidet den bestehenden Spielraum, der von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) allerdings bisher nicht ausgeschöpft wird.	Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention</u>
TG	59b	1		Vgl. Stellungnahme der GDK Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden.	Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <u>bei nationalen Projekten</u> das EDI <u>und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</u> Pilotprojekte <u>insbesondere</u> in folgenden Bereichen bewilligen...
TG	59b	1	g	Vgl. Stellungnahme der GDK Ergänzung Der Geltungsbereich des Artikels ist weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern . Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht sein , wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Zudem kann das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein. Ansonsten sind die Kantone zuständig.	<u>g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</u>
TG	59b	1	h	Vgl. Stellungnahme der GDK	<u>h. Prävention</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

TG	59b	2		Vgl. Stellungnahme der GDK Projekte müssen reversibel sein. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <u>und reversibel</u> .
TG	59b	4		Vgl. Stellungnahme der GDK Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist ersatzlos zu streichen. Die Verpflichtung von Versicherten tangiert deren Rechte zu stark. Auch dieser Passus ist ersatzlos zu streichen.	Die Kantone , die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.
TG	59b	6		Vgl. Stellungnahme der GDK	Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <u>für maximal drei Jahre</u> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann <u>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird...</u>
TG	42	3		Rechnungskontrolle Die Bestimmung ist ersatzlos zu streichen, da ein unverhältnismässiger administrativer Aufwand entsteht.	Streichung der Bestimmung
TG	43	5		Tarife und Kostensteuerung Pauschalen Vgl. Stellungnahme der GDK: Grundsätzlich soll der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können. Damit wird der Druck auf die	Überarbeitung der Bestimmung - Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf <u>klar abgrenzbare, standardisierte</u> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschal-tarife müssen auf einer gesamtschweizerisch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. Wenn, wie in der Psychiatrie, unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen, macht dies keinen Sinn. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen zum Tragen kommen.	vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <u>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</u>
TG	47a	1		Schaffung nationales Tariffbüro Vgl. Stellungnahme der GDK: Die Schaffung eines nationalen Tariffbüros ist zu begrüßen. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone müssen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben. Das Tariffbüro soll in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein.	Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen</u> ambulante Behandlungen zuständig ist
TG	47a	3		Vgl. Stellungnahme der GDK	...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein
TG	47a	4		Vgl. Stellungnahme der GDK	Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.
TG	47a	x		Finanzierung des Tariffbüros	Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Vgl. Stellungnahme der GDK	Finanzierung der Organisation
TG	49a	2		Einreichung zur Genehmigung Vgl. Stellungnahme der GDK	Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>von der Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.
TG	47b	2		Tarifstruktur aktuell halten Vgl. Stellungnahme der GDK Datenlieferpflicht Grundsätzlich sind wir mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn das Ziel der Regelung ist, Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift.	Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <u>Tarifstrukturen</u> notwendig sind. ...
TG	47b	3		Vgl. Stellungnahme der GDK	Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann können der Bundesrat <u>und die Kantone</u> Sanktionen ergreifen....
TG	49	2		Vgl. Stellungnahme der GDK Es wären analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle	Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. <u>Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen	<u>Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen.</u> ... Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «<u>Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.</u>»
TG	47c			Massnahmen zur Steuerung der Kosten Vgl. Stellungnahme der GDK Es soll eine Verpflichtung eingeführt werden, Massnahmen zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen zu vereinbaren. Die neue Bestimmung ist ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.	Überarbeitung der Bestimmung -Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): «<u>Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.</u>» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Die Bestimmung ist aus Sicht des Kantons Thurgau unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: -Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. -Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. -Es muss ein Mechanismus für Steuerung auch bei Unterversorgung vorgesehen werden. -Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	
TG	47c	Neu 4		Vgl. Stellungnahme der GDK	Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): «... <u>Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insbesondere mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.</u>
TG	47c	Neu 5		Vgl. Stellungnahme der GDK	Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln zur Korrektur <u>korrigierende Massnahmen</u> bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.
TG	53	1bis		Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG Vgl. Stellungnahme der GDK Wir das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG	Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			entschieden ab. Die Bestimmung würde kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen und Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste resp. Spitalplanung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Die Versicherer würden zu Spitalplanern, ohne aber - wie die Kantone - eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung zu tragen.	
TG			Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung Die Tarifpartner sollen in die Tarifverträge Bestimmungen zur Steuerung der Versicherungsleistungen oder ihrer Kosten aufnehmen können, zwecks Erhöhung des Drucks in künftigen Tarifverhandlungen die WZW-Kriterien noch konsequenter durchzusetzen. Vgl. Stellungnahme der GDK Wir beurteilen diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tarifhöhe und Aufnahmepflicht. Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitex).	
--	--	--	--	---	--

5279

fr

0

14 novembre 2018

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

Spettabile
Ufficio federale della salute pubblica
Divisione Prestazioni

abteilung-leistung@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Modifica dell'Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) – Neutralità dei costi e valutazione dei bisogni

Gentili signore,
Egregi signori,

vi ringraziamo innanzitutto per la possibilità che ci è stata offerta di prendere posizione sul progetto di modifica dell'OPre, concernente in particolare la neutralità dei costi e la valutazione dei bisogni nell'ambito del finanziamento delle cure di lunga durata.

Il progetto di modifica prevede sostanzialmente un adeguamento dei contributi dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (aumento del 6,7% dei contributi giornalieri per le case per anziani; diminuzione del 3,6% dei contributi per le cure a domicilio) e l'attribuzione di una maggiore responsabilità al personale infermieristico (attribuzione della valutazione del fabbisogno di cura, mentre al medico curante resta la competenza della prescrizione cura, ovvero della tipologia di prestazioni).

Dopo aver attentamente studiato il progetto messo in consultazione e valutata la presa di posizione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) del 23 agosto 2018, messa a disposizione dei Cantoni quale modello di presa di posizione, vi comunichiamo che ci riconosciamo pienamente in essa, sia per quanto riguarda le osservazioni generali, sia per quel che riguarda le proposte di modifica puntuali.

In particolare, sosteniamo le seguenti richieste:

1. rinuncia alla diminuzione dei contributi dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie per le cure a domicilio. Al contrario, riteniamo necessario un adeguamento di tali contributi all'aumento dei costi delle cure almeno ogni tre anni, sia nel settore delle case per anziani sia del settore delle cure a domicilio;
2. inserimento nel progetto di modifica dell'OPre della base legale necessaria per consentire la continuazione della fatturazione del materiale di cura (materiale EMap) all'Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, indipendentemente se utilizzato dal personale curante o direttamente dal paziente, sanando la situazione di base legale insufficiente rilevata nel 2017 dal Tribunale amministrativo federale;

3. introduzione della possibilità per il medico curante di esprimere il proprio avviso nel caso ritenga che la valutazione del fabbisogno di cura effettuata dall'infermiere sia inappropriata;
4. cancellazione del requisito dei due anni di esperienza lavorativa quale condizione per il personale infermieristico per essere abilitato alla valutazione del fabbisogno di cura. Questa condizione limiterebbe le possibilità d'impiego dei neo-diplomati nelle case per anziani e nelle cure a domicilio. La competenza della valutazione del bisogno può e deve essere acquisita nel periodo di formazione di base in cura infermieristiche.

Fiduciosi che terrete conto di queste osservazioni, ci è gradita l'occasione per porgervi i nostri migliori saluti.

PER IL CONSIGLIO DI STATO


Il Presidente:
Claudio Zali

Il Cancelliere:


Arnoldo Coduri

Copia:

- Segretariato centrale della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (office@gdk-cds.ch)
- Direzione Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Direzione Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (dss-dasf@ti.ch)
- Deputazione ticinese alle camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Pubblicazione in internet



Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

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

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG): Vorentwurf zur Teilrevision betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1; Vernehmlassung

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) mit dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1» Stellung zu nehmen.

Der Regierungsrat hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 4. Dezember 2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

1. Allgemeine Bemerkungen

Als zentraler Akteur in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigten auch den Urner Regierungsrat. Er begrüsst deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und ist grundsätzlich bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten.

Der Regierungsrat ist jedoch der Auffassung, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das Gesundheitssystem gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Krankenversicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (beispielsweise die Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung der Bevölkerung im Auge zu behalten.

Gewisse Massnahmen beurteilt der Regierungsrat zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

2. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüsst der Regierungsrat die Schaffung eines Experimentierartikels. Er ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Artikel 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum, beispielsweise für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insbesondere Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Mit Blick auf das Gesamtsystem soll der Geltungsbereich des Artikels weiter gefasst und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention erweitert werden. Von zentraler Bedeutung ist für den Regierungsrat, dass im Rahmen eines Pilotprojekts auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht wird, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird.

Weiter ist der Regierungsrat der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.

Pilotprojekte erfordern für ihre Durchführung in den meisten Fällen eine besondere Finanzierung. Sie müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden. Ebenfalls geregelt werden soll, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung angewendet werden können.

Anträge:

- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention»

- Absatz 1: «Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen...»
- Ergänzung von Absatz 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz»
- Ergänzung von Absatz 1: «h. Prävention»
- Absatz 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel.»
- Absatz 4: «Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»
- Absatz 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird...»

2.2 Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Der Regierungsrat unterstützt die Zielsetzung dieser Massnahme, wonach die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Allein, die vorgeschlagene Regelung wird als ungeeignet erachtet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen. Denn die Rechnungsinhalte sind für die versicherten Personen schwierig zu verstehen bzw. zu interpretieren.

Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf eine verständliche Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt.

Als Alternative könnte dereinst in Erwägung gezogen werden, eine Kopie der Rechnung im elektronischen Patientendossier zu hinterlegen. Dies würde den Überblick für interessierte Bürgerinnen und Bürger verbessern, ohne dass dadurch grössere zusätzliche Kosten entstünden. Zudem könnte dies mitunter fördernd sein für die rasche Verbreitung des elektronischen Patientendossiers seitens der Versicherten.

Zudem sollten die Krankenversicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Kostenanteil aufführen.

Mit dieser Anpassung könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.

Antrag:

- Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung
- Ergänzung von Artikel 42 Absatz 3: «... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»

2.3 Tarife und Kostensteuerung**2.3.1 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)**

Der Regierungsrat unterstützt das Ziel, wonach der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind.

Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht jedoch nur in Fällen Sinn, in denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.

Antrag:

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.»

2.3.2 Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Der Regierungsrat begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.

Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden.

Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Artikel 49 Absatz 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG

gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.

Anträge:

- Absatz 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen zuständig ist.»
- Absatz 3: «...so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein.»
- Absatz 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.»
- Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.
- Anpassung von Artikel 49 Absatz 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet. ...»

2.3.3 Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat ist der Regierungsrat grundsätzlich einverstanden. Hin- gegen muss auch die Lieferpflicht an die Kantone eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Dadurch sollen Doppelspurigkeiten und Redundanzen vermieden werden.

Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Artikel 46 Absatz 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Artikel 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten daher die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift.

Weiter schlagen wir vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.

Anträge:

- Absatz 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise Tarifstrukturen notwendig sind. ...»
- Absatz 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen...»

- Anpassung von Artikel 49 Absatz 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...»
- Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»

2.3.4 Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Es wird anerkannt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann.

Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz muss jedoch in den Händen des Kantons bleiben. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende Kompetenzen des Kantons tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie kann ausserdem schweizweit zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen führen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung soll daher unter Berücksichtigung folgender Eckwerte überarbeitet werden:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für die Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.

Anträge:

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: Artikel 47c ist zu ergänzen mit Absatz 3 (neu): «Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
- Eventualiter: Absatz 3 (neu 4): «... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insbesondere mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Artikel 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»

- Eventualiter: Absatz 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»
- Eventualiter: Absatz 6 (neu 7): «Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.»
- Absatz 7 (neu 8): Streichen, da selbstverständlich.

2.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz E-KVG)

Wir gehen davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann.

2.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG (Art. 53 Abs. 1bis E-KVG)

Der Regierungsrat lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG entschieden ab.

Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen und Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalplanung und Spitalliste bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Entscheide würde die Spitalplanung des Kantons unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber - wie die Kantone - eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer zudem ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone als Eigner von Liegenschaften und Bauten treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.

Antrag:

- Verzicht auf Neuregelung Artikel 53 Absatz 1bis E-KVG

2.6 Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Der Regierungsrat beurteilt diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, beispielsweise weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tarifhöhe und Aufnahmepflicht.

Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten wie zum Beispiel die Vorhalteleistungen finanzieren (z. B. Kinderspitex).

3. Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten des Kantons in der vorgeschlagenen Regelungsform empfindlich und bedürfen daher einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten des Kantons respektiert.

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

Altdorf, 11. Dezember 2018



Im Namen des Regierungsrats
Der Landammann Der Kanzleidirektor

Roger Nager

Roman Balli

CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

AmiL	GP	KUV	OeG	VS		
DS	Bundesamt für Gesundheit					
DS						
Int	17. Dez. 2018					
PM						
GB						
GeS						
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

EINGEGANGEN

17. Dez. 2018

Registratur GS EDI

Monsieur le Président de la Confédération
Alain Berset

Chef du Département de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

Réf. : CS/15024643

Lausanne, le 12 décembre 2018

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet : réponse à la procédure de consultation

Monsieur le Président,

Nous accusons réception de votre courrier du 14 septembre dernier relatif au projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts et nous vous remercions de nous donner la possibilité de prendre position sur cet important projet.

Nous nous limiterons à vous exposer dans la présente réponse nos principales considérations sur le projet de modification de la loi, qui rejoignent celles formulées par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Les éléments plus détaillés font l'objet d'une réponse selon le formulaire mis à disposition par le Département fédéral de l'intérieur que nous vous adressons également en annexe.

Le Canton de Vaud partage la préoccupation du Conseil fédéral au sujet de la hausse des coûts mais estime que les propositions faites dans le projet de loi excluent presque systématiquement les cantons du pilotage du système de santé, ce que nous ne pouvons pas accepter. Pour mémoire, les cantons sont des autorités en charge de la santé publique, dont les citoyens (également assurés) financent une part importante des coûts de la santé et de l'assurance maladie sociale. En tant qu'acteurs essentiels dans le financement et l'organisation du système de santé, notre canton est également préoccupé par l'évolution de ses coûts et par les mesures envisagées pour réussir à les maîtriser, tout en garantissant à ses citoyens des soins de qualité, et ce en partenariat avec la Confédération (art. 117a Constitution fédérale). Or, non seulement cette dernière ne fait nulle mention de l'importance du rôle des cantons, dont le nôtre, mais elle relève souhaiter prévenir les conflits de gouvernance, voire d'intérêts des cantons qui peuvent naître du fait qu'ils sont parfois propriétaires d'établissements sanitaires (p. 31 du rapport explicatif, en lien avec la mesure 36 « réduire les conflits de gouvernance des cantons... »). Or, le Conseil d'Etat estime qu'il ne peut y avoir de

conflits d'intérêts dans le domaine socio-sanitaire, dans lequel l'intérêt public prédomine.

Là où il y a de véritables conflits d'intérêts, de nature purement économique ceux-là, entre les volets obligatoire et complémentaire de l'activité des assureurs en particulier, la Confédération ne semble voir dans ces institutions que des défenseurs des intérêts des assurés (rapport explicatif p. 34) ou de l'AOS. A ce titre, le projet instaure un droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des cantons en matière de planification et de liste des hôpitaux notamment (p. 32 du rapport). Or, à titre d'exemple, le peu d'empressement des assureurs à vérifier le bien-fondé de traitements effectués sur des patients parce qu'ils sont détenteurs d'assurances complémentaires, ainsi que l'effectivité du respect de la protection tarifaire est révélateur des dysfonctionnements du système.

Au vu de ces éléments, le Conseil d'Etat souhaite que le rôle des cantons, dont celui du Canton de Vaud, soit non seulement maintenu, mais renforcé. Nombre des modifications que nous proposons dans le formulaire ci-joint vont dans ce sens et visent à garantir aux cantons de conserver un moyen d'action et de contrôle sur le système. L'acceptation de ces propositions est nécessaire pour que nous puissions soutenir le projet.

Nous estimons également qu'il faut absolument garder une cohérence et une vue d'ensemble des mesures visant à freiner les coûts afin d'éviter de générer des interactions imprévues et involontaires avec des réglementations existantes ou avec d'autres projets de réformes, en particulier le projet relatif à l'admission de fournisseurs de prestations. A son propos, nous réitérons la vive inquiétude déjà exprimée dans le cadre de la CLASS, quant aux propositions de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 25 octobre 2018, notamment en lien avec la clause du besoin.

Il est par conséquent indispensable d'évaluer scrupuleusement les éventuelles retombées des propositions de réforme sur l'ensemble des financeurs. En effet, il ne s'agit pas à notre avis de limiter uniquement la participation d'un financeur aux coûts de la santé, mais d'envisager des mesures visant à maîtriser l'ensemble du système.

S'agissant plus particulièrement de l'introduction d'un article expérimental, nous approuvons sa création. Il est toutefois trop restrictif en son contenu et limite la marge de manœuvre actuelle de la LAMal qui offre aujourd'hui un périmètre d'action inexploité, par exemple pour de nouveaux modèles de rémunération, d'assurance ou de soins et que les fournisseurs de prestations et les assureurs n'ont pas testé à ce jour. De même, il devrait être possible d'adopter d'autres modèles de financement et de soins au niveau cantonal si ceux-ci se basent sur des lois cantonales en vigueur. Cette possibilité devrait être reconnue et, si nécessaire, inscrite dans la LAMal sans qu'une autorisation formelle soit demandée au DFI. Seuls des projets pilotes ayant un champ d'application national peuvent relever d'une autorisation du DFI. D'une manière générale, il ne faut pas que les compétences constitutionnelles des cantons soient remises en cause. La disposition selon laquelle les cantons peuvent être obligés de

participer à un projet pilote limite le principe de la compétence cantonale dans le système de santé et viole le principe de subsidiarité.

Le champ d'application de cet article devrait par ailleurs être élargi aux projets visant la prévention et la promotion de la santé, ainsi qu'à tout projet portant sur l'ensemble de la communauté, tels que les projets de réponse à l'urgence menés actuellement dans les quatre régions de notre canton. En effet, il ne faut pas perdre de vue que ces projets s'inscrivent dans la politique de santé publique globale menée par les cantons. Dans le cadre d'un projet pilote, il faut également prévoir le financement de nouvelles prestations si cela permet d'aboutir à une prise en charge plus efficace.

Le Canton de Vaud espère au demeurant que les processus mis en place par le DFI pour mettre en œuvre cette disposition ne seront pas dissuasifs pour les cantons, ni générateurs de charges administratives excessives.

Le fait que le rapport explicatif fasse référence à l'octroi de nouvelles ressources à la Confédération pour la mise en place de cette disposition suscite quelque inquiétude. L'analyse de projets pilote et l'élaboration cas échéant de directives ad hoc devraient s'inscrire dans le cadre des activités habituelles de l'OFSP et du DFI, ne serait-ce que parce que la plus grande part du travail sera effectué au sein des cantons.

En outre, le Canton de Vaud soutient l'idée de rapprocher l'assurance-maladie des autres assurances sociales, telle l'assurance accidents. L'examen de l'opportunité d'introduire des prestations en nature aussi dans la LAMal constitue une piste intéressante.

Notre canton appelle toutefois également de ses vœux un autre type de rapprochement avec la LAA : l'instauration d'une assurance maladie véritablement sociale, à savoir totalement séparée des assurances complémentaires privées, et libérée d'une prétendue concurrence qui ne se fait qu'au détriment des principaux financeurs que sont les assurés et les cantons. Les différents partenaires pourraient ainsi véritablement travailler sereinement et de concert à l'amélioration de l'AOS et à la maîtrise de ses coûts.

Le Canton de Vaud soutient, sur le principe, les propositions concernant les tarifs et pilotage des coûts, mais à condition que le projet octroie en la matière des compétences aux cantons. Il soutient également la création d'une organisation tarifaire nationale, dans la mesure où les cantons y seraient également représentés. Une telle organisation peut en effet constituer une issue raisonnable à l'impasse persistant depuis des années parmi les partenaires tarifaires en matière d'élaboration, de développement et d'adaptation des structures tarifaires ambulatoires.

Par contre, le Canton de Vaud rejette catégoriquement le droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'article 39 LAMal. Il est à craindre qu'au-delà de quelques mandats de prestations ou fournisseurs de prestations, l'ensemble des planifications hospitalières soit contestée. Les assureurs deviendraient ainsi des codécideurs en matière de planification hospitalière, sans pour autant avoir à assumer, comme le doivent les cantons – la

responsabilité constitutionnelle de la prise en charge. En outre, ces contestations risqueraient d'avoir des impacts considérables sur la durée des procédures et, partant, sur la mise en œuvre des décisions concernées.

Pour le reste, nous renvoyons à la prise de position de la CDS du 30 octobre 2018, approuvée par le Canton de Vaud. Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRÉSIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

Annexe mentionnée

Copies

- OAE
- SSP

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Canton de Vaud

Abréviation de la société / de l'organisation : VD

Adresse : Château cantonal, 1014 Lausanne

Personne de référence : Olivier Linder

Téléphone : 021.316.42.39

Courriel : olivier.linder2@vd.ch

Date : 05.12.2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	Erreur ! Signet non défini.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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. VD	Acteurs essentiels dans la garantie et le cofinancement de la prise en charge, les cantons sont vivement intéressés à optimiser les systèmes de pilotage et de financement de la santé. L'évolution des coûts du système de santé préoccupe aussi le Canton de Vaud. Nous saluons l'orientation générale du programme visant à freiner la hausse des coûts et sommes prêts à contribuer à sa mise en œuvre. Nous demandons ainsi que le projet reconnaisse ce rôle des cantons et l'inscrive concrètement dans les différentes dispositions proposées.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. VD	Le Canton de Vaud estime toutefois qu'il faut absolument garder une vue d'ensemble du système au cours du suivi et de la mise en œuvre des mesures visant à freiner les coûts. Les mesures proposées dans le 1 ^{er} volet prévoient de nouveaux rôles et tâches pour la Confédération, les cantons, les assureurs et les fournisseurs de prestations. On s'expose au risque de générer des interactions imprévues et involontaires avec des réglementations existantes ou avec d'autres projets de réforme, comme le projet relatif à l'admission de fournisseurs de prestations. Il est par conséquent indispensable d'évaluer scrupuleusement d'éventuelles retombées. Il faudra notamment surveiller les effets sur les autres financeurs et sur la prise en charge des patients.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	Certaines mesures ne sont pas encore au point, ni guère efficaces par rapport aux objectifs visés.
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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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)
VD	42	3		Le Canton de Vaud est d'accord avec le but de cette mesure, à savoir augmenter la transparence des prestations facturées et leurs coûts afin que les assurés prennent davantage conscience des coûts en jeu. Nous estimons cependant que la réglementation proposée est inadéquate pour atteindre ce but. Elle occasionnerait une surcharge importante pour les fournisseurs de prestations, sans utilité significative en contrepartie, étant donné que les contenus des factures sont difficiles à interpréter par les assurés. En lieu et place de l'envoi d'une copie de facture à l'assuré, nous proposons de prévoir un droit aux renseignements ; celui-ci accorde à l'assuré le droit d'obtenir sur demande des informations du fournisseur de prestations au sujet des prestations facturées et de leurs coûts. Les assureurs devraient en outre compléter la facturation des prestations en y mentionnant la part assumée par le canton.	- Supprimer la proposition - Complément à l'article 42, al. 3 : « ... <i>Y figurera aussi la part assumée par le canton.</i> »
Erreur ! Source du renvoi introuvable. VD	43	5		Le Canton de Vaud appuie fondamentalement l'objectif selon lequel le Conseil Fédéral doit pouvoir déterminer les forfaits ambulatoires également. Cela augmente la pression exercée sur les partenaires tarifaires d'élaborer de tels forfaits où ceux-ci sont utiles du point de vue médical et économique. Une structure uniforme des tarifs forfaitaires pour l'ensemble du pays n'est cependant opportune que si la prise en charge est standardisée dans toute la Suisse et liée à des prestations clairement définies. Cela n'est toutefois pas le cas dans nombre	- Remaniement de la disposition - Eventuellement : « <i>Les tarifs à la prestation ainsi que les tarifs des forfaits par patient liés à des traitements ambulatoires <u>standardisés et clairement définis</u> doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. <u>Des structures tarifaires cantonales</u></i> »

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				de domaines (rééducation cardiaque, psychiatrie de jour et de nuit, traitements à la méthadone) où il existe différents types de structures de prise en charge. Pour ces domaines, des structures tarifaires cantonales doivent pouvoir rester applicables.	<u><i>continueront de régir les traitements ambulatoires plus complexes. »</i></u>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	47 a	1		Le Canton de Vaud approuve la création d'une organisation tarifaire nationale. Elle peut constituer une issue raisonnable à l'impasse persistant depuis des années parmi les partenaires tarifaires en matière d'élaboration et de développement ainsi que d'adaptation et de gestion des structures tarifaires liées aux traitements ambulatoires. Il faut cependant prévoir une participation paritaire des cantons à cette organisation. Les compétences de l'organisation tarifaire doivent se limiter aux structures tarifaires valables dans toute la Suisse. Même si une organisation faitière avec des subdivisions par domaine de fournisseurs de prestations ou une organisation séparée par structure tarifaire sont envisageables, l'organisation tarifaire devra, dans la phase de lancement pour le moins, assumer avant tout les structures tarifaires relatives aux prestations médicales.	- « <u><i>Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, de concert avec les cantons, une organisation composée sur une base paritaire compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires pour les tarifs à la prestation, l'accent étant placé sur les prestations médicales, ainsi que pour les forfaits ambulatoires dans la mesure où les partenaires tarifaires le souhaitent. »</i></u>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	47 a	3			- « Le Conseil fédéral l'institue pour les parties selon l'alinéa 1. »
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	47 a	4		La question du financement de l'organisation n'est pas réglée	- « <i>Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »</i> - Un alinéa relatif au financement de l'institution doit être prévu
VD	47 b	2		Le Canton de Vaud est d'accord avec l'obligation de	- « <i>Les fournisseurs de prestations, les</i>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				communiquer des données au Conseil fédéral. Mais l'obligation de communiquer des données aux cantons doit elle aussi obtenir une base légale nette et explicite dans la LAMal, à plus forte raison si la réglementation vise à éviter les doublons et les redondances. Si la communication des données doit être réglée pour les tarifs selon l'article 46, al 4, LAMal également, il faudrait y procéder à l'article 46 en élargissant en même temps le champ d'application aux procédures cantonales d'approbation ou de fixation. Nous estimons que la disposition proposée concernant la délimitation entre la structure tarifaire et les tarifs n'est pas encore mûre.	<i>assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que l'organisation visées à l'article 47 a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral <u>et aux cantons</u> les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation <u>des structures tarifaires.</u> [...] »</i>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	47 b	3		Le Canton de Vaud propose d'introduire des sanctions analogues pour le secteur stationnaire ou bien d'examiner l'introduction générale d'un article de sanction dans la LAMal.	- « <u>Le Conseil fédéral et les cantons peuvent prononcer des sanctions à l'encontre des fédérations de fournisseurs de prestations et de celles des assureurs ainsi qu'à l'encontre de l'organisation visée à l'article 47 a lorsque celles-ci ne respectent pas l'obligation de communiquer les données, prévue à l'al. 2. [...]</u> »
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	49	2			- « <u>Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation au sens de l'art.47a les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Le Conseil fédéral et les cantons peuvent prendre des sanctions contre les fournisseurs de prestations qui violent cette obligation...</u> » - Éventuellement, créer un article nouveau relatif aux sanctions : « <u>Le Conseil fédéral et les cantons peuvent ordonner des</u>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

					<i>sanctions si les obligations ou les conditions de cette loi ne sont pas respectées. »</i>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	47 c			Le Canton de Vaud reconnaît que par cette nouvelle disposition on propose un instrument potentiellement efficace en vue de maîtriser les coûts, susceptible de renforcer la responsabilité en matière de coûts des fournisseurs de prestations dans un marché axé sur l'offre. La responsabilité de la prise en charge et les compétences de pilotage demeurent cependant du ressort des cantons, ce dont la réglementation proposée ne tient pas suffisamment compte. Elle englobe en effet un pilotage des prestations par les partenaires tarifaires également, ce qui peut entamer des compétences cantonales existantes (planification hospitalière, mandat de prestations, admission des fournisseurs de prestations) selon l'interprétation qu'on lui donne (seulement volume ou aussi contenu des prestations). Elle risque en outre de conduire à un nombre très élevé de différents accords contractuels, ce qui complique le pilotage et remet en cause le principe même de sa réalisation. La manière dont elle se positionne par rapport à d'autres projets de révision en cours de la LAMal, en particulier à l'égard du projet sur le pilotage de l'admission, n'est pas claire non plus. Le Canton de Vaud est d'avis qu'il faut retravailler la disposition en tenant compte des paramètres ci-après. - La responsabilité cantonale en matière de planification de la prise en charge demeure intacte. - Le pilotage étatique a la primauté par rapport au pilotage contractuel convenu entre les partenaires tarifaires - Il faut également prévoir un mécanisme de pilotage en	- Remaniement complet de la disposition dans le sens demandé dans la colonne précédente, en s'inspirant de la teneur de l'initiative parlementaire 17.402

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

				cas d'offre insuffisante. - Toute interférence avec d'autres projets de révision en cours de la LAMal est supprimée	
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.VD	47 c	3		En fonction des éléments ci-dessus. Les dispositions prévues dans les contrats nationaux devraient s'appliquer par analogie aux contrats tarifaires cantonaux. Dans ce cas, l'application devra relever des gouvernements cantonaux.	- Par exemple : « <i>Les mesures selon l'alinéa 1 peuvent être intégrées aux contrats tarifaires cantonaux en vigueur ou faire l'objet de contrats cantonaux à part ; ceux-ci seront soumis au gouvernement cantonal pour approbation.</i> » - « ... Ces mesures doivent être harmonisées avec une planification et un pilotage par les autorités compétentes et avec les bases même de cette planification, en particulier avec la planification hospitalière ou celle des établissements médico-sociaux selon l'art. 39 de la LAMal, et elles tiendront compte de manière adéquate de tout risque d'offre insuffisante ou excédentaire. »
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.VD	47 c	4			- « Elles doivent prévoir des <u>mesures</u> correctives en cas d'augmentation [...] »
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.	47 c	6			- « Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation les mesures convenues à l'autorité cantonale ou nationale responsable de la planification et du pilotage dans le domaine visé. A

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

					<i>défaut d'une compétence établie, l'approbation relève de la Confédération. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, <u>l'autorité responsable de la planification et du pilotage ou, à défaut d'une telle compétence établie, la Confédération les fixe. Les fournisseurs de prestations et les assureurs communiquent gratuitement à l'autorité compétente, sur demande, les données nécessaires à cette fin.</u> »</i>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	47 c	7		La teneur de cet alinéa paraît évidente et celui-ci pourrait donc être supprimé.	A supprimer
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	52	2		(Ces remarques sont également valables pour l'autre modèle). L'information de l'assuré doit être systématique lorsqu'il se voit prescrire ou remettre un médicament dont il devra assumer une partie des coûts.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	53	1 bis		Le Canton de Vaud rejette catégoriquement le droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal. La disposition ne contribuerait pas à maîtriser les coûts mais péjorerait la sécurité juridique de la validité des mandats de prestations/listes hospitalières. Il est à craindre que bien au-delà de quelques mandats de prestations ou de fournisseurs de	Renoncer à une nouvelle réglementation

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				prestations, on finirait par contester des listes/planifications hospitalières tout entières. L'effet suspensif qu'exerceraient de tels recours sur les décisions relatives à la planification hospitalière saperait celle-ci et en menacerait l'efficacité. Les assureurs deviendraient ainsi des planificateurs hospitaliers sans pour autant avoir à assumer – comme le doivent les cantons – la responsabilité constitutionnelle de la prise en charge. Aussi longtemps que l'assurance de base et l'assurance complémentaire ne sont pas séparées, les assureurs se trouvent en outre face à un conflit d'intérêts à l'égard de certains fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu des contrats avantageux pour eux dans le domaine de l'assurance complémentaire. Par conséquent, on ne peut pas exclure que dans ces cas de figure, des recours soumis par des assureurs ne contreviennent à l'objectif d'une planification hospitalière conforme aux besoins, et partant, à la maîtrise des coûts.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	Ch 4a			Compléter le titre	« Projets pilotes visant à maîtriser les coûts <u>et à promouvoir les soins intégrés et la prévention</u> »
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VD	59 b	1		Le Canton de Vaud approuve fondamentalement la création d'un article expérimental. Nous estimons néanmoins que le présent projet de l'art 59 b est trop restrictif en son contenu et qu'il limite la marge de manœuvre actuelle de la LAMal. Celle-ci offre aujourd'hui un périmètre d'action inexploité, par exemple pour de nouveaux modèles de rémunération, d'assurance ou de soins, que les acteurs (en particulier les fournisseurs de prestations et les assureurs) n'utilisent toutefois pas. De même, au niveau cantonal, il est aujourd'hui possible d'adopter d'autres modèles de financement et de soins si ceux-ci se basent sur des lois cantonales en vigueur. En tenant compte du système dans son ensemble, le Canton de Vaud considère en outre qu'il faut élargir	- « Dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles, le DFI peut autoriser des projets pilotes nationaux et les <u>gouvernements cantonaux peuvent autoriser des projets pilotes régionaux/cantonaux</u> ; ceci, notamment dans les domaines suivant... » - « g. financement de nouvelles prestations visant à augmenter la qualité et l'efficience des soins »

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

			le champ d'application de l'article en y ajoutant explicitement la promotion des soins intégrés et de la prévention. Dans le cadre d'un projet pilote, il faut également prévoir le financement de nouvelles prestations si cela permet d'aboutir à une prise en charge plus efficace. Le Canton de Vaud estime que seule l'autorisation de projets pilotes ayant un champ d'application national peut relever du DFI, tandis que les cantons doivent pouvoir autoriser les projets cantonaux et régionaux. Il est probable que l'exécution de certains projets pilotes demandera un financement spécial qui devrait être réglé de façon opportune dans l'article.	- « <i>h. prévention.</i> » - « <i>i. mise en place d'un nouveau modèle d'assurance, tel qu'une caisse maladie cantonale.</i> »
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	59b	2	Il faut stipuler que les projets doivent être réversibles. Si un projet se révèle inefficace, il faut pouvoir revenir à l'ancienne réglementation sans préjudice.	- « <i>.... Leur durée et leur application territoriale <u>et ils sont réversibles.</u></i> »
....VD	59b	3	Conformément à leurs responsabilités constitutionnelles, les cantons devraient se voir reconnaître expressément la possibilité de mener sur leur territoire des projets-pilotes, fondés sur des bases légales expresses, sans avoir à les soumettre à l'autorisation du DFI. Dans ces situations, la compétence de fixer les dérogations à la loi devrait revenir aux gouvernements cantonaux concernés.	- « <i>Le DFI fixe par voie d'ordonnance les dérogations à la loi et les droits et obligations des participants au projet pilote. Dans les cas de projets pilotes régionaux/cantonaux, cette compétence est dévolue aux gouvernements cantonaux concernés.</i> »
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	59b	4	D'une manière générale, il ne faut pas que les compétences constitutionnelles des cantons soient remises en cause. La disposition selon laquelle les cantons peuvent être obligés à participer à un projet pilote limite le principe de la compétence cantonale dans le système de santé et viole le principe de subsidiarité. C'est pourquoi il faut supprimer ladite disposition	- « <i>Les assureurs, les fournisseurs de prestations ou leurs fédérations respectives peuvent être tenus de participer à un projet pilote si une participation volontaire ne permet pas d'évaluer de manière adéquate les effets d'une généralisation ultérieure du projet</i> »

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

					<i>pilote. »</i>
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.VD	59b	6			- « Au terme du projet pilote, le Conseil fédéral, respectivement le gouvernement cantonal peut prévoir que les dispositions visées à l'al. 3 restent applicables <u>pendant 3 ans au maximum</u> si l'évaluation a montré que le modèle permet de maîtriser efficacement les coûts, <u>respectivement de promouvoir les soins intégrés ou la prévention</u>, et dès lors qu'un projet législatif va être lancé. ... »

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Autres propositions			
Nom/société	Art.	Commentaire / observation	Proposition de texte
Abréviation de la société / de l'organisation : VD	49 al. 2	Afin d'aboutir à une analogie dans le secteur stationnaire, nous proposons d'adapter en conséquence l'article 49, al. 2 LAMal. Cela permettra de résoudre le problème de l'intégration de Curafutura au sein de SwissDRG S.A. et de charger l'organisation tarifaire nationale de la soumission de la demande d'approbation à l'intention du Conseil fédéral. En effet, si tous les partenaires sont représentés au sein de l'organisation, celle-ci pourra aussi soumettre elle-même une telle demande au Conseil fédéral	- <i>« Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »</i>



Conseil d'Etat
Staatsrat

**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**



2018.04563

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

Références

Date 28 NOV. 2018

Prise de position du canton du Valais relative à l'avant-projet du DFI du 14.9.2018 sur la révision partielle de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1er volet

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions pour votre invitation du 14 septembre 2018 relative à la prise de position citée en référence et vous faisons part de la position du Gouvernement valaisan.

Reprenant la position du 30 octobre 2018 de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), le canton du Valais approuve toute mesure pertinente visant à freiner la hausse des coûts de la santé. En effet, le canton est directement touché par cette augmentation continue, que ce soit par le financement direct du secteur hospitalier stationnaire et de celui des soins de longue durée ou par le financement indirect, notamment par le biais des réductions individuelles de primes (RIP).

Considérant ceci, le canton du Valais est très intéressé à participer à l'optimisation des systèmes de pilotage et de financement des coûts de la santé. En particulier, il est nécessaire que les cantons, qui financent une grande partie ces coûts, soient étroitement associés aux décisions visant à freiner la hausse des dépenses.

Cela étant, le canton du Valais est opposé à certaines des mesures proposées qui touchent sensiblement aux compétences des cantons dans la réglementation proposée et requièrent, de l'avis du canton du Valais, une rectification ou une concrétisation qui respecte les compétences des cantons (cf. formulaire annexé).

S'agissant en particulier des propositions de modification, le canton du Valais se rallie à la prise de position susmentionnée de la CDS.



En tout état de cause, le canton du Valais invite la Confédération à mettre en œuvre le plus rapidement possible le 2^{ème} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre très haute considération.

Au nom du Conseil d'Etat

La présidente


Esther Waeber-Kalbermatten



Le chancelier



Philipp Spörri

Annexe Formulaire.

Copies abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Conseil d'Etat du canton du Valais

Abréviation de la société / de l'organisation : VS

Adresse : Palais du Gouvernement, 1950 Sion

Personne de référence : M. Victor Fournier, chef du Service de la santé publique

Téléphone : 027 606 49 00

Courriel : santepublique@admin.vs.ch

Date : 20 novembre 2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	15

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
VS	Sur le principe, le canton du Valais approuve toute mesure pertinente visant à freiner la hausse des coûts de la santé. En effet, le canton est directement touché par cette hausse continue, que ce soit par le financement direct du secteur hospitalier stationnaire et de celui des soins de longue durée que par le financement indirect par le biais des réductions individuelles de primes (RIP). Considérant ceci, le canton du Valais est très intéressé à participer à l'optimisation des systèmes de pilotage et de financement des coûts de la santé. En particulier, il est nécessaire que les cantons, qui financent une grande partie ces derniers, soient étroitement associés aux décisions visant à freiner la hausse des dépenses. Cela étant, le canton du Valais est opposé à certaines des mesures proposées, selon lui peu productives pour certaines, et pas admissibles pour d'autres. En effet, une série de mesures touchent sensiblement aux compétences des cantons dans la réglementation proposée et requièrent, de l'avis du canton du Valais, une rectification ou une concrétisation qui respecte les compétences des cantons. S'agissant en particulier des propositions de modification, le canton du Valais se rallie à la prise de position de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 30 octobre 2018. En tout état de cause, le canton du Valais invite la Confédération à mettre en œuvre le plus rapidement le 2^{ème} volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts.
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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.VS	59b			<u>Projets pilotes</u> Le Conseil d'Etat du Valais approuve la possibilité pour le DFI d'autoriser des projets-pilotes dans le but d'explorer de nouveaux modèles de maîtrise des coûts dans différents domaines. Cependant, comme la CDS, il estime que seule l'autorisation de projets pilotes ayant un champ d'application national peut relever du DFI, <i>tandis que les cantons doivent pouvoir autoriser les projets cantonaux et régionaux</i>. D'une manière générale, il ne faut pas que les compétences constitutionnelles des cantons soient remises en cause. La disposition selon laquelle les cantons peuvent être obligés de participer à un projet pilote limite le principe de la compétence cantonale dans le système de santé et viole le principe de subsidiarité. En tenant compte du système dans son ensemble, le canton du Valais considère en outre qu'il faut élargir le champ d'application de l'article en y ajoutant explicitement la promotion des soins intégrés et de la prévention.	<u>Voir prise position de la CDS du 30 octobre 2018</u>
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VS	42	3		<u>Contrôle des factures</u> Le Conseil d'Etat du Valais, comme la CDS, est d'accord avec le but de cette mesure, à savoir augmenter la transparence des prestations facturées et de leurs coûts afin que les assurés prennent davantage conscience des coûts en jeu. Il estime cependant que la réglementation proposée est inadéquate pour atteindre ce but et qu'elle occasionnerait une surcharge importante pour les fournisseurs de prestations, sans utilité significative en contrepartie, étant donné que les contenus des	<u>Idem CDS</u>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				factures sont difficiles à interpréter par les personnes assurées. En définitive, c'est aux assureurs qu'il appartient en premier lieu de contrôler les factures. Par ailleurs, il est proposé, au lieu de l'envoi d'une copie de facture à la personne assurée de créer un droit aux renseignements ; celui-ci accorde à la personne assurée le droit d'obtenir sur demande des informations du fournisseur de prestations au sujet des prestations facturées et de leurs coûts. Les assureurs devraient en outre compléter la facturation des prestations en y mentionnant la part assumée par le canton. Cette alternative permettrait d'atteindre le but de la mesure sans grever le système d'une surcharge administrative considérable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable. VS	43 +47a	5		<u>Organisation tarifaire pour l'ambulatorie</u> Le Conseil d'Etat du Valais approuve la création d'une organisation tarifaire dans le domaine ambulatoire chargée d'élaborer, de développer, d'adapter et de mettre à jour des structures tarifaires. Elle peut constituer une issue raisonnable de l'impasse persistant depuis des années parmi les partenaires tarifaires en matière d'élaboration et de développement ainsi que d'adaptation et de gestion des structures tarifaires liées aux traitements ambulatoires. <i>Il faut cependant prévoir une participation paritaire des cantons à cette organisation.</i> Cette participation des cantons est d'autant plus nécessaire que ce sont eux qui, dans le cadre du projet de révision de la LAMal sur le financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation, devraient payer une part du financement du domaine ambulatoire. De surcroît, les cantons seront de toute façon impactés financièrement par les réductions individuelles des primes (RIP). En résumé, le Conseil d'Etat du canton du Valais approuve la	<u>Idem CDS</u>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				création d'une organisation tarifaire nationale. Toutefois, il est indispensable que les cantons soient étroitement associés à cette création, et notamment au processus de détermination des forfaits ambulatoires.	
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.VS	47b			<u>Communication de données dans le cadre de l'article 47a</u> Le Conseil d'Etat du Valais approuve l'obligation de communiquer des données au Conseil fédéral. <i>Mais l'obligation de communiquer des données aux cantons doit elle aussi recevoir une base légale explicite dans la LAMal, lesquels seront impactés financièrement comme cela a été exposé ad art. 47a.</i> Cela à plus forte raison si la réglementation vise à éviter les doublons et les redondances. Si la communication des données doit être réglée pour les tarifs selon l'art. 46, al. 4, LAMal également, il faudrait y procéder à l'art. 46 en élargissant en même temps le champ d'application aux procédures cantonales d'approbation ou de fixation. Nous estimons que la disposition proposée concernant la délimitation entre la structure tarifaire et les tarifs n'est pas encore mûre. En résumé, le canton du Valais, suit pleinement, ici aussi, la position de la CDS, en insistant sur la représentation des cantons, qui, de surcroît, devraient à l'avenir être amenés à cofinancer le secteur ambulatoire.	<u>Idem CDS</u>
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.VS	47	c		<u>Mesures visant à piloter les coûts</u> Le canton du Valais considère que par cette nouvelle disposition il est proposé un instrument potentiellement efficace en vue de maîtriser les coûts, en outre susceptible de renforcer la responsabilité en matière de coûts des fournisseurs de prestations dans un marché axé sur l'offre.	<u>Idem CDS</u>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				La responsabilité de la prise en charge et les compétences de pilotage demeurent cependant <u>du ressort des cantons</u>, ce dont la réglementation proposée ne tient pas suffisamment compte. Elle englobe en effet un pilotage des prestations par les partenaires tarifaires également, ce qui peut entamer des compétences cantonales existantes (notamment la planification hospitalière, les mandats de prestations, l'admission des fournisseurs de prestations) selon l'interprétation qu'on lui donne (seulement volume ou aussi contenu des prestations). Elle risque en outre de conduire à un nombre très élevé de différents accords contractuels, ce qui complique le pilotage et remet en cause le principe même de sa réalisation. Pour ces motifs, il y a lieu de préciser expressément dans la LAMal que la responsabilité cantonale en matière de la planification de la prise en charge demeure intacte, et que les cantons doivent approuver les contrats tarifaires, y compris les mesures visant à piloter les coûts.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.VS	44 +52ss	1		<u>Contrôle du prix des médicaments et des moyens auxiliaires</u> Le Conseil d'Etat du Valais soutient toute mesure visant à contrôler de manière efficace et praticable le prix des médicaments et des moyens auxiliaires. Cela étant, il ne peut adhérer aux articles proposés tels quels. En effet, ces derniers sont peu clairs et paraissent trop compliqués.	
VSErreur ! Source du renvoi introuvable.	53	1bis		<u>Réintroduction de recours des assureurs</u> Le Conseil d'Etat du Valais, rejette la réinstauration d'un droit de recours pour les organisations d'assureurs importants au plan suisse ou régional contre les décisions des gouvernements concernant les décisions de planification des hôpitaux et des	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				EMS. En effet, <i>cette disposition est de nature à rallonger les procédures et d'entraver l'accès aux soins.</i> Par ailleurs, aussi longtemps que l'AOS et l'assurance complémentaire ne seront pas séparées, les assureurs se retrouveront toujours dans un conflit d'intérêt vis-à-vis des fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu des contrats avantageux dans le domaine de l'assurance complémentaire.	
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.VS	LAA/ LAM/ LAI			<u>Modification d'autres lois</u> Si l'on se réfère au rapport explicatif, il s'agit, pour la LAA, la LAM et la LAI, de créer pour ces 3 assurances sociales une organisation semblable à la LAMal s'agissant des mesures visant à piloter les coûts ainsi que des obligations de fournir des données par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Cela étant, dans sa prise de position du 30 octobre 2018, la CDS a jugé ces modifications de manière critique car certains principes de la LAMal ne sont pas réglementés dans ces lois. Dès lors, si la réglementation proposée était retenue il conviendrait de s'assurer que les assureurs ne portent pas atteinte à la garantie de la prise en charge de leurs assurés par ces mesures, en garantissant que les cantons ne soient pas obligés, cas échéant, d'assumer des coûts résiduels non couverts par ces assurances sociales.	
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.					



Regierungsrat, Postfach, 6301 Zug

Nur per E-Mail

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

Zug, 4. Dezember 2018 bue

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Kanton Zug eingeladen bis zum 14. Dezember 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) Stellung zu nehmen.

Sie können die Rückmeldungen des Kantons Zug dem beiliegenden Antwortformular entnehmen.

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse
Regierungsrat des Kantons Zug

Manuela Weichelt-Picard
Frau Landammann

Tobias Moser
Landschreiber

Beilage:
Antwortformular

Seite 2/2

Mitteilung per E-Mail an:

- abteilung-leistungen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion (info.gd@zg.ch)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Zug

Abkürzung der Firma / Organisation : ZG

Adresse : Seestrasse 2, Regierungsgebäude am Postplatz

Kontaktperson : Beatrice Gross, Generalsekretärin Gesundheitsdirektion

Telefon : +41 41 728 35 40

E-Mail : beatrice.gross@zg.ch

Datum : 4. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ZG	Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Sie begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten. Allerdings ist der Kanton Zug der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen. Gerne nehmen wir dazu im Folgenden detailliert Stellung (in Anlehnung an die Stellungnahme der GDK). Zusammenfassend halten wir aber fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket vom Kanton Zug durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regulationsform empfindlich und bedürfen daher aus Sicht des Kantons Zug einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ZG	43	5		Grundsätzlich unterstützt der Kanton Zug das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein. Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.	– Überarbeitung der Bestimmung – Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf <u>klar abgrenzbare, standardisierte</u> ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. <u>Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.</u>»
ZG	44	1		Der Kanton Zug geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann.	
ZG	47a			Der Kanton Zug begrüsst die Schaffung eines nationalen Tarifbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation	– Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. – Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu Art. 43 Abs. 5). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein. Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»
ZG	47a	1			«Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen</u> ambulante Behandlungen zuständig ist. »
ZG	47a	3			«...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. »

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

ZG	47a	4			«Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. »
ZG	47b			Der Kanton Zug ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden. Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift. Der Kanton Zug schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.	– Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. <u>Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen.</u> ...» – Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «<u>Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.</u>»
ZG	47b	2			«Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <u>Tarifstrukturen</u> notwendig sind. ...»
ZG	47b	3			«Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz <u>Artikel</u> 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann <u>können</u> der Bundesrat <u>und die Kantone</u> Sanktionen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					ergreifen....»
ZG	47c			Der Kanton Zug anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung. Die Bestimmung ist aus Sicht des Kantons Zug unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: - Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt. - Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung. - Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. - Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.	– Überarbeitung der Bestimmung – Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): «<u>Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.</u>» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
ZG	47c	3			Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): «... <u>Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<u>zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»</u>
ZG	47c	4			Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln zur Korrektur <u>korrigierende Massnahmen</u> bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»
ZG	47c	6			Eventualiter: Abs. 6 (neu 7): « <u>Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund.</u> Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat <u>die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund</u> die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat <u>der zuständigen Behörde</u> auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.»
ZG	47c	7			Abs. 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.
ZG	59b			Grundsätzlich begrüsst der Kanton Zug die Schaffung eines Experimentierartikels. Er ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum z. B. für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Mit Blick auf das	Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention</u> »

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Gesamtsystem ist aus Sicht des Kantons Zug ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird. Weiter ist der Kanton Zug der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden. Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	
ZG	59b	1			«Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann <u>bei nationalen Projekten</u> das EDI <u>und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung</u> Pilotprojekte <u>insbesondere</u> in folgenden Bereichen bewilligen...»
ZG	59b	1	g	Ergänzung von Absatz 1	« <u>Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz</u> »

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

ZG	59b	1	h	Ergänzung von Absatz 1	« <u>Prävention</u> »
ZG	59b	2			«Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt <u>und reversibel</u> .»
ZG	59b	4			«Die Kantone , die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»
ZG	59b	6			«Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 <u>für maximal drei Jahre</u> anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann <u>und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird</u> ...»
ZG				Änderung anderer Erlasse: Der Kanton Zug beurteilt die Änderungen betreffend Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur,	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Tarifhöhe und Aufnahmepflicht. Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitex).	
--	--	--	--	---	--



Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

4. Dezember 2018 (RRB Nr. 1198/2018)

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994
über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1;
Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 14. September 2018 haben Sie uns die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unter dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

1. Allgemeines

Die Schweiz verfügt über ein gut ausgebautes, funktionierendes Gesundheitssystem. Ein wichtiger Teil davon ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die seit 1996 der gesamten Bevölkerung Zugang zu qualitativ hochstehenden Gesundheitsleistungen ermöglicht. Das hohe Leistungsniveau des Gesundheitssystems insgesamt und im Besonderen der OKP hat allerdings seinen Preis: Die Kosten des Gesundheitswesens sind von 1995 bis 2016 um über 100% angestiegen – nämlich von rund 38 Mrd. Franken auf rund 80,5 Mrd. Franken. Der Anteil der OKP an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen betrug 1996 gut 27% und stieg bis 2016 auf 35,7%. Diese Kostenentwicklungen betreffen die Kantone ganz direkt, da sie zu einem nicht unbedeutenden Teil an der Finanzierung des Gesundheitswesens teilhaben. Aus diesem Grund werden Massnahmen zur Kostendämpfung grundsätzlich begrüsst. Das vorliegende Massnahmenpaket kann jedoch nicht vorbehaltlos unterstützt werden. Durch die geplanten Neuregelungen dürften die Einsparungen bei der OKP nur gering ausfallen. Gleichzeitig würden aber neue Herausforderungen oder Probleme entstehen – sei es für die Kantone, aber auch für die Versicherten oder Versicherer und Leistungserbringer.

2. Zu den vorgeschlagenen Massnahmen

a) Experimentierartikel

Die bisher bekannten Beispiele für Pilotartikel oder Pilotversuche sind im Allgemeinen auf Verbesserungen der Rechtspositionen der Versicherten angelegt (Biometrischer Pass, Eingliederungsmassnahmen). Der nun angedachte Experimentierartikel im KVG ist aber auf die Eindämmung der Kostenentwicklung ausgerichtet, was ohne Preisgabe von Rechtspositionen von Versicherten, Leistungserbringern, Versicherern oder Kantonen kaum erreicht werden kann. Daher ist es wohl auch erforderlich, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer sowie die Versicherten zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichten zu können. Wir bezweifeln die Rechtsstaatlichkeit des vorgesehenen Experimentierartikels, da damit die verfassungsmässige Garantie des Gleichbehandlungsgebots der Versicherten sowie das Verhältnismässigkeitsprinzip ausgehebelt werden könnten. Wir lehnen deshalb die Einführung des Experimentierartikels aus grundsätzlichen Überlegungen ab. Sollte der Bund dennoch daran festhalten, gilt es, die Anmerkungen der GDK zu berücksichtigen. Unabdingbar wäre, dass die Teilnahme an Pilotprojekten für alle Beteiligten freiwillig sein muss und bei der Einführung von Pilotprojekten die Finanzierung vorgängig geregelt wird, wobei das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz einzuhalten ist. Die Umsetzung müsste sodann ohne Zusatzbelastungen für die Kantone ausfallen bzw. mit allfälligen Kompensationsmöglichkeiten für sie versehen sein.

b) Rechnungskontrollen

Die Ziele (Förderung der Transparenz und Stärkung des Kostenbewusstseins) sind durchaus zu begrüssen. Ob sie allerdings mit der geplanten Massnahme erreicht werden können, ist zumindest fraglich. Auf jeden Fall wäre auf den Rechnungen der vom Kanton finanzierte Anteil aufzuführen. Da die Massnahme die Kantone jedoch nicht direkt betrifft, verzichten wir auf eine detaillierte Stellungnahme.

c) Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Wir schliessen uns in diesem Punkt der GDK-Haltung an. Zusätzlich zu den von der GDK angeführten Argumenten gilt es noch auf folgende Umstände hinzuweisen: Die vom Bund geplante Massnahme läuft im Ergebnis auf ein Globalbudget hinaus, welches die Leistungserbringer mit den Versicherern vereinbaren. Gemäss KVG haben die Kantone aber weiterhin gestützt auf die Art. 51 und 54 die Kompetenz, Globalbudgets festlegen. Die Vorlage lässt offen, wie mit den sich überschneidenden bzw. parallelen Zuständigkeiten umzugehen wäre. Zudem bedürfen Massnahmen zur Steuerung der Kosten einer vorgängigen Vereinbarung, was die Zielvorgaben sind. Auf solche müssten sich darum die Kostenträger, d. h. Krankenversicherer und Kantone, im Vorfeld einigen. Das dürfte erhebliche Schwierigkeiten verursachen. Schliesslich tragen die Kantone auch weiterhin die Versorgungsverantwortung und sind darum für die Leistungssteuerung zuständig. Solange dies so ist, darf nicht anderen Beteiligten die Kostensteuerung überlassen werden, da dies unausweichlich Rückwirkungen auf die Leistungsmengen hat.

d) Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Im Zusammenhang mit dem Referenzpreissystem weisen wir auf folgende Risiken hin: Wenn nur noch das günstigste Produkt bezahlt wird, hat das zur Folge, dass Patientinnen und Patienten je nach gewähltem Modell immer wieder ein anderes Generikum erhalten. Da Generika Bioverfügbarkeitsunterschiede von bis zu 40% aufweisen können, besteht die Gefahr, dass das neue Produkt nur ungenügend wirkt oder mehr Nebenwirkungen auslöst. Die Folgekosten dürften rasch deutlich höher sein als die Einsparungen. Abzulehnen ist zudem die Ausdehnung des Systems auf Biosimilars. Nach geltendem Recht sind Biosimilars nämlich keine Generika (da nicht identisch, sondern nur similar) und nicht zwingend 1 : 1 austauschbar.

Das Preisniveau bei den Arzneimitteln ist in der Schweiz im Vergleich zu den Nachbarländern tatsächlich hoch und es besteht Sparpotenzial. Mit den vorgeschlagenen Vergütungsmodellen gemäss Art. 52a und 52b (sowohl Modell mit Preisabschlag als auch Modell mit Meldesystem) wird dieses aber nur ungenügend genutzt werden können. Hinsichtlich der Praxistauglichkeit der Modelle bestehen erhebliche Zweifel. Die Formulierung betreffend die Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis in Art. 52a Abs. 1: «... bei gleicher medizinischer Eignung ...» birgt ein grosses Konfliktpotenzial. Zwar ist in Art. 52a Abs. 4 Abhilfe vorgesehen, indem der Bundesrat Voraussetzungen festlegen kann, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten. Es ist aber davon auszugehen, dass die Bedingungen und Voraussetzungen nicht so definiert werden können, dass kein Ermessens- oder Interpretationsspielraum besteht. Aus Sicht der Leistungserbringer stellt sich zudem die Frage, wie die in Art. 52a Abs. 2 verankerte Informationspflicht gegenüber der versicherten Person (welcher Betrag von der OKP vergütet wird) praktikabel umgesetzt werden kann. Es bleibt unklar, ob mündliche Informationen ausreichen oder ob und in welchem Ausmass die Leistungserbringer dokumentieren müssen, welche Informationen sie welcher Patientin oder welchem Patienten gegeben haben.

Aufseiten der Leistungserbringer würde auch die Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis (Art. 52b; unabhängig von der Variantenwahl) zu grossen administrativen Aufwänden und erheblichen Problemen bei der konkreten Umsetzung führen. Zwar sieht der Gesetzesentwurf hier keine Informationspflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten vor. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch bei Arzneimitteln mit Referenzpreisen die Patientinnen und Patienten informiert werden müssen, wenn der Preis des Medikaments den Referenzpreis übersteigt und sie somit die Differenz selbst zu bezahlen haben. Einfacher und aus Sicht der Kosten wirkungsvoller wäre es, wenn die Preise auf der Spezialitätenliste konsequent und regelmässig auf der Grundlage eines Auslandpreisvergleichs angepasst würden. Die Umsetzung dieser Variante wäre für alle Dispensierenden einfacher und damit auch wirksamer. Oberstes Ziel muss es jedoch sein, Engpässe bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu verhindern.

e) Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG

Im Gegensatz zur GDK sind wir der Ansicht, dass aus systemischen Überlegungen wohl nur schwerlich gegen die Ausweitung des Beschwerderechts auf Versichererverbände opponiert werden kann. Während nämlich im stationären Bereich die Versicherer und die Kantone die Behandlungen gemeinsam finanzieren, ohne dass die Versicherer Einfluss auf das Leistungsangebot nehmen können, fordern die Kantone im Zusammenhang mit der parlamentarischen Initiative 09.528 (Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus) für sich im ambulanten Bereich Steuerungsmöglichkeiten, sofern sie in Zukunft Leistungen im ambulanten Bereich mitfinanzieren müssen. Nichtsdestotrotz teilt der Kanton Zürich die Befürchtungen der GDK, dass die geplante Massnahme nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu einer verstärkten Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen führen wird. Auch die Tatsache, dass die Versicherer mittlerweile in verschiedenen Verbänden organisiert sind, birgt die Gefahr, dass diese Verbände unkoordiniert handeln und eine Beschwerdeflut auslösen. Dies würde die kantonalen Planungen weitestgehend blockieren. Es darf schliesslich nicht vergessen gehen, dass die Versicherer durchaus die Möglichkeit haben, die Kostenübernahmen für unnötige Behandlungen abzulehnen: Gestützt auf Art. 59 KVG können sie in jedem Fall prüfen, ob die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind und – falls dem nicht so ist – die Kostenübernahme verweigern.

f) Übrige Massnahmen

Abgesehen von den vorstehend aufgeführten Punkten teilen wir für die übrigen Massnahmen die Haltung der GDK, wie sie in deren Stellungnahme vom 30. Oktober 2018 zuhanden des BAG zum Ausdruck gebracht wird.

3. Finanzielle Auswirkungen der Vorlage

Der erläuternde Bericht hält ausdrücklich fest, dass die finanziellen Auswirkungen eines grossen Teils der Massnahmen nicht genau quantifiziert werden können, da sie einerseits von der konkreten Umsetzung der Massnahmen durch die betroffenen Akteure abhängen und andererseits bei vielen der kostendämpfende Effekt zugunsten der OKP erst mittelfristig eintreten werde (S. 63). Das ist für die Kantone eine höchst unbefriedigende Situation, da sie sich jetzt zu den geplanten Massnahmen äussern müssen, ohne über sämtliche zur Beurteilung der Vorlage massgeblichen Informationen zu verfügen. Das EDI geht von einem Einsparpotenzial von mehreren Hundert Millionen Franken aus. Allerdings handelt es sich dabei um grobe Schätzungen, die mit grosser Vorsicht zu geniessen sind. Verglichen mit den Bruttokosten der OKP von rund 32 Mrd. Franken (2016) würden sich die Kostensenkungen auf 1–3% belaufen. Kostentreibende Faktoren wie die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt kompensierten aber das Kostensenkungspotenzial mehrheitlich wieder. Eine spürbare Kostendämpfung lässt sich letztlich nur dadurch erreichen, dass entweder die Leistungsmengen oder die Preise für die Gesundheitsleistungen gesenkt werden. Darüber wird in Zukunft diskutiert werden müssen.



Abschliessend sei daran erinnert, dass auf Bundesebene verschiedene KVG-Revisionen in unterschiedlichen Stadien hängig sind. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht gewollten Wechselwirkungen mit dem vorliegenden Massnahmenpaket kommt, welche die Zielerreichung vereiteln könnten. Bevor daher konkrete Massnahmen beschlossen und umgesetzt werden, muss auf Bundesebene ein Gesamtüberblick über alle geplanten Neuregelungen oder Revisionen sowie über ihre Auswirkungen erstellt und müssen gestützt darauf notwendige Justierungen vorgenommen werden. Dabei sind auch die Ergebnisse der laufenden Evaluation der Neuordnung der Spitalfinanzierung zu berücksichtigen. Die Kantone sind zwingend auf einen solchen Gesamtüberblick angewiesen, um die materiellen und finanziellen Auswirkungen der einzelnen Massnahmen seriös abschätzen zu können.

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

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:

Die Staatsschreiberin:

Dr. Thomas Heiniger

Dr. Kathrin Arioli



**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Abkürzung der Firma / Organisation : GD ZH

Adresse : Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich

Kontaktperson : Dania Tresp

Telefon : 043 259 52 53

E-Mail : danial.tresp@gd.zh.ch

Datum : 4. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; geuer@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	11

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GD ZH	Mit Schreiben vom 14. September 2018 haben Sie uns die Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) unter dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:
GD ZH	1. Allgemeines Die Schweiz verfügt über ein gut ausgebautes, funktionierendes Gesundheitssystem. Ein wichtiger Teil davon ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP), die seit 1996 der gesamten Bevölkerung Zugang zu qualitativ hochstehenden Gesundheitsleistungen ermöglicht. Das hohe Leistungsniveau des Gesundheitssystems insgesamt und im Besonderen der OKP hat allerdings seinen Preis: Die Kosten des Gesundheitswesens sind von 1995 bis 2016 um über 100% angestiegen – nämlich von rund 38 Mrd. Franken auf rund 80,5 Mrd. Franken. Der Anteil der OKP an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen betrug 1996 gut 27% und stieg bis 2016 auf 35,7%. Diese Kostenentwicklungen betreffen die Kantone ganz direkt, da sie zu einem nicht unbedeutenden Teil an der Finanzierung des Gesundheitswesens teilhaben. Aus diesem Grund werden Massnahmen zur Kostendämpfung grundsätzlich begrüsst. Das vorliegende Massnahmenpaket kann jedoch nicht vorbehaltlos unterstützt werden. Durch die geplanten Neuregelungen dürften die Einsparungen bei der OKP nur gering ausfallen. Gleichzeitig würden aber neue Herausforderungen oder Probleme entstehen – sei es für die Kantone, aber auch für die Versicherten oder Versicherer und Leistungserbringer.
GD ZH	2. Zu den vorgeschlagenen Massnahmen a) Experimentierartikel Die bisher bekannten Beispiele für Pilotartikel oder Pilotversuche sind im Allgemeinen auf Verbesserungen der Rechtspositionen der Versicherten angelegt (biometrischer Pass, Eingliederungsmassnahmen). Der nun angedachte Experimentierartikel im KVG ist aber auf die Eindämmung der Kostenentwicklung ausgerichtet – was ohne Preisgabe von Rechtspositionen von Versicherten, Leistungserbringern, Versicherern oder Kantonen kaum erreicht werden kann. Daher ist es wohl auch erforderlich, Kantone, Versicherer, Leistungserbringer sowie die Versicherten zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichten zu können. Der Kanton Zürich hegt ernsthafte Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit des vorgesehenen Experimentierartikels, da damit die verfassungsmässige Garantie des Gleichbehandlungsgebots der Versicherten sowie das Verhältnismässigkeitsprinzip ausgehebelt werden könnten. Er lehnt deshalb die Einführung des Experimentierartikels aus grundsätzlichen Überlegungen ab. Sollte der Bund dennoch daran festhalten, gilt es, die Anmerkungen der GDK zu berücksichtigen. Unabdingbar wäre, dass die Teilnahme an Pilotprojekten für alle Beteiligten freiwillig sein muss und bei der Einführung von Pilotprojekten die

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Finanzierung vorgängig geregelt wird, wobei das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz einzuhalten ist. Die Umsetzung müsste sodann ohne Zusatzbelastungen für die Kantone ausfallen bzw. mit allfälligen Kompensationsmöglichkeiten für sie versehen sein.

b) Rechnungskontrollen

Die Ziele (Förderung der Transparenz und Stärkung des Kostenbewusstseins) sind durchaus zu begrüßen. Ob sie allerdings mit der geplanten Massnahme erreicht werden können, ist aus Sicht des Kantons Zürich zumindest fraglich. Auf jeden Fall wäre auf den Rechnungen der vom Kanton finanzierte Anteil aufzuführen. Da die Massnahme die Kantone jedoch nicht direkt betrifft, wird auf eine detaillierte Stellungnahme verzichtet.

c) Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Der Kanton Zürich schliesst sich in diesem Punkt der GDK-Haltung an. Zusätzlich zu den von der GDK angeführten Argumenten gilt es noch auf folgende Umstände hinzuweisen: Die vom Bund geplante Massnahme läuft im Ergebnis auf ein Globalbudget hinaus, das die Leistungserbringer mit den Versicherern vereinbaren. Gemäss KVG haben die Kantone aber weiterhin gestützt auf die Art. 51 und 54 die Kompetenz, Globalbudgets festlegen. Die Vorlage lässt offen, wie mit den sich überschneidenden bzw. parallelen Zuständigkeiten umzugehen wäre. Zudem bedürfen Massnahmen zur Steuerung der Kosten einer vorgängigen Vereinbarung, was die Zielvorgaben sind. Auf solche müssten sich darum die Kostenträger, d.h. Krankenversicherer und Kantone, im Vorfeld einigen. Das dürfte erhebliche Schwierigkeiten verursachen. Schliesslich tragen die Kantone auch weiterhin die Versorgungsverantwortung und sind darum für die Leistungssteuerung zuständig. Solange dies so ist, darf nicht anderen Beteiligten die Kostensteuerung überlassen werden, da dies unausweichlich Rückwirkungen auf die Leistungsmengen hat.

d) Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Der Kantonsapotheker sowie das Universitätsspital Zürich weisen auf folgende Risiken im Zusammenhang mit dem Referenzpreissystem hin: Wenn nur noch das günstigste Produkt bezahlt wird, hat das zur Folge, dass Patientinnen und Patienten je nach gewähltem Modell immer wieder ein anderes Generikum erhalten. Da Generika Bioverfügbarkeitsunterschiede von bis zu 40% aufweisen können, besteht die Gefahr, dass das neue Produkt nur ungenügend wirkt oder mehr Nebenwirkungen auslöst. Die Folgekosten dürften rasch deutlich höher sein als die Einsparungen. Abzulehnen ist zudem die Ausdehnung des Systems auf Biosimilars. Nach geltendem Recht sind Biosimilars nämlich keine Generika (da nicht identisch, sondern nur similar) und nicht zwingend 1:1 austauschbar.

Das Preisniveau bei den Arzneimitteln ist in der Schweiz im Vergleich zu den Nachbarländern tatsächlich hoch und es besteht Sparpotenzial. Mit den vorgeschlagenen Vergütungsmodellen gemäss Art. 52a und 52b (sowohl Modell mit Preisabschlag als auch Modell mit Meldesystem) wird dieses aber nur ungenügend genutzt werden können. Hinsichtlich der Praxistauglichkeit der Modelle bestehen erhebliche Zweifel. Die Formulierung betreffend die Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis in Art. 52a Abs. 1: «... bei gleicher medizinischer Eignung ...» birgt ein grosses Konfliktpotenzial. Zwar ist in Art. 52a Abs. 4 Abhilfe vorgesehen, indem der Bundesrat Voraussetzungen festlegen kann, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten. Es ist aber davon auszugehen, dass die Bedingungen und

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Voraussetzungen nicht so definiert werden können, dass kein Ermessens- oder Interpretationsspielraum besteht. Aus Sicht der Leistungserbringer stellt sich zudem die Frage, wie die in Art. 52a Abs. 2 verankerte Informationspflicht gegenüber der versicherten Person (welcher Betrag von der OKP vergütet wird) praktikabel umgesetzt werden kann. Es bleibt unklar, ob mündliche Informationen ausreichen oder ob und in welchem Ausmass die Leistungserbringer dokumentieren müssen, welche Informationen sie welcher Patientin oder welchem Patienten gegeben haben. Aufseiten der Leistungserbringer würde auch die Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis (Art. 52b; unabhängig von der Variantenwahl) zu grossen administrativen Aufwänden und erheblichen Problemen bei der konkreten Umsetzung führen. Zwar sieht der Gesetzesentwurf hier keine Informationspflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten vor. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch bei Arzneimitteln mit Referenzpreisen die Patientinnen und Patienten informiert werden müssen, wenn der Preis des Medikaments den Referenzpreis übersteigt und sie somit die Differenz selbst zu bezahlen haben. Einfacher und aus Sicht der Kosten wirkungsvoller wäre es, wenn die Preise auf der Spezialitätenliste konsequent und regelmässig auf der Grundlage eines Auslandpreisvergleichs angepasst würden. Die Umsetzung dieser Variante wäre für alle Dispensierenden einfacher und damit auch wirksamer. Oberstes Ziel muss es jedoch sein, Engpässe bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu verhindern. e) Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG Im Gegensatz zur GDK ist der Kanton Zürich der Ansicht, dass aus systemischen Überlegungen wohl nur schwerlich gegen die Ausweitung des Beschwerderechts auf Versichererverbände opponiert werden kann. Während nämlich im stationären Bereich die Versicherer und die Kantone die Behandlungen gemeinsam finanzieren, ohne dass die Versicherer Einfluss auf das Leistungsangebot nehmen können, fordern die Kantone im Zusammenhang mit der Parlamentarischen Initiative 09.528 (Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus) für sich im ambulanten Bereich Steuerungsmöglichkeiten, sofern sie in Zukunft Leistungen im ambulanten Bereich mitfinanzieren müssen. Nichtsdestotrotz teilt der Kanton Zürich die Befürchtungen der GDK, dass die geplante Massnahme nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu einer verstärkten Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen führen wird. Auch die Tatsache, dass die Versicherer mittlerweile in verschiedenen Verbänden organisiert sind, birgt die Gefahr, dass diese Verbände unkoordiniert handeln und eine Beschwerdeflut auslösen. Dies würde die kantonalen Planungen weitestgehend blockieren. Es darf schliesslich nicht vergessen gehen, dass die Versicherer durchaus die Möglichkeit haben, die Kostenübernahmen für unnötige Behandlungen abzulehnen: Gestützt auf Art. 59 KVG können sie in jedem Fall prüfen, ob die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind und – falls dem nicht so ist – die Kostenübernahme verweigern. f) Übrige Massnahmen Abgesehen von den vorstehend aufgeführten Punkten teilen wir für die übrigen Massnahmen die Haltung der GDK, wie sie in deren Stellungnahme vom 30. Oktober 2018 zuhanden des BAG zum Ausdruck gebracht wird.
--	---

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

GD ZH	3. Finanzielle Auswirkungen der Vorlage Der erläuternde Bericht hält ausdrücklich fest, dass die finanziellen Auswirkungen eines grossen Teils der Massnahmen nicht genau quantifiziert werden können, da sie einerseits von der konkreten Umsetzung der Massnahmen durch die betroffenen Akteure abhängen und andererseits bei vielen der kostendämpfende Effekt zugunsten der OKP erst mittelfristig eintreten werde (S. 63). Das ist für die Kantone eine höchst unbefriedigende Situation, da sie sich jetzt zu den geplanten Massnahmen äussern müssen, ohne über sämtliche zur Beurteilung der Vorlage massgeblichen Informationen zu verfügen. Das EDI geht von einem Einsparpotenzial von mehreren Hundert Millionen Franken aus. Allerdings handelt es sich dabei um grobe Schätzungen, die mit grosser Vorsicht zu geniessen sind. Verglichen mit den Bruttokosten der OKP von rund 32 Mrd. Franken (2016) würden sich die Kostensenkungen auf 1–3% belaufen. Kostentreibende Faktoren wie die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt kompensierten aber das Kostensenkungspotenzial mehrheitlich wieder. Eine spürbare Kostendämpfung lässt sich letztlich nur dadurch erreichen, dass entweder die Leistungsmengen oder die Preise für die Gesundheitsleistungen gesenkt werden. Darüber wird in Zukunft diskutiert werden müssen. Abschliessend sei daran erinnert, dass auf Bundesebene verschiedene KVG-Revisionen in unterschiedlichen Stadien hängig sind. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht gewollten Wechselwirkungen mit dem vorliegenden Massnahmenpaket kommt, welche die Zielerreichung vereiteln könnten. Bevor daher konkrete Massnahmen beschlossen und umgesetzt werden, muss auf Bundesebene ein Gesamtüberblick über alle geplanten Neuregelungen oder Revisionen sowie über ihre Auswirkungen erstellt und müssen gestützt darauf notwendige Justierungen vorgenommen werden. Dabei sind auch die Ergebnisse der laufenden Evaluation der Neuordnung der Spitalfinanzierung zu berücksichtigen. Die Kantone sind zwingend auf einen solchen Gesamtüberblick angewiesen, um die materiellen und finanziellen Auswirkungen der einzelnen Massnahmen seriös abschätzen zu 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GD ZH	42	3		Sollte an der Massnahme festgehalten werden, muss auf den Rechnungen auf jeden Fall der vom Kanton finanzierte Anteil aufgeführt werden.	«... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»
GD ZH	43a			Grundsätzliche Überarbeitung der Bestimmung (vgl. Stellungnahme der GDK).	
GD ZH	43	5		Eventualiter: Schweizweit einheitliche Strukturen für Pauschaltarife machen nur in jenen Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. Es müssen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.	Eventualantrag: «Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.»
GD ZH	47a	1		Die Kantone sind paritätisch an der Organisation zu beteiligen.	«Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für die Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulanten Pauschalen zuständig ist.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

GD ZH	47a	3		Die Kantone sind paritätisch an der Organisation zu beteiligen.	«... so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 ein.»
GD ZH	47a	4		Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	«Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation zur Genehmigung unterbreitet.»
GD ZH	47a			Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.	
GD ZH	49	2		Analogie im stationären Bereich herstellen.	«... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet. ...»
GD ZH	47b	2		Auch die Datenlieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten.	«Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Artikel 47 a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den Kantonen diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarifstrukturen notwendig sind. ...»
GD ZH	47b	3		Die Kantone müssen eine Verletzung der Datenlieferpflicht sanktionieren können.	«Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Artikel 47 a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...»
GD ZH	49	2		Analogie im stationären Bereich herstellen.	«... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...»
GD ZH				Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen.	«Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»
GD ZH	47c			Grundsätzliche Überarbeitung der Bestimmung (vgl. Stellungnahme der GDK).	
GD ZH	47c	3 (neu)		Eventualantrag: Bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.	«Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.»
GD ZH	47c	3 (neu 4)		Eventualantrag: Die Kantone tragen nach wie vor die Versorgungsverantwortung. Darauf nimmt die Massnahme zu wenig Rücksicht.	«... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den auf dieser Planung beruhenden Planungsgrundlagen, insbesondere mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Artikel 39, und sowohl eine drohende Unter- als auch Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»
GD ZH	47c	4 (neu 5)		Eventualantrag	«Sie müssen korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

GD ZH	47c	5 (neu 6)		Eventualantrag: Die Kantone tragen nach wie vor die Versorgungsverantwortung. Darauf nimmt die Massnahme zu wenig Rücksicht.	«Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.»
GD ZH	47c	7 (neu 8)		Eventualantrag	Streichen, da selbstverständlich.

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



Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 30.10.2018

8-2-1 / MJ / HU / KB / MW / KS

Stellungnahme der GDK zum Vorentwurf des EDI vom 14.9.2018 zur Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» Stellung zu nehmen.

Der GDK-Vorstand hat die Vernehmlassungsvorlage an seiner Sitzung vom 25. Oktober 2018 beraten und nimmt dazu wie folgt Stellung:

1 Allgemeine Bemerkungen

Als zentrale Akteure in der Sicherstellung und Mitfinanzierung der Gesundheitsversorgung haben die Kantone grosses Interesse an der Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen. Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt auch die Kantone. Sie begrüssen deshalb die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms und sind bereit, zu dessen Umsetzung einen Beitrag zu leisten.

Allerdings ist die GDK der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die anderen Finanzierer und auf die Versorgung im Auge zu behalten.

Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Gerne nehmen wir dazu im Folgenden detailliert Stellung.



2 Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmenvorschlägen

2.1 Experimentierartikel (M02) (Art. 59b E-KVG)

Grundsätzlich begrüsst die GDK die Schaffung eines Experimentierartikels. Sie ist allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum z. B. für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonalrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht der GDK ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern. Im Rahmen eines Pilotprojektes muss auch die Finanzierung neuer Leistungen ermöglicht werden, wenn damit eine effizientere Versorgung erreicht wird.

Weiter ist die GDK der Ansicht, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone Projekte bewilligen können. Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen.

Im erläuternden Bericht des Bundesrates heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Bürgerinnen und Bürger, die zur Teilnahme verpflichtet werden, nicht Anspruch auf einen Nachteilsausgleich haben.

Es ist wahrscheinlich, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern. Die Finanzierung müsste daher an geeigneter Stelle im Artikel geregelt werden.

Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.

Anträge

- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention»
- Abs. 1: «Um neue Modelle ~~zur Eindämmung der Kostenentwicklung~~ zu erproben, kann bei nationalen Projekten das EDI und bei regionalen/kantonalen Projekten die jeweilige Kantonsregierung Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen...»
- Ergänzung von Abs. 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz»
- Ergänzung von Abs. 1: «h. Prävention»
- Abs. 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel.»
- Abs. 4: «Die ~~Kantone, die~~ Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände ~~sowie die Versicherten~~ können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»



- Abs. 6: «Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 für maximal drei Jahre anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt bzw. die integrierte Versorgung oder die Prävention gefördert werden kann und wenn unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird....»

2.2 Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz E-KVG)

Die GDK stimmt mit der Zielsetzung dieser Massnahme überein, nämlich, dass die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und deren Kosten erhöht werden soll, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten wir aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind.

Wir schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt.

Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen.

Mit dieser Alternative könnte das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.

Antrag

- Streichung der Bestimmung bzw. Ausarbeitung einer alternativen Bestimmung
- Ergänzung von Art. 42 Abs. 3: «... Darauf ist auch der vom Kanton getragene Anteil aufzuführen.»

2.3 Tarife und Kostensteuerung

2.3.1 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz E-KVG)

Grundsätzlich unterstützt die GDK das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind.

Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.

Vor diesem Hintergrund schlagen wir eine grundsätzliche Überarbeitung der Formulierung dieser Bestimmung vor. Falls die Regelung den Zweck verfolgt, im ambulanten Bereich Einzelleistungstarife langfristig abzulösen, sollte dies ausdrücklich offengelegt werden.

Antrag

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: «Einzelleistungstarife sowie auf klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Komplexere ambulante Behandlungen beruhen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen.»



2.3.2 Schaffung nationales Tariffbüro (M34) (Art. 47a E-KVG)

Die GDK begrüsst die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.

Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben (vgl. Stellungnahme zu M15). Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein.

Die Frage der Finanzierung des nationalen Tariffbüros soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden.

Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlagen wir vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.

Anträge

- Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen zuständig ist. »
- Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für die Beteiligten nach Absatz 1 ~~Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer~~ ein. »
- Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von der Organisation ~~den Tarifpartnern~~ zur Genehmigung unterbreitet. »
- Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation.
- Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden ~~von den Tarifpartnern~~ dem Bundesrat durch die Organisation zur Genehmigung unterbreitet.»

2.3.3 Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b E-KVG)

Die GDK ist grundsätzlich mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine unmissverständliche, klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden.

Sollte eine Datenlieferung auch für die Tarife nach Art. 46 Abs. 4 KVG geregelt werden, wäre dies in Art. 46 vorzunehmen und zugleich der Geltungsbereich auf kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren auszuweiten. Wir erachten die vorgeschlagene Bestimmung bezüglich Abgrenzung von Tarifstruktur und Tarifen als noch nicht ausgereift.

Die GDK schlägt vor, analoge Sanktionsmöglichkeiten für den stationären Bereich aufzunehmen oder die generelle Einführung eines Sanktionsartikels im KVG zu prüfen.

Anträge

- Abs. 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat und den



Kantone diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der ~~Tarife und Preise~~ Tarifstrukturen notwendig sind. ...»

- Abs. 3: «Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach ~~Absatz Artikel~~ 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, ~~kann können~~ der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen....»
- Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...»
- Eventualiter neuen Sanktionsartikel schaffen: «Wird gegen Pflichten oder Auflagen dieses Gesetzes verstossen, können der Bundesrat und die Kantone entsprechende Sanktionen anordnen.»

2.3.4 Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG)

Die GDK anerkennt, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann.

Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz verbleibt aber in den Händen der Kantone. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl an verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.

Die Bestimmung ist aus Sicht der GDK unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten:

- Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt.
- Es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung.
- Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden.
- Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.

Anträge

- Überarbeitung der Bestimmung
- Eventualiter: Art. 47c ist zu ergänzen mit Abs. 3 (neu): «Die Massnahmen nach Absatz 1 können in kantonal geltende Tarifverträge integriert oder in eigenen kantonalen Verträgen festgelegt werden; diese sind der Kantonsregierung zur Genehmigung zu unterbreiten.» Denn bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.
- Eventualiter: Abs. 3 (neu 4): «... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.»
- Eventualiter: Abs. 4 (neu 5): «Sie müssen Regeln zur Korrektur korrigierende Massnahmen bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.»



- Eventualiter: Abs. 6 (neu 7): «Die Tarifpartner reichen die vereinbarten Massnahmen jener kantonalen oder nationalen Behörde zur Genehmigung ein, die für die Planung und Steuerung des jeweiligen Bereichs zuständig ist. Fehlt eine solche Zuständigkeit, erfolgt eine Genehmigung durch den Bund. Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die für die Planung und Steuerung zuständige Behörde oder bei Fehlen einer entsprechenden Zuständigkeit der Bund die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.»
- Abs. 7 (neu 8): streichen, da selbstverständlich.

2.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz E-KVG)

Die GDK geht davon aus, dass diese Massnahme das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Hingegen weisen wir darauf hin, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für Leistungserbringer und Versicherte äusserst unübersichtlichen Situation führen kann.

2.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG)

Die GDK lehnt das Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG entschieden ab.

Die Bestimmung würde nicht zur Kosteneindämmung beitragen, sondern eher kostentreibend wirken und zu noch mehr Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen / Spitallisten führen. Es ist zu befürchten, dass nicht nur einzelne Leistungsaufträge oder Leistungserbringer, sondern die ganze Spitalliste / -planung bestritten würden. Die mit solchen Beschwerden verbundene aufschiebende Wirkung der Spitalplanungsentscheide würde die Spitalplanung unterlaufen und ihre Wirksamkeit gefährden. Damit werden die Versicherer zu Spitalplanern, ohne aber – wie die Kantone – eine verfassungsmässige Versorgungsverantwortung tragen zu müssen.

Solange Grund- und Zusatzversicherung nicht getrennt sind, besteht für die Versicherer im Übrigen ein Interessenkonflikt in Bezug auf gewisse Leistungserbringer, mit denen sie im Zusatzversicherungsbereich für sie vorteilhafte Verträge abgeschlossen haben. Es ist somit nicht auszuschliessen, dass Beschwerden der Versicherer in solchen Fällen der Zielsetzung der bedarfsgerechten Spitalplanung und damit auch der Kosteneindämmung zuwiderlaufen können.

Investitionsentscheide, welche die Spitäler selbst oder die Kantone (im Fall, dass sie Spital-eigner sind) treffen, wären von diesem Beschwerderecht ohnehin nicht betroffen.

Antrag

- Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1^{bis} E-KVG

2.6 Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung

Die GDK beurteilt diese Änderungen kritisch. Das IVG sieht das Naturalleistungsprinzip vor und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht. Ebenso wenig sind einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt, z. B. weder die Tarifstruktur noch die WZW-Kriterien. Es ist daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen werden soll. Diese wäre eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog Tarifstruktur, Tarifhöhe und Aufnahmepflicht.

Wenn an einer Regelung festgehalten wird, wäre zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es



Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z. B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z. B. Kinderspitex).

3 Bemerkungen zu den Auswirkungen auf die Kantone

Zusammenfassend halten wir fest, dass gewisse Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket von der GDK durchaus unterstützt werden. Einige Massnahmen tangieren aber die Zuständigkeiten der Kantone in der vorgeschlagenen Regulationsform empfindlich und bedürfen daher aus Sicht der GDK einer Korrektur oder Konkretisierung, welche die Zuständigkeiten der Kantone respektiert.

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

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi

Kopie:

- Kantonale Gesundheitsdirektionen
- Eidgenössisches Departement des Innern



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

CDS Conferenza Svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Envoi par courriel

À l'Office fédéral de la santé publique
Division Prestations

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Berne, le 30.10.2018

8-2-1 / MJ / HU / KB / MW / KS / Im

Prise de position de la CDS relative à l'avant-projet du DFI du 14.9.2018 sur la révision partielle de la LAMal concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1^{er} volet

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner la possibilité de prendre position sur l'avant-projet et les explications du Département fédéral de l'intérieur (DFI) concernant la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), intitulée « Mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1^{er} volet ».

Lors de sa séance du 25 octobre 2018, le Comité directeur de la CDS a examiné le projet mis en consultation et il prend position comme suit en la matière.

1 Remarques générales

Acteurs essentiels dans la garantie et le cofinancement de la prise en charge, les cantons sont vivement intéressés à optimiser les systèmes de pilotage et de financement de la santé. L'évolution des coûts du système de santé préoccupe aussi les cantons. Ainsi saluent-ils l'orientation générale du programme visant à freiner la hausse des coûts et sont-ils prêts à contribuer à sa mise en œuvre.

La CDS estime toutefois qu'il faut absolument garder une vue d'ensemble du système au cours du suivi et de la mise en œuvre des mesures visant à freiner les coûts. Les mesures proposées dans le 1^{er} volet prévoient de nouveaux rôles et tâches pour la Confédération, les cantons, les assureurs aussi bien que les fournisseurs de prestations. On s'expose au risque de générer des interactions imprévues et involontaires avec des réglementations existantes tout comme avec d'autres projets de réforme (p. ex. le projet relatif à l'admission de fournisseurs de prestations). Il est par conséquent indispensable d'évaluer scrupuleusement d'éventuelles retombées. Il faudra notamment surveiller les effets sur les autres financeurs et sur la prise en charge.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que certaines mesures ne sont pas encore au point ni guère efficaces par rapport aux objectifs visés.



C'est avec plaisir que nous vous détaillons ci-après notre position en la matière.

2 Remarques sur les différentes propositions de mesures

2.1 Article expérimental (M02) (art. 59b, P-LAMa)

La CDS approuve fondamentalement la création d'un article expérimental. Elle estime néanmoins que le présent projet de l'art. 59b est trop restrictif en son contenu et qu'il limite la marge de manœuvre actuelle de la LAMa. Celle-ci offre aujourd'hui un périmètre d'action inexploité, p. ex. pour de nouveaux modèles de rémunération, d'assurance ou de soins, que les acteurs (notamment les fournisseurs de prestations et les assureurs) n'utilisent toutefois pas. De même, au niveau cantonal, il est aujourd'hui possible d'adopter d'autres modèles de financement et de soins si ceux-ci se basent sur des lois cantonales en vigueur. En tenant compte du système dans son ensemble, la CDS considère en outre qu'il faut élargir le champ d'application de l'article en y ajoutant explicitement la promotion des soins intégrés et de la prévention. Dans le cadre d'un projet pilote, il faut également prévoir le financement de nouvelles prestations si cela permet d'aboutir à une prise en charge plus efficace.

La CDS est en outre de l'avis que seule l'autorisation de projets pilotes ayant un champ d'application national peut relever du DFI, tandis que les cantons doivent pouvoir autoriser les projets cantonaux et régionaux. D'une manière générale, il ne faut pas que les compétences constitutionnelles des cantons soient remises en cause. La disposition selon laquelle les cantons peuvent être obligés de participer à un projet pilote limite le principe de la compétence cantonale dans le système de santé et viole le principe de subsidiarité. C'est pourquoi il faut supprimer ladite disposition.

Le rapport explicatif du Conseil fédéral spécifie qu'il convient de préserver les droits des assurés pendant la durée des projets pilotes. En conséquence, nous considérons comme critique l'obligation pour les assurés de participer à des projets pilotes, cela entre autres du point de vue de l'égalité juridique et de la sécurité du droit. Des mesures limitant l'accès à des prestations ou obligeant les assurés d'assumer davantage de frais seraient particulièrement préjudiciables aux droits des assurés et donc inadmissibles. Il faut par ailleurs se poser la question de savoir si les citoyennes et citoyens dans l'obligation de participer n'ont pas droit à une compensation.

Il est probable que l'exécution de certains projets pilotes demandera un financement spécial qui devrait être réglé de façon opportune dans l'article.

Finalement, il faut stipuler que les projets doivent être réversibles. Si un projet se révèle inefficace, il faut pouvoir revenir à l'ancienne réglementation sans préjudice.

Propositions

- Modification de l'intitulé du chapitre : « Projets pilotes visant à maîtriser les coûts et à promouvoir les soins intégrés et la prévention »
- Al. 1 : « Dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles ~~de maîtrise des coûts~~, le DFI peut autoriser des projets pilotes nationaux et les gouvernements cantonaux peuvent autoriser des projets pilotes régionaux/cantonaux ; cela notamment dans les domaines suivants... »
- Complément à l'al. 1 : « g. financement de nouvelles prestations visant à augmenter la qualité et l'efficacité des soins »
- Complément à l'~~art. 59b~~, l'al. 1 : « h. prévention »
- Al. 2 : « Les projets pilotes sont limités dans leur objet, leur durée et leur application territoriale et ils sont réversibles. »
- Al. 4 : « Les ~~cantons, les~~ assureurs, les fournisseurs de prestations, ou leurs fédérations respectives ~~et les assurés~~ peuvent être tenus de participer à un projet pilote si une parti-



cipation volontaire ne permet pas d'évaluer de manière adéquate les effets d'une généralisation ultérieure du projet pilote. »

- Al. 6 : « Au terme du projet pilote, le Conseil fédéral peut prévoir que les dispositions visées à l'al. 3 restent applicables pendant trois ans au maximum si l'évaluation a montré que le modèle permet de maîtriser efficacement les coûts, respectivement de promouvoir les soins intégrés ou la prévention, et dès lors qu'un projet législatif va être lancé. ».

2.2 Contrôle des factures (art. 42, al. 3, 3^e phrase, P-LAMal)

La CDS est d'accord avec le but de cette mesure, à savoir augmenter la transparence des prestations facturées et de leurs coûts afin que les assurés prennent davantage conscience des coûts en jeu. Nous estimons cependant que la réglementation proposée est inadéquate pour atteindre ce but. Elle occasionnerait une surcharge importante pour les fournisseurs de prestations, sans utilité significative en contrepartie, étant donné que les contenus des factures sont difficiles à interpréter par les personnes assurées.

En conséquence, nous proposons au lieu de l'envoi d'une copie de facture à la personne assurée de créer un droit aux renseignements ; celui-ci accorde à la personne assurée le droit d'obtenir sur demande des informations du fournisseur de prestations au sujet des prestations facturées et de leurs coûts.

Les assureurs devraient en outre compléter la facturation des prestations en y mentionnant la part assumée par le canton.

Cette alternative permettrait d'atteindre le but de la mesure sans grever le système d'une surcharge administrative considérable.

Proposition

- Supprimer la disposition et en élaborer une alternative
- Complément à l'art. 42, al. 3 : «... Y figurera aussi la part assumée par le canton. »

2.3 Tarifs et pilotage des coûts

2.3.1 Promouvoir les forfaits dans le secteur ambulatoire (M15) et uniformité des structures tarifaires ambulatoires (art. 43, al. 5, 1^{ère} phrase, P-LAMal)

La CDS appuie fondamentalement l'objectif selon lequel le Conseil fédéral doit pouvoir déterminer des forfaits ambulatoires également. Cela augmente la pression exercée sur les partenaires tarifaires d'élaborer eux-mêmes de tels forfaits où ceux-ci sont utiles du point de vue médical et économique.

Une structure uniforme des tarifs forfaitaires pour l'ensemble du pays n'est cependant opportune que si la prise en charge est standardisée dans toute la Suisse et liée à des prestations clairement définies. Cela n'est toutefois pas le cas dans nombre de domaines (p. ex. dans la rééducation cardiaque, les structures psychiatriques de jour et de nuit, les traitements à la méthadone) où il existe différents types de structures de prise en charge. Pour ces domaines, des structures tarifaires cantonales doivent pouvoir rester applicables.

Eu égard à ce qui précède, nous proposons un remaniement général de la teneur de cette disposition. Si cette réglementation vise à se substituer à long terme aux tarifs à la prestation dans le secteur ambulatoire, il faudrait l'indiquer explicitement.

Proposition

- Remaniement de la disposition
- Éventuellement : « Les tarifs à la prestation ainsi que les tarifs des forfaits par patient liés aux à des traitements ambulatoires standardisés et clairement définis doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Des struc-



tures tarifaires cantonales continueront de régir les traitements ambulatoires plus complexes. »

2.3.2 Créer une organisation tarifaire nationale (M34) (Art. 47a, P-LAMal)

La CDS approuve la création d'une organisation tarifaire nationale. Elle peut constituer une issue raisonnable de l'impasse persistant depuis des années parmi les partenaires tarifaires en matière d'élaboration et de développement ainsi que d'adaptation et de gestion des structures tarifaires liées aux traitements ambulatoires. Il faut cependant prévoir une participation paritaire des cantons à cette organisation.

Les compétences de l'organisation tarifaire doivent se limiter aux structures tarifaires valables dans toute la Suisse (cf. prise de position sur la M15). Même si une organisation faîtière avec des subdivisions par domaine de fournisseurs de prestations ou une organisation séparée par structure tarifaire sont envisageables, l'organisation tarifaire devra, dans la phase de lancement pour le moins, assumer avant tout les structures tarifaires relatives aux prestations médicales.

À l'instar du secteur stationnaire, la question du financement de l'organisation tarifaire nationale doit être mise au point au niveau législatif.

Afin d'aboutir à une analogie dans le secteur stationnaire, nous proposons d'adapter en conséquence l'art. 49, al. 2, LAMal. Cela permettra de résoudre le problème de l'intégration de curafutura au sein de la Swiss DRG SA et de charger l'organisation tarifaire nationale avec la soumission de la demande d'approbation à l'intention du Conseil fédéral. En effet, si tous les partenaires sont représentés au sein de l'organisation, celle-ci pourra aussi soumettre la demande au Conseil fédéral.

Propositions

- Al. 1 : « Les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs instituent, de concert avec les cantons, une organisation composée sur une base paritaire compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures tarifaires pour les ~~traitements ambulatoires~~ tarifs à la prestation, l'accent étant placé sur les prestations médicales, ainsi que pour les forfaits ambulatoires dans la mesure où les partenaires tarifaires le souhaitent. »
- Al. 3 : «... le Conseil fédéral l'institue pour ~~les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs~~ les parties selon l'alinéa 1. »
- Al. 4 : « Les structures tarifaires élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par ~~les partenaires tarifaires~~ l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »
- Institution d'une disposition légale régissant le financement de l'organisation.
- Adaptation de l'art. 49, al. 2, LAMal : « Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par ~~les partenaires tarifaires~~ l'organisation au Conseil fédéral pour approbation. »

2.3.3 Maintenir la structure tarifaire à jour (M25) (Art. 47b, P-LAMal)

La CDS est d'accord avec l'obligation de communiquer des données au Conseil fédéral. Mais l'obligation de communiquer des données aux cantons doit elle aussi obtenir une base légale nette et explicite dans la LAMal. Cela à plus forte raison si la réglementation vise à éviter les doublons et les redondances.

Si la communication des données doit être réglée pour les tarifs selon l'art. 46, al. 4, LAMal également, il faudrait y procéder à l'art. 46 en élargissant en même temps le champ d'application aux procédures cantonales d'approbation ou de fixation. Nous estimons que la disposition proposée concernant la délimitation entre la structure tarifaire et les tarifs n'est pas encore mûre.



La CDS propose d'introduire des possibilités de sanction analogues pour le secteur stationnaire ou bien d'examiner l'introduction générale d'un article de sanction dans la LAMal.

Propositions

- Al. 2 : « Les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives ainsi que l'organisation visée à l'art. 47a sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral et aux cantons les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des ~~tarifs et des prix~~ structures tarifaires....»
- Al. 3 : « Le Conseil fédéral et les cantons ~~peut~~ peuvent prononcer des sanctions à l'encontre des fédérations des fournisseurs de prestations et de celles des assureurs ainsi qu'à l'encontre de l'organisation visée à l'art. 47a lorsque celles-ci ne respectent pas l'obligation de communiquer les données, prévue à l'al. 2 ...»
- Adaptation de l'art. 49, al. 2, LAMal : « Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Le Conseil fédéral et les cantons peuvent prendre des sanctions contre les fournisseurs de prestations qui violent cette obligation. ...»
- Éventuellement, créer un article nouveau relatif aux sanctions : « Le Conseil fédéral et les cantons peuvent ordonner des sanctions si les obligations ou les conditions de cette loi ne sont pas respectées. »

2.3.4 Mesures visant à piloter les coûts (Art. 47c, P-LAMal)

La CDS reconnaît que par cette nouvelle disposition on propose un instrument potentiellement efficace en vue de maîtriser les coûts, susceptible de renforcer la responsabilité en matière de coûts des fournisseurs de prestations dans un marché axé sur l'offre.

La responsabilité de la prise en charge et les compétences de pilotage demeurent cependant du ressort des cantons, ce dont la réglementation proposée ne tient pas suffisamment compte. Elle englobe en effet un pilotage des prestations par les partenaires tarifaires également, ce qui peut entamer des compétences cantonales existantes (notamment la planification hospitalière, les mandats de prestations, l'admission des fournisseurs de prestations) selon l'interprétation qu'on lui donne (seulement volume ou aussi contenu des prestations). Elle risque en outre de conduire à un nombre très élevé de différents accords contractuels, ce qui complique le pilotage et remet en cause le principe même de sa réalisation. La manière dont elle se positionne par rapport à d'autres projets de révision en cours de la LAMal, en particulier à l'égard du projet sur le pilotage de l'admission, n'est pas claire non plus.

La CDS est d'avis qu'il faut retravailler la disposition en tenant compte des paramètres ci-après.

- La responsabilité cantonale en matière de planification de la prise en charge demeure intacte.
- Le pilotage étatique a la primauté par rapport au pilotage contractuel convenu entre les partenaires tarifaires.
- Il faut également prévoir un mécanisme de pilotage en cas d'offre insuffisante.
- Toute interférence avec d'autres projets de révision en cours de la LAMal est supprimée.

Propositions

- Remaniement de la disposition
- Éventuellement : compléter l'art. 47c par l'al. 3 (nouveau) : « Les mesures selon l'alinéa 1 peuvent être intégrées aux contrats tarifaires cantonaux en vigueur ou faire l'objet de contrats cantonaux à part ; ceux-ci seront soumis au gouvernement cantonal pour approbation. » Les dispositions prévues dans les contrats nationaux devraient en effet s'appliquer par analogie aux contrats tarifaires cantonaux. Dans ce cas, l'approbation devra relever des gouvernements cantonaux.



- Éventuellement : al. 3 (qui deviendrait al. 4) : «... Ces mesures doivent être harmonisées avec une planification et un pilotage par les autorités compétentes et avec les bases mêmes de cette planification, en particulier avec la planification hospitalière ou celle des établissements médico-sociaux selon l'art. 39 de la LAMal, et elles tiendront compte de manière adéquate de tout risque d'offre insuffisante ou excédentaire. »
- Éventuellement : al. 4 (qui deviendrait al. 5) : « Elles doivent prévoir des règles mesures correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts par rapport à l'année précédente. »
- Éventuellement : al. 6 (qui deviendrait al. 7) : « Les partenaires tarifaires soumettent pour approbation les mesures convenues à l'autorité cantonale ou nationale responsable de la planification et du pilotage dans le domaine visé. À défaut d'une compétence établie, l'approbation relève de la Confédération. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, le Conseil fédéral l'autorité responsable de la planification et du pilotage ou, à défaut d'une telle compétence établie, la Confédération les fixe. Les fournisseurs de prestations et les assureurs communiquent gratuitement ~~au Conseil fédéral~~ à l'autorité compétente, sur demande, les données nécessaires à cette fin. »
- Al. 7 (qui deviendrait al. 8) : supprimer, sa teneur étant évidente.

2.4 Système de prix de référence pour les médicaments (Art. 44, al. 1, 2^e phrase, P-LAMal)

La CDS présume que cette mesure n'est pas à même de résoudre le problème des médicaments réellement coûteux. Nous soulignons par contre que la réglementation proposée risque de créer une situation extrêmement confuse pour les fournisseurs de prestations et les assurés.

2.5 Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal (Art. 53, al. 1^{bis}, P-LAMal)

La CDS rejette catégoriquement le droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39, LAMal.

La disposition ne contribuerait pas à maîtriser les coûts mais aurait au contraire un effet de hausse sur ceux-ci et ajouterait à la sécurité juridique aléatoire de la validité des mandats de prestations/listes hospitalières. Il est à craindre que bien au-delà de quelques mandats de prestations ou de fournisseurs de prestations on finirait par contester des listes/planifications hospitalières tout entières. L'effet suspensif qu'exerceraient de tels recours sur les décisions relatives à la planification hospitalière saperait celle-ci et en menacerait l'efficacité. Les assureurs deviendraient ainsi des planificateurs hospitaliers sans pour autant avoir à assumer - comme le doivent les cantons - la responsabilité constitutionnelle de la prise en charge.

Aussi longtemps que l'assurance de base et l'assurance complémentaire ne sont pas séparées, les assureurs se trouvent en outre face à un conflit d'intérêts à l'égard de certains fournisseurs de prestations avec lesquels ils ont conclu des contrats avantageux pour eux dans le domaine de l'assurance complémentaire. Par conséquent, on ne peut pas exclure que dans ces cas de figure des recours soumis par des assureurs ne contreviennent à l'objectif d'une planification hospitalière conforme aux besoins et, partant, à celui de la maîtrise des coûts.

Les décisions d'investissement que prennent les hôpitaux ou les cantons (si ceux-ci sont propriétaires d'un hôpital) ne seraient de toute façon pas touchées par ce droit de recours.

Proposition

- Renonciation à une nouvelle réglementation de l'art. 53, al. 1^{bis}, P-LAMal



2.6 Mesures à prendre dans l'assurance-accidents, l'assurance-invalidité et l'assurance militaire

La CDS juge ces modifications d'un œil critique. La LAI table sur le principe de la prestation en nature et ne prévoit donc ni une obligation de contracter ni une obligation d'admission. De même, certains principes stipulés par la LAMal ne sont pas réglementés dans la LAI sur le plan législatif, p. ex. la structure tarifaire et les critères EAE. En conséquence, la raison pour laquelle il faudrait prévoir une telle réglementation au niveau législatif n'est pas claire. Celle-ci serait plutôt à régler dans les conventions tarifaires, par analogie avec la structure tarifaire, le montant des tarifs et l'obligation d'admission.

Si l'on retient une réglementation, il faudrait veiller à ce que les assureurs ne portent pas atteinte à la garantie de la prise en charge par ces mesures. Aujourd'hui, il existe déjà des domaines de prestations pour lesquels les cantons sont obligés d'assumer les coûts résiduels non couverts étant donné que les tarifs de l'AA et de l'AI ne financent pas l'intégralité des coûts, p. ex. pour des prestations de mise à disposition (p. ex. soins pédiatriques à domicile).

3 Remarques relatives aux conséquences pour les cantons

En synthèse, nous retenons que la CDS appuie tout à fait certaines mesures issues du volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Cependant, une série de mesures touchent sensiblement aux compétences des cantons dans la réglementation proposée et requièrent, selon l'avis de la CDS, une rectification ou une concrétisation qui respecte les compétences des cantons.

En vous remerciant de bien vouloir tenir compte de nos remarques, nous restons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre parfaite considération.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS
CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi

En copie :

- Directions cantonales de la santé
- Département fédéral de l'intérieur

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Bürgerlich-Demokratische Partei der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : BDP Schweiz

Adresse : Museumstrasse 10, 3000 Bern 6

Kontaktperson : Stefanie Bietenhard

Telefon : 031 350 40 15

E-Mail : bietenhard@bdp.info

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	9
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	10

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	<u>Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1</u> Sehr geehrter Herr Bundesrat Sehr geehrte Damen und Herren Die Bürgerlich-Demokratische Partei (BDP) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Vernehmlassung. Die BDP erachtet es als unabdingbar, dass die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingedämmt wird, damit der Anstieg der Prämien der Versicherten begrenzt wird. Die BDP stimmt damit den meisten der vorgeschlagenen Massnahmen – unter Einbezug von Anpassungen – zu. Nicht in dieser Form zustimmen kann sie der geplanten Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich sowie dem Referenzpreissystem. Auch die Massnahmen zur Steuerung der Kosten bedürfen einer Neugestaltung. In den 20 Jahren seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes stiegen die Kosten zulasten der OKP von 12 auf 30 Milliarden Franken. Damit unsere Gesundheitsversorgung auch in Zukunft finanziell tragbar sein wird, müssen unbedingt Massnahmen zur Kostendämpfung ergriffen werden. Diese Massnahmen müssen in allen grossen Kostenblöcken erfolgen. Im Fokus muss dabei die Eliminierung von Mengenausweitung stehen, die nicht medizinisch begründet werden kann. Ziel des Paketes muss es sein, dass die finanzielle Belastung durch die Prämien erträglich bleibt, bei gleichzeitiger Sicherstellung der qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung in der Schweiz sowie des Zugangs der Bevölkerung zu jener. Experimentierartikel: Ja, aber Ziel dieses unterstützenswerten neuen Artikels ist die Zulassung von innovativen Projekten zur Eindämmung der Kostenentwicklung. Allerdings müssen dabei folgende Ergänzungen beachtet werden: Es dürfen nur diejenigen Pilotprojekte zulässig sein, die einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Zudem ist eine Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an Pilotprojekten abzulehnen, diese sollten stattdessen auf freiwilliger Basis mittels einer Vereinbarung zwischen den Projektpartnern erfolgen. Unbedingte Voraussetzung für solche Pilotprojekte muss sein, dass die Leistungsgarantie und

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

das Solidaritätsprinzip für alle Versicherten erhalten bleiben.

Rechnungskontrolle: Ja

Die bisher auf Verordnungsstufe festgehaltene Pflicht für Leistungserbringer zur Zustellung der Rechnungskopie an die Versicherten wird neu auf Gesetzesstufe festgehalten. Dieser neuen Bestimmung wird ohne Vorbehalt zugestimmt. Hier besteht ein beträchtliches Kostendämpfungspotenzial.

Schaffung eines nationalen Tariffbüros: Ja, aber

Die Schaffung eines nationalen Tariffbüros wird – unter Einbezug mehrerer Anpassungen – gutgeheissen. Die Anpassungen müssen wie folgt aussehen: Das Tariffbüro soll sich auf ambulante ärztliche Leistungen, also auf den Tarmed, fokussieren. Eine Organisation, die für sämtliche ambulanten Tarifstrukturen zuständig wäre, ist demnach abzulehnen, da sie kaum handlungsfähig wäre. Zudem besteht bei den meisten Tarifstrukturverträgen Einigkeit zwischen den Tarifpartnern.

Es muss des Weiteren festgehalten werden, dass ein nationales Tariffbüro paritätisch zusammengesetzt sein muss und dass die wesentlichen Tarifpartner darin Einsitz haben. Auch sollen die Tarifstruktur und Anpassungen daran von den Tarifpartnern eingereicht werden und nicht vom Tariffbüro.

Zu prüfen wäre zudem die Möglichkeit einer Schaffung mehrerer Tariffbüros: Jedes dieser Tariffbüros wäre demnach für eine einzige Tarifstruktur des ambulanten Bereichs zuständig, natürlich unter Einbezug aller wesentlichen Tarifpartnern.

Tarifstruktur aktuell halten: Ja, aber

Dieser neue Artikel beinhaltet die Pflicht der Leistungserbringer und Versicherer, dem Bundesrat kostenlos diejenigen Daten bekannt zu geben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife notwendig sind. Diese neue Bestimmung kann nur unter dem Vorbehalt akzeptiert werden, dass die Datenlieferungspflicht an den Bund auf die Aufgabe der Tarifstrukturgenehmigung beschränkt wird. Erst sekundär soll die subsidiäre Kompetenz gelten. Zudem soll die Datenlieferung bei den Versicherern grundsätzlich über die Verbände laufen.

Hingegen ist es vonnöten, dass die Leistungserbringer dem zu schaffenden Tariffbüro die nötigen Daten liefern. Bei einer Weigerung sollen Sanktionen möglich sein.

Massnahmen zur Steuerung der Kosten: Eher Nein

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Dieser Artikel bedarf einer Neugestaltung: Die steigenden Gesundheitskosten sind in erster Linie auf steigende Mengen von Leistungen zurückzuführen. Entsprechend ist es wichtig, dass die Tarifpartner die Preise an die Mengenentwicklung koppeln und entsprechende Massnahmen in ihre Verträge einbauen. Diese Massnahme bietet – anders als der vom Bundesrat gemachte Vorschlag – die Möglichkeit, die Kostenentwicklung tarifpartnerschaftlich selbst anzugehen. Eine Verpflichtung zu Massnahmen führt nur zu vermehrten Verhandlungsblockaden bei den Tarifpartnern. Der Vertragszwang ist demnach aufzuheben. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern: Nein Es ist nachvollziehbar, dass der Bundesrat Pauschaltarife Einzelleistungstarifstrukturen vorzieht. Einzelleistungstarifstrukturen bergen die Gefahr einer Mengenausweitung, Pauschaltarife sollen demgegenüber die Erbringung möglichst vieler Leistungen verhindern. Demnach ist die Förderung von Pauschaltarifstrukturen im ambulanten Bereich angebracht. Jedoch geht die hier vorgeschlagene Massnahme, dass Pauschaltarife im ambulanten Bereich auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen, in die falsche Richtung und ist demnach abzulehnen. Vereinbarungen über Pauschalen sind ein wichtiges Wettbewerbselement, Vereinheitlichungen stehen diesem Element im Weg. Referenzpreissystem: Eher Nein Es trifft zu, dass Generika in der Schweiz im Vergleich mit den Referenzländern ungefähr doppelt so teuer sind. Auch ist der Anteil an Generika am Gesamtmarkt sehr tief. Deshalb ist es nötig, dass in diesem Bereich Lösungen gefunden werden. Das vorgeschlagene Referenzpreissystem ist allerdings eher abzulehnen, insbesondere herrschen Bedenken, ob die Patienten- und Versorgungssicherheit mit dem neu geplanten System weiterhin garantiert werden können. Folgende Bedingungen müssen erfüllt werden, damit ein Referenzpreissystem akzeptabel wäre: • Im Geltungsbereich des Gesetzes werden Präparate mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung erfasst. • Ein Referenzpreis wird festgesetzt, wenn mindestens drei wirkstoffgleiche Arzneimittel registriert sind. • Eine Gleichstellung von Biosimilars und Generika ist abzulehnen. Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen: Ja Es ist zu begrüssen, dass Leistungserbringer und Versicherer in Zukunft über gleich lange Spiesse verfügen.

CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

Per E-Mail an
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018

Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Allgemeine Bemerkungen

Seit Jahren steigen die Krankenkassenprämien jährlich um rund 5%. Schuld daran sind die überbordenden Kosten im Gesundheitswesen. Laut Experten könnten heute 20% oder 6 Milliarden Franken der Gesundheitskosten ohne Qualitätsverlust eingespart werden. Seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 sind notwendige Reformen allesamt gescheitert. Dieser Reformstau schlägt sich in hohen Prämien nieder: Seit 1996 sind diese kontinuierlich gestiegen und werden die kommenden Jahre gemäss Prognosen jährlich um ca. 4% zunehmen. Die Schweiz hat ein qualitativ gutes Gesundheitswesen. Angesichts der Kostenentwicklung ist dieses für Prämienzahler aber langfristig kaum finanzierbar. Schon heute verwenden Haushalte bis zu 19 Prozent ihres Einkommens für Krankenkassenprämien.

Die CVP will eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung, die finanzierbar bleibt. Die Verschwendung muss gestoppt, Überversorgung verhindert und die Mitverantwortung aller Akteure gestärkt werden. Die CVP hat zahlreiche Vorstösse lanciert, die zur Kostendämpfung beitragen sollen.

Für die CVP ist die Senkung der Kosten im Gesundheitswesen ein Kernanliegen. Deshalb unterstützt sie die vorliegenden Massnahmen des Bundesrates. Mit dem vorliegenden Massnahmenpaket werden zwar Kosteneinsparungen ermöglicht, die CVP ist jedoch der Ansicht, dass es zu einer wesentlichen Eindämmung des überbordenden Kostenwachstums griffigere Massnahmen wie z.B. eine Kostenbremse bzw. klare Zielvorgaben braucht.

Experimentierartikel (M02)

Die CVP unterstützt einen Experimentierartikel im Sinne der Motion 17.3827 „Pilotversuche im KVG“ von Nationalrätin Ruth Humbel. Bereits heute besteht ein Spielraum für Pilotversuche, der von Versicherern und Leistungserbringern zu wenig genutzt wird. Mit dem Experimentierartikel wird die Zulassung von innovativen Projekten zur Eindämmung von Gesundheitskosten ermöglicht. Pilotprojekte müssten auf freiwilligen vertraglichen Abmachungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern beruhen, zeitlich und geografisch klar eingeschränkt werden, vom Bundesamt unter dem Aspekt von Art. 32 KVG bewilligt sein und evaluiert werden. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an Pilotprojekten soll möglich sein.

So sollen neue, innovative Versorgungsmodelle, neue Formen der Koordination der Leistungen bzw. neue Funktionen der Grundversorgung (beispielsweise Prävention und Vorsorge) in der Praxis im Sinne einer Ausnahmeregelung ermöglicht und ausgetestet werden können. Daraus können wichtige

Erkenntnisse zu neuen Versorgungsformen, zur Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit gewonnen werden, welche gegebenenfalls auch zu Gesetzesanpassungen führen können. Die Pilotversuche müssen das Potenzial haben, die Qualität der Versorgung zu verbessern, und nach Möglichkeit auch in neuen Versorgungsstrukturen zu einer Effizienzsteigerung beizutragen.

Der Experimentierartikel soll keine abschliessenden Massnahmen, sondern lediglich exemplarische Massnahmen aufführen. Es sollen unter anderem auch die Innovation und Digitalisierung gefördert werden. Auch wenn dies primär keine kostendämpfende Massnahme darstellt, so entsteht langfristig Raum für Effizienzsteigerungen, mehr Qualität und mehr Informationen für Versicherte und Patienten.

Rechnungskontrolle / Rechnungskopie

Obwohl die Rechnungskontrolle primär Aufgabe der Versicherer ist, muss die Rechnungsstellung für medizinische Leistungen für die Patienten kontrollierbar sein (Angabe von Leistung und insbesondere klarer Nachweis über den definitiven Zeitaufwand). Die CVP unterstützt die Massnahme im Sinne der Transparenzerhöhung sowie der Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins von Versicherten.

Obwohl Versicherten bereits heute gemäss Art. 42 Abs. 3 KVG im System des Tiers payant Rechnungskopien zugestellt werden sollen, wird dies nicht immer eingehalten. Die CVP begrüsst daher die Ergänzung von Art. 42 Abs. 3 KVG, die eine Zustellung von Rechnungskopien klarer definiert. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, die Gesetze anzuwenden. Es ist jedoch nicht die Aufgabe der Versicherer, die Leistungserbringer in Bezug auf die ihnen obliegenden gesetzlichen Verpflichtungen zu kontrollieren. Diese Kontrolle ist grundsätzlich durch das BAG vorzunehmen, da dieses im Rahmen des KVG eine zentrale Rolle im Bereich der Aufsicht wahrnimmt. Es ist zu prüfen, ob Versicherer hier zusätzliche Instrumente erhalten sollen, z.B. durch eine Pflicht zur standardisierten elektronischen Rechnungsstellung an die Krankenversicherer. Die Rechnungskopie muss der versicherten Person dabei elektronisch zugestellt werden. Allfällige Sanktionsmassnahmen bei Nichteinhaltung sollen auf Verordnungsstufe präzisiert werden.

Tarife und Kostensteuerung

M34 „Schaffung eines nationalen Tarifbüros“

Im heutigen KVG ist der regulierte Wettbewerb verankert. Es zeigt sich allerdings, dass sich die Tarifpartner im System mit Vertragszwang häufiger denn je nicht auf neue Vergütungen einigen können. Die Blockaden führen dazu, dass durch die medizinisch-technische Entwicklung möglich gewordene Effizienzvorteile nicht an die Versicherten weitergegeben werden. Die CVP unterstützt deshalb die Schaffung eines nationalen Tarifbüros im ambulanten Bereich gemäss Kommissionsinitiative der SGK-N 17.401 „Tarifpflege und Entwicklung“, das für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie für die Anpassung und Pflege der Tarifstruktur zuständig sein soll. Es ist ganz klar, dass gewisse Tarifpositionen noch immer massiv überhöht sind und gesenkt werden müssen, damit auch wo angezeigt Tarifierhöhungen gemacht bzw. Innovationen berücksichtigt werden können. Die betriebswirtschaftliche Datenbasis von Tarmed ist denn auch 20 Jahre alt. Viele Eingriffe können heute deutlich schneller und mit günstigeren Infrastrukturkosten vorgenommen werden.

Dazu sind auch die notwendigen Datenunterlagen, die Kosten und vor allem die Leistungsdaten zur Verfügung zu stellen. Das Handlungsprimat bleibt bei den Tarifpartnern. Wenn sie sich aber nicht einigen können, die Tarifautonomie also nicht nutzen können, muss der Bundesrat weiterhin subsidiär eingreifen können. Die CVP verlangt darüber hinaus, dass sich der Bundesrat zur subsidiären Festsetzung von Tarifen auf Verhandlungsergebnisse von Tarifpartnern abstützt – verhandeln muss sich lohnen.

M25 „Tarifstruktur aktuell halten“

Die CVP unterstützt diese Massnahme, zumal diese zum Ziel der Eindämmung des Kostenwachstums im ambulanten Bereich beiträgt. Es ist wichtig, dass dem Bundesrat diejenigen Daten zugestellt werden, die er je nach Situation für die Genehmigung, Anpassung und Festlegung einer Tarifstruktur benötigt. Um die Tarifstruktur für ärztliche Leistungen aktuell zu halten, braucht es eine Organisation für die Entwicklung und Pflege der Tarife. Der Eingriff des Staates soll subsidiär sein. Sofern gemäss obiger Massnahme ein Tarifbüro eingeführt wird, muss dieses ohnehin über alle Daten verfügen. Deshalb soll dies bereits bei der Schaffung eines nationalen Tarifbüros verankert werden.

Steuerung der Kosten

Die Massnahme geht zurück auf die Kommissionsinitiative 17.402 „Steuerung der Kosten im KVG durch die Vertragspartner“ der SGK-N. Die CVP unterstützt deshalb die Verpflichtung der Leistungserbringer und der Versicherer, Massnahmen zur Steuerung von Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen zu vereinbaren. Können sich Tarifpartner nicht einigen, so soll der Bundesrat subsidiär eingreifen und Massnahmen zur Steuerung der Kosten festlegen.

Die Tarifpartner sind zu verpflichten, verbindliche Massnahmen gegen die Mengenausweitung zu vereinbaren. Sollte das nicht gelingen, müssen verbindliche Kostenbegrenzungsmassnahmen (Interventionsmechanismus) analog zur „Kostenbremse-Initiative“ der CVP eingeleitet werden, sobald die Kostenentwicklung deutlich über der Einkommensentwicklung liegt. Die Festsetzung der Kostensenkungsmaßnahmen liegt in der Kompetenz des Bundes, diese Umsetzung in der Kompetenz der Kantone. Wo sich die Tarifpartner auf Tarifwerke, Pauschalen oder andere innovative Vergütungsformen einigen, die eine effiziente Versorgung zum Ziele haben, braucht es keine zwingende behördliche Tarifgenehmigung. Ungerechtfertigte Erhöhungen der Mengen, welche verrechnet werden, sollen zu verbindlichen Rückvergütungen führen.

Die oben genannte Kommissionsinitiative entspricht zudem der Massnahme 1 des Expertenberichts, die eine Festlegung von Globalzielen für die Kostenentwicklung vorsieht. Aufgrund des steigenden Kostendrucks, ist diese Massnahme zu berücksichtigen und in diese Vorlage zu integrieren. Das Rationalisierungspotenzial muss endlich ausgeschöpft werden. Es braucht verbindliche Vorgaben, um alle Akteure, Leistungserbringer, Versicherte und Versicherer, zu einem verstärkten Kostenbewusstsein zu bewegen.

Ambulante Pauschalen (M15)

Die Kostenentwicklung der letzten Jahre ist unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass die Menge an OKP-Leistungen in einem Masse zunimmt, welches sich medizinisch kaum begründen lässt. Pauschalen haben gegenüber dem Einzelleistungstarif Vorteile: Die Rechnungsstellung wird vereinfacht und gleichzeitig kann der Versicherer die Arztrechnung besser kontrollieren. Zudem ist die Begrenzung der Mengenausweitung innerhalb eines Eingriffs ein weiterer Vorteil. So hat beispielsweise der Operateur den Anreiz, nur das auszuführen, was wirklich notwendig ist. Die CVP stimmt dieser Massnahme deshalb zu.

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22)

Patentabgelaufene Medikamente sind in der Schweiz im Vergleich zu den neun Referenzländern doppelt so teuer. Gleichzeitig haben wir im Vergleich zum Ausland eine schwache Durchdringung mit Generika. Würden konsequent Generika eingesetzt, könnten beim heutigen Preisniveau schätzungsweise 300 bis 400 Millionen Franken eingespart werden.

Die CVP befürwortet grundsätzlich die Einführung eines Referenzpreissystems. Für patentabgelaufene Medikamente und Generika ist ein Referenzpreissystem dahingehend einzuführen, dass die OKP pro Wirkstoff oder Wirkstoffklasse nur ein preisgünstiges Medikament vollständig vergütet. Damit löst das Referenzpreissystem das heutige System ab, wonach verschiedene Produkte bezahlt werden müssen. Das Prinzip der Kostengünstigkeit gemäss Art. 43 KVG wird damit konsequent umgesetzt. Zugleich entstehen durch die Einsparungen neue Spielräume für kostspielige und innovative Medikamente. Die CVP steht den vorgeschlagenen Modellen jedoch skeptisch gegenüber. Der Bundesrat soll prüfen, ob sich ein wettbewerbliches Referenzpreis-System allenfalls einfacher als durch die von ihm vorgeschlagenen Modelle umsetzen lässt: Die Details sind auf Verordnungsstufe zu regeln.

Zur Kostendämpfung haben die Experten des EDI letztes Jahr 10 Massnahmen vorgeschlagen, welche Medikamente betreffen. In der Folge wurde von der Verwaltung ein umfangreiches Massnahmenpaket für diesen Bereich angekündigt. Mit dem Referenzpreissystem hat der Bundesrat aber nur eine einzige, längst erwartete Massnahme aufgenommen.

Die CVP begrüsst die Einführung des Referenzpreissystems grundsätzlich, fordert aber weitere Massnahmen in diesem Bereich.

Gleichzeitig braucht es eine bessere Compliance über die ganze Behandlungskette. Die Behandlungsprozesse müssen bei der Medikation zwingend optimiert werden, ansonsten kann sich das Referenzpreissystem nachteilig auf die Compliance auswirken.

In der Schweiz müssen Generika derzeit gleich konfektioniert sein wie Originalmedikamente. Die derzeitige Medikamentenverschwendung ist zwingend zu reduzieren, indem beispielsweise der

Einzelverkauf von Medikamenten ermöglicht wird. Die derzeitigen Hürden für Generika müssen dabei gesenkt werden.

Zudem müssen Anreize geschaffen werden, damit auch Biosimilars stärker gefördert werden. Biosimilars müssen den Generika bezüglich Preisfestsetzungsverfahren und vor allem auch bezüglich der reduzierten Kostenbeteiligung für Patientinnen und Patienten gleichgestellt werden.

Beschwerderecht für Versichertenverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG

Die Schweiz hat eine hohe Ärzte- und Spitaldichte. Die Kantone, die das stationäre Angebot steuern, betonen ihre verfassungsmässige Zuständigkeit für die Versorgung und verwahren sich gegen Eingriffe des Bundes. Dabei geht vergessen, dass für die Krankenversicherung nach KVG (also auch deren Finanzierung, Kosten und Qualität usw.) per Verfassung der Bund zuständig ist. Die Kantone sollen weiterhin darin frei sein, die Versorgung zu gestalten. Es braucht im Gesundheitswesen jedoch gleich lange Spiesse: Es ist notwendig, dass auch Kantone bei der Erstellung der Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime die Positionen der Leistungserbringer sowie jene der Versicherer ausgeglichen berücksichtigen. Die CVP begrüsst deshalb das Beschwerderecht. Gleichzeitig hält die CVP aber auch fest, dass die eigentliche Aufsichtsaufgabe bei der Spitalplanung nach wie vor den Kantonen und nicht den Krankenversicherern obliegt. Die Krankenversicherer sollen damit auch nicht einen Teil der Planungsrolle der Kantone übernehmen.

Fazit

Die CVP wird sich weiterhin dafür einsetzen, dass die Kosten im Gesundheitswesen und damit die Krankenkassenprämien langfristig gesenkt werden. Die CVP unterstützt deshalb das Paket des Bundesrates grundsätzlich, kritisiert aber gleichzeitig das Ausbleiben der Zielvorgaben als explizite Massnahme, die effektiv zur Kostensenkung beitragen.

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

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Palais fédéral ouest
3003 Berne

Berne, 13 décembre 2018 / nb
VL paquet santé 1

Par e-mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} 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 accepte les grandes lignes de ce premier paquet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. Le PLR partage cet objectif. Il l'a souligné dans son nouveau papier de position ([lien](#)), adopté en septembre dernier, dans lequel il propose des solutions novatrices et modernes pour notre système de santé. Cette vision d'ensemble et à plus long terme manque dans ce premier paquet de mesures, ce que regrette le PLR. La LAMal offre avec les critères EAE (Efficacité, Adéquation, Economicité), la transparence en matière de qualité et les modèles alternatifs d'assurance, de bonnes incitations. Le PLR regrette qu'aucune des mesures proposées dans ce premier paquet ne permette de renforcer ces incitations.

M02 – Article relatif aux projets pilotes

Le PLR approuve l'introduction d'un article législatif permettant la conduite de projet pilote dans le domaine de la santé. Le but de ces projets étant de fomentier l'innovation, l'article expérimental ne devra pas être formulé de manière restrictive et ne pas suivre une logique *top-down*. Par ailleurs, il est essentiel que les projets retenus soient menés en parallèle dans plusieurs cantons représentatifs et qu'une majorité des acteurs ne soit pas contrainte de participer contre sa volonté. L'alinéa 4 de l'article 59b devrait par conséquent être biffé. En outre, cet instrument ne doit pas servir à mettre en *stand-by* pour quelques années des mesures « dérangeantes » pour certains acteurs. Il est aussi indispensable que ces projets ne débouchent pas sur des situations irréversibles et que leurs résultats soient mesurables. Leur objectif premier doit être une limitation – et non un simple pilotage - des coûts. Enfin, le PLR demande que ce soit le Conseil fédéral qui approuve la liste des projets retenus. Ce choix doit être soumis à un certain contrôle politique.

M34 – Organisation tarifaire nationale

Le groupe libéral-radical a soutenu l'initiative parlementaire [17.401](#), qui demande l'institution par les partenaires tarifaires d'une organisation ayant compétence pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Il est tout à fait sensé que le domaine ambulatoire soit, comme le domaine hospitalier, lui aussi doté d'une telle organisation. Les compétences de cette dernière devraient toutefois se limiter au domaine TARMED.

Dans sa motion [17.3607](#) « LAMal. Adaptation régulière des tarifs pour garantir des soins de qualité à des coûts abordables », les PLR proposait déjà de s'inspirer du système de tarification par cas du domaine hospitalier (Swiss DRG) pour revoir la tarification dans le secteur ambulatoire. Il proposait de faire de la grille tarifaire TARMED une structure tarifaire nationale pour tous les groupes de médecins, tandis que les partenaires tarifaires auraient en parallèle la possibilité de convenir d'autres formes de facturation (par ex. des forfaits) pour les prestations ambulatoires. En outre, il insistait sur le fait qu'aucun acteur du domaine de la santé ne devrait détenir un droit de veto dans les négociations tarifaires.

Enfin, le PLR estime que lorsque les partenaires se mettent d'accord sur une convention tarifaire, l'approbation du Conseil fédéral ne devrait pas être systématiquement requise. Celui-ci conserverait certes un droit de veto, mais il n'interviendrait en principe que de manière subsidiaire, soit si les partenaires ne parviennent pas à un accord.

M25 – Maintenir la structure tarifaire à jour

Il est proposé que le Conseil fédéral reçoive dorénavant toutes les données dont il a besoin pour approuver, adapter ou – en dernier recours – établir une structure tarifaire.

Personne ne peut s'opposer à ce que la structure tarifaire soit maintenue à jour. Le PLR partage bien entendu cet objectif. Toutefois, il estime que les données dont il est ici question ne devraient être transmises au Conseil fédéral que si celui-ci en a véritablement besoin. Or, en partant du principe que l'approbation du Conseil fédéral n'est en principe plus requise si les partenaires tarifaires s'accordent entre eux, une transmission systématique des données ne serait pas nécessaire. Il est important pour le PLR que les partenaires tarifaires conservent leur autonomie: une intervention de l'Etat doit rester subsidiaire.

En ce qui concerne l'organisation tarifaire nationale (M34), il va de soi que les données nécessaires à la mise à jour de la grille tarifaire devront lui être transmises.

M15 – Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire

Le PLR est en faveur d'un recours plus systématique aux forfaits par cas dans le domaine ambulatoire. Ce faisant, et en éliminant les mauvaises incitations dans le système, une augmentation injustifiée des volumes de prestations peut être évitée. Les forfaits ambulatoires DRG pourront servir de modèle.

La tâche de la mise à jour de la structure tarifaire forfaitaire doit cependant rester de la compétence des partenaires tarifaires et non pas de l'éventuelle nouvelle organisation tarifaire nationale. Le PLR s'oppose donc à la modification proposée de l'art. 43 al. 5.

17.402 – Mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts

Le groupe parlementaire libéral-radical, comme une majorité du Conseil national, a rejeté l'initiative parlementaire [17.402](#) « Pilotage des coûts dans le cadre de la LAMal par les partenaires tarifaires ». Le PLR estime qu'il n'est pas raisonnable de fixer des objectifs arbitraires de coûts et s'oppose logiquement à cette mesure.

M22 – Système de prix de référence pour les médicaments

Le PLR estime que l'introduction d'un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu doit être sérieusement étudiée. Il propose donc au Conseil fédéral de conserver cette mesure dans ce premier paquet. Cet outil a produit des effets positifs dans plusieurs pays européens, où la part de génériques est sensiblement plus élevée qu'en Suisse. Le PLR partage l'objectif du Conseil fédéral, à savoir une remise accrue de génériques et de biosimilaires. Il conviendra cependant de veiller à ce que ce nouveau système ne mette pas en péril la sécurité de l'approvisionnement en médicaments et qu'il ne génère pas de surcoûts d'ordre bureaucratique. L'analyse d'impact de la réglementation devra être disponible au moment du traitement de cette mesure en commission.

Le PLR a une préférence pour la variante 2, « modèle avec communication des prix ». Contrairement à la variante 1, ce modèle ferait jouer la concurrence dans le domaine des médicaments, en donnant la possibilité aux assureurs de négocier avec les producteurs des prix avantageux.

D'autres mesures dont le potentiel d'économies est attesté devraient être étudiées. Une meilleure adhésion thérapeutique pour les malades chroniques permettrait par exemple de réduire les coûts. En effet, lorsqu'un malade chronique ne suit pas son traitement comme il le devrait, la facture globale se voit multipliée. Des moyens existent aujourd'hui afin de permettre un meilleur suivi du traitement par les malades chroniques. Dans un autre registre, les déchets sont trop importants dans la consommation de médicaments. Se pose la question s'il ne devrait pas être possible de remettre les médicaments en plus faibles quantités. Plus fondamentalement, il conviendrait en priorité d'appliquer les critères EAE de manière plus stricte dans le domaine des médicaments.

Copie de la facture pour les assurés

Le PLR approuve cette mesure, mais à deux conditions seulement: premièrement, l'envoi doit se faire par voie électronique (sauf demande contraire du patient); deuxièmement, les factures doivent être simplifiées et rendues facilement lisibles par le patient.

M09 – Renforcer le contrôle des factures

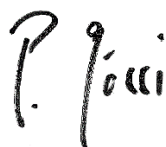
Les dispositions légales en vigueur sont suffisantes, mais elles doivent être mises en œuvre plus systématiquement. Le renforcement des procédures d'audits chez les assureurs et de la surveillance des assureurs proposé par le Conseil fédéral est approuvé par le PLR. Par ailleurs, il est essentiel que, dans le contexte des désignations des prestations par le Conseil fédéral (LAMal art. 33), les prestations à la charge de l'AOS soient révisées avec diligence selon les principes d'efficacité, d'adéquation et de caractère économique.

Droit de recours pour les assureurs concernant la planification et la liste des hôpitaux, maisons de naissance et des EMA

Le PLR approuve l'introduction de ce droit de recours. Cette mesure permettrait de limiter la profusion d'établissements médicaux ne répondant pas à une hausse équivalente de la demande et de s'attaquer aux plus chers et aux moins efficaces d'entre eux. Il est cohérent d'accorder aux assureurs ce droit de recours en cela qu'ils assument une part importante des coûts dans le domaine stationnaire.

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



Petra Gössi
Conseillère nationale

Le Secrétaire général



Samuel Lanz

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 : 13. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
glp	Die Grünliberalen begrüssen, dass Massnahmen zur Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ergriffen werden sollen, und nehmen zu den Vorschlägen wie folgt Stellung: Referenzpreissystem bei Arzneimitteln Kostenwirksam ist insbesondere die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel. Von den beiden Modellen, welche der Bundesrat präsentiert, bevorzugen die Grünliberalen die Variante 2 „Modell mit Meldesystem“. Dieses Modell vergleicht zur Preisfestsetzung die effektiven Preise der Zulassungsinhabenden und verspricht, mit Anreizen für Preiswettbewerb zu sorgen. Das Modell mit Preisabschlag (Modell 1) würde demgegenüber die heutige, staatliche Preisfestsetzungslogik fortsetzen. Die Simulation eines wettbewerblichen Preissystems hat jedoch bisher nicht die gewünschten Effekte erzielt. Rechnungskopie an Versicherte Die Grünliberalen begrüssen, dass die Versicherten vom Leistungserbringer jeweils eine Rechnungskopie zugestellt bekommen und dass die Leistungserbringer sanktioniert werden, wenn sie dieser Pflicht nicht nachkommen. Es besteht allerdings ein gewisses Risiko, dass die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und der Krankenversicherer dadurch ansteigen, ohne dass dem höhere Kosteneinsparungen gegenüberstehen. Daher ist sicherzustellen, dass die Regulierung und die damit verbundenen Anreize so ausgestaltet sind, dass die Versicherten die Rechnungen a) verstehen und b) nötigenfalls beanstanden. Als weitere Massnahme zur Stärkung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle beantragen die Grünliberalen, die Motion Grossen (18.3664) „Digitalisierung auch im Gesundheitswesen“ rasch umzusetzen. Durch die systematische elektronische Zustellung der Rechnungen an die Krankenversicherer kann ein Effizienzgewinn zugunsten der OKP erzielt werden. Weiter sind den Leistungen Identifikations-Codes der ausführenden Person anzufügen, um ein Monitoring zu ermöglichen, beispielsweise in Gruppenpraxen oder bei Belegärzten. Zudem braucht es eine Diagnose- und Behandlungskodierung, um die Wirtschaftlichkeitskontrolle zu erleichtern. Experimentierartikel Der Experimentierartikel ist eine Chance, neue Ansätze zur Kostendämpfung auszuprobieren. Die Grünliberalen unterstützen diese Idee. Damit die Experimente erfolgreich sind, ist es aber notwendig, dass die Teilnahme an einem Pilotprojekt freiwillig ist. Der im Vorentwurf vorgesehene Zwang für alle Akteure im Gesundheitswesen zur Finanzierung und Teilnahme an einem Projekt ist nicht sachgerecht und könnte sich als kontraproduktiv erweisen. Experimente sollten jedoch nicht nur im Bereich Kostendämpfung, sondern in allen Bereichen des Gesundheitswesens möglich sein. Schaffung einer Tariforganisation für ambulante Behandlungen Die Grünliberalen begrüssen die Einrichtung einer nationalen Tariforganisation für ambulante Behandlungen und stehen insbesondere der Förderung ambulanter Pauschaltarifen positiv gegenüber. Der Vorschlag des Bundesrates geht jedoch zu weit und führt faktisch zu zentralisierten, staatlich verordneten Amtstarifen im gesamten ambulanten Bereich. Der Auftrag der neuen Tariforganisation sollte sein, der blockierten TARMED-

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Tarifrevision eine erfolgversprechende Organisation zur Entwicklung und Pflege der ambulanten, ärztlichen Einzelleistungstarife zur Seite zu stellen. Dass alle ambulanten Leistungserbringer von einer nationalen, paritätisch zusammengesetzten Organisation erfasst werden sollen, erachten die Grünliberalen als zu ambitiös und anfällig für neue Blockaden zwischen den Tarifpartnern. Anstatt Anreize für mehr Pauschalen zu schaffen, besteht das Risiko, dass Verhandlungen von einheitlichen Pauschaltarifstrukturen zu Blockaden führen, wie man sie von TARMED kennt. Die Grünliberalen sind nicht überzeugt, dass eine Tariforganisation, die so viele Interessen vereinen soll, noch handlungsfähig ist. Letztlich sollten die Tarifautonomie gestärkt und subsidiäre Eingriffe durch den Bundesrat wenn immer möglich verhindert werden. Mit dem aktuellen Vorschlag besteht das Risiko, dass das Gegenteil eintritt. Aus diesem Grund fordern die Grünliberalen die Beschränkung der ambulanten Tariforganisation auf die ärztlichen, ambulanten Einzelleistungstarife.

Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Die Grünliberalen sind der Ansicht, dass der Bundesrat alle für ihn notwendigen ambulanten Daten erhalten muss, damit er die Tarifstrukturverträge prüfen und, falls nötig, subsidiär festsetzen kann. Die Datenlieferung soll aber möglichst über etablierte Kanäle und effizient abgewickelt werden, damit keine Mehrkosten zu Lasten der OKP entstehen. Der im Vorentwurf präsentierte Prozess würde für Leistungserbringer und Krankenversicherer sowie deren Verbände zu Mehraufwand führen und nicht dem Ziel der Kostendämpfung dienen. Die Kompetenzen des Bundesrates betreffend Datenerhebung sind im Krankenversicherungsgesetz, Datenschutzgesetz und Krankenversicherer-Aufsichtsgesetz ausreichend geregelt. Es stellt sich daher die Frage, ob sie im KVG nochmals präzisiert werden müssen.

Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Die Grünliberalen unterstützen die Idee, wo sachgerecht, kostendämpfende Instrumente in Tarifverträge aufzunehmen (zum Beispiel degressive Tarife). Schon heute ist es den Tarifpartnern möglich, Kostensteuerungsmechanismen in den Tarifverträgen zu verankern. Es gibt unter Tarifpartnern solche Verträge. Die Grünliberalen unterstützen den Vorschlag des Bundesrates insofern, dass Anreize gesetzt werden, damit Instrumente zur Kostendämpfung in Tarifverträgen vereinbart werden. Einen Zwang, in allen gesamtschweizerisch geltenden Tarifverträgen solche Mechanismen einzubauen, lehnen die Grünliberalen jedoch ab. Es besteht das Risiko, dass bei einer pauschalen Anwendung dieser Mechanismen die finanziellen Einbussen durch Kompensationen an anderen Orten im System gemacht würden, dies auf Kosten der Qualität.

Als weitere Massnahme zur Steuerung der Kosten ist das Konzept „Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum“ (Massnahme M01) zu prüfen, wie es im Expertenbericht Diener vorgeschlagen wurde. Der Zwang zu degressiven Vertragselementen kann zum Präjudiz für diese Massnahme werden. Benchmarks zur geplanten Kostenentwicklung könnten eine Steuerung der Massnahmen erleichtern, indem sie einen Orientierungspunkt liefern. Die Grünliberalen fordern den Bundesrat auf, spätestens mit dem zweiten Kostendämpfungspaket einen konkreten Vorschlag vorzulegen, damit die Vor- und Nachteile dieser Massnahme vertieft diskutiert werden können.

Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen

Die Grünliberalen unterstützen diese Massnahme, weisen jedoch darauf hin, dass sie nicht per se kostendämpfend wirkt.

Vorschläge der Grünliberalen

Als weitere Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erneuern die Grünliberalen folgende Forderungen:

- Mit maximal sechs Gesundheitsregionen Koordination fördern und Überkapazitäten abbauen (Motion 18.3294 der Grünliberalen Fraktion)
- Keine mengenbezogenen Lohnanreize für Spitalärzte (Motion 18.3293 der Grünliberalen Fraktion)
- Unabhängige Rechnungskontrolle zur Vermeidung unnötiger Leistungen im Gesundheitswesen (Motion 18.3296 der Grünliberalen Fraktion)

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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)
glp	42	3		Nach geltendem Recht sind die Leistungserbringer verpflichtet, der versicherten Person im System des <i>Tiers payant</i> eine Rechnungskopie zuzustellen (Art. 42 Abs. 3 KVG). Neu sollen Leistungserbringer sanktioniert werden, wenn sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen. Zudem will der Bundesrat auf Verordnungsebene Vorgaben zur Verbesserung der Verständlichkeit der Rechnungen für die versicherte Person machen. Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme. Es besteht allerdings ein gewisses Risiko, dass die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und der Krankenversicherer dadurch ansteigen, ohne dass dem höhere Kosteneinsparungen gegenüberstehen. Damit die neue Bestimmung im Sinne einer Kostendämpfung greift, muss sichergestellt sein: - dass die versicherten Personen die Rechnungen lesen und verstehen können, - dass die versicherten Personen einen Anreiz haben, „falsche“ Rechnungen bei ihrem Krankenversicherer zu beanstanden, - dass die Krankenversicherer die falschen Rechnungen beim Leistungserbringer beanstanden, - dass die Rückforderung falscher Rechnungen nicht mehr kostet als der eingesparte Fehlbetrag. Als weitere Massnahme zur Stärkung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle beantragen die Grünliberalen, die Motion Grossen (18.3664) „Digitalisierung auch im Gesundheitswesen“ rasch umzusetzen. Die Motion verlangt, dass	Zur Umsetzung zu Mo. Grossen (18.3664): „Leistungserbringer nach Art. 35 Abs.2 KVG stellen den Krankenversicherern sämtliche Rechnungen in elektronischer Form zu.“

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				sämtliche Leistungsabrechnungen, namentlich jene der Ärzte, Spitäler, Labors, Physiotherapeuten, Spitex und Apotheken, elektronisch zu den Krankenversicherungen gelangen.	
glp	43	5		Die Grünliberalen stehen Pauschaltarifen positiv gegenüber und sehen sie – wie der Bundesrat – als eine gute Möglichkeit, die Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Eine national einheitliche Tarifstruktur für Pauschalen ist jedoch nicht nötig und auch nicht zielführend. Nach geltendem Recht müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 KVG). Auch Zeit- und Pauschaltarife sind erlaubt (Art. 43 Abs. 2 KVG). Anders als der Einzelleistungstarif müssen Zeit- und Pauschaltarife aber nicht auf einer national einheitlichen Tarifstruktur beruhen, sondern können individuell in Tarifverträgen vereinbart werden, was heute immer häufiger geschieht. Es ist bekannt, dass die Verhandlungen der nationalen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Einzelleistungstarife (TARMED) zu grossen Blockaden zwischen den Tarifpartnern und letztlich zur subsidiären Tariffestsetzung durch den Bundesrat geführt haben. Die Pauschalen stellen im heutigen Tarifumfeld ein Differenzierungs- und Innovationspotential für die Tarifpartner dar. Die vorgeschlagene Vereinheitlichung der Strukturen von Pauschalen würde diesen Handlungsspielraum aufheben. Es besteht auch das Risiko, dass die Ausweitung des Geltungsbereichs von Artikel 43 Absatz 5 auch bei den Pauschalen zu Blockaden führt. Damit die geplante Tariforganisation handlungsfähig ist, beantragen die Grünliberalen, dass sie sich auf die Verhandlung von Einzelleistungstarifstrukturen für ambulante, ärztliche Leistungen beschränkt.	Einzelleistungstarife sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. ...
glp	47a	1		Der Bundesrat schlägt vor, dass künftig eine nationale Tariforganisation für die Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstrukturen sowie	Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			der auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarifstrukturen zuständig ist. Sämtliche Verbände sollen in der Organisation paritätisch Einsitz nehmen. Der Bundesrat kann betreffend Form und Betrieb die Grundsätze erlassen. Die Grünliberalen begrüssen den Vorschlag, nach dem Vorbild des stationären Bereiches (AG Swiss DRG) auch für ambulante ärztliche Leistungen eine nationale Tariforganisation einzusetzen. Damit können die nach wie vor bestehenden Blockaden der TARMED-Revision möglicherweise behoben werden. Die neue Tariforganisation sollte sich allerdings auf die ambulanten ärztlichen Einzelleistungen (TARMED) fokussieren. Der Vorschlag des Bundesrates, <i>alle</i> ambulanten Leistungserbringer sowie Pauschal- und Einzelleistungstarife in der neuen Tariforganisation paritätisch und national einheitlich zu definieren, überlädt die Organisation. Es ist zu befürchten, dass eine so grosse, zentralisierte Organisation in den Verhandlungen häufig blockiert wäre. In der Folge müsste der Bundesrat subsidiär eingreifen. Dies entspricht nicht dem Sinn und Geist der Tarifautonomie.	Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen Behandlungen zuständig ist.
glp	47a	2	Da der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz erhalten soll, die nationale Tariforganisation einzurichten (Art. 47a Abs. 3), braucht es keine zusätzliche Kompetenz zur Bestimmung der Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation.	streichen
glp	47a	4	Die glp fordert den Erhalt der Tarifautonomie gemäss KVG. So sollen die Tarifstrukturen weiterhin von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden und nicht wie vom Bundesrat vorgeschlagen, durch die Tariforganisation.	Art. 47a Abs.4: Die von der Organisation erarbeitete Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den an der Organisation beteiligten Tarifpartnern den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

glp	47b	1	Bislang ist die Lieferung der Daten an TARMED Suisse im Gesetz nicht geregelt. Der Vorentwurf sieht deshalb vor, dass die Leistungserbringer der neuen Tariforganisation für ambulante Behandlungen kostenlos die notwendigen Daten liefern müssen. Die Grünliberalen begrüssen diese Massnahme. Die Datenlieferung soll sich aber – wie die Tariforganisation – nur auf die Einzelleistungstarifstrukturen für ambulante ärztliche Leistungen beziehen.	Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Organisation nach Artikel 47a diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen notwendig sind.
glp	47b	2	Der Bundesrat schlägt vor, dass die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die neue Tariforganisation für ambulante Behandlungen verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festsetzung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Die Grünliberalen teilen die Ansicht, dass der Bundesrat über die notwendigen Daten verfügen muss, damit er die Tarifstruktur genehmigen und – wenn keine Einigung möglich ist – subsidiär eingreifen kann. Die Datenerhebungen des Bundesrates dürfen jedoch nicht zu einer unverhältnismässigen oder unzweckmässigen administrativen Belastung der Krankenversicherer, Verbände oder der Tariforganisation führen, da sonst ungerechtfertigte Mehrkosten entstehen. Datenlieferungen müssen immer das Datenschutzgesetz (DSG) respektieren und an einen bestimmten Zweck gebunden sein. Die Kompetenzen des Bundesrates betreffend Datenerhebung sind im DSG, KVG und im Krankenversicherer-Aufsichtsgesetz (KVAG) ausreichend geregelt. Es stellt sich daher die Frage, ob diese Thematik im KVG nochmals präzisiert werden muss.	2 Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, a. der Organisation nach Absatz 47a dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung und Anpassung und Genehmigung der ambulanten ärztlichen Einzelleistungstarifstrukturen der Tarife und Preise notwendig sind; b. dem Bundesrat diejenigen Daten zu Verfügung zu stellen, die für die Genehmigung der Tarifstrukturverträge und die Ausübung der subsidiären Kompetenz notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

glp	47b	3		Der Bundesrat schlägt Sanktionen vor (Verwarnung oder Busse bis Fr. 20'000), falls Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer oder die neue Tariforganisation gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe verstossen. Die Grünliberalen können diesen Sanktionsmechanismus mittragen. Allerdings ist fraglich, ob die neuen Datenlieferungsprozesse (von den Versicherern via Verbände) wirklich effizienter sind, weil bei den Verbänden dazu Ressourcen und Strukturen aufgebaut werden müssen, die heute anderswo schon bestehen. Es besteht das Risiko, dass ein grosser bürokratischer Apparat aufgebaut wird. Die Grünliberalen beantragen deshalb, diesen Punkt nochmals zu überprüfen.	
glp	47c	1		Der Bundesrat will die Tarifpartner verpflichten, Massnahmen zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Tarifverträgen zu vereinbaren. Die Massnahmen müssen pro Leistungsbereich die Mengenentwicklung und die Kostenentwicklung regeln. Die Grünliberalen unterstützen die Idee, wo sachgerecht, kostendämpfende Instrumente in Tarifverträge aufzunehmen (zum Beispiel degressive Tarife). Schon heute ist es den Tarifpartnern möglich, Kostensteuerungsmechanismen in den Tarifverträgen zu verankern. Es gibt unter Tarifpartnern solche Verträge. Die Grünliberalen unterstützen den Vorschlag des Bundesrates insofern, dass Anreize gesetzt werden, damit Instrumente zur Kostendämpfung in Tarifverträgen vereinbart werden. Einen Zwang, in allen gesamtschweizerisch geltenden Tarifverträgen solche Mechanismen einzubauen, lehnen die Grünliberalen jedoch ab. Es besteht das Risiko, dass bei einer pauschalen Anwendung dieser Mechanismen die finanziellen Einbussen durch Kompensationen an anderen Orten im System gemacht würden, dies auf Kosten der Qualität. Als weitere Massnahme zur Steuerung der Kosten ist das Konzept „Verbindliche Zielvorgabe für das OKP-Wachstum“ (Massnahme M01) zu prüfen, wie es im Expertenbericht Diener vorgeschlagen wurde. Benchmarks zur geplanten	Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände können sehen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorsehen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Kostenentwicklung könnten eine Steuerung der Massnahmen erleichtern, indem sie einen Orientierungspunkt liefern. Die Grünliberalen fordern den Bundesrat auf, spätestens mit dem zweiten Kostendämpfungspaket einen konkreten Vorschlag vorzulegen, damit die Vor- und Nachteile dieser Massnahme vertieft diskutiert werden können.	
glp	47c	2		Die Massnahmen nach Absatz 1 können in gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge integriert werden. Sie können gemäss Vorentwurf auch in eigenen gesamtschweizerisch geltenden Verträgen vorgesehen werden; diese sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Die Grünliberalen unterstützen diese Änderung, unter Vorbehalt der vorstehenden Änderung von Absatz 1.	
glp	47c	3-7		Siehe Kommentar zu Absatz 1.	streichen
glp	52b			Mit dem Referenzpreissystem sollen die Preise der Arzneimittel mit patentabgelaufenen Wirkstoffen in der Schweiz gesenkt und Einsparungen in diesem Bereich erzielt werden. Es sollen Anreize geschaffen werden, damit bei möglicher Austauschbarkeit eines Arzneimittels dasjenige gewählt wird, dessen Preis unter dem Referenzpreis liegt. Zur Umsetzung schlägt der Bundesrat zwei alternative Modelle vor: 1) Variante 1. Modell mit Preisabschlag: der Referenzpreis wird auf Basis des Auslandpreisvergleichs und des Generikapreisniveaus gemacht. Zusätzlich wird ein fixer Preisabschlag vorgenommen, wenn mindestens vier Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung vorliegen. Die Höhe des Abschlags legt der Bundesrat in	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				einer Verordnung fest. Das Modell entspricht der heutigen Logik der staatlichen Preisfestsetzung. 2) Variante 2. Modell mit Meldesystem: Wenn mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt sind, legt das BAG den Referenzpreis auf Grund des günstigsten durchschnittlichen Drittels der gelisteten Arzneimittel zuzüglich eines Vertriebsanteils fest. Einen Zuschlag kann es aus Gründen der Versorgungssicherheit geben. Die Zulassungsinhaber müssen dem BAG anschliessend regelmässig ihre Preise melden. Die Überprüfung und Berechnung des Referenzpreises wird ab dem Moment auf den gemeldeten, effektiven Preisen (Fabrikabgabepreise) ihrer Arzneimittel gemacht. Der Höchstpreis wird aufgrund des Auslandpreisvergleichs und des Generikapreisniveaus festgelegt. Der Höchst- und der Referenzpreis werden periodisch überprüft. Zusätzlich können Versicherer im Sinne des Preiswettbewerbs und beispielsweise nach Verhandlungen mit den Zulassungsinhaber vorsehen, dass sie nur einzelne Arzneimittel im Bereich des Referenzpreissystems vergüten. Die Versicherer veröffentlichen jährlich eine Liste dieser Arzneimittel und teilen sie gleichzeitig mit den neuen Prämien jeder versicherten Person mit. Der Bundesrat kann auch vorsehen, dass die von den Versicherern vergüteten Arzneimittel zentral veröffentlicht werden. Die Grünliberalen bevorzugen Variante 2 (Modell mit Meldesystem), da es wettbewerblicher ist. Es wäre allerdings wünschenswert, auch dieses Modell noch zu vereinfachen. Das Modell mit Preisabschlag würde demgegenüber die staatliche Preisfestsetzung weiterführen, obwohl es diese nicht geschafft hat, den Wettbewerb im patentabgelaufenen Bereich zu simulieren.	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

glp	59b	4		Die Grünliberalen begrüssen, dass es mittels eines Experimentierartikels möglich sein soll, Ansätze zur Kosteneindämmung zu erproben. Damit die Experimente erfolgreich sind, ist es aber notwendig, dass die Teilnahme an einem Pilotprojekt freiwillig ist. Der im Vorentwurf vorgesehene Zwang zur Finanzierung und Teilnahme an einem Projekt ist nicht sachgerecht und könnte sich als kontraproduktiv erweisen. Dies gilt umso mehr, als die Kosten für die Projektfinanzierung nicht vom Bund, sondern von den Projekteignern getragen werden. Experimente sollten jedoch nicht nur im Bereich Kostendämpfung, sondern in allen Bereichen des Gesundheitswesens möglich sein. Aus Sicht der Grünliberalen ist zu prüfen, ob eine (Mit-)Finanzierung von Pilotprojekten durch den Bund nicht zweckmässig sein könnte.	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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
		Siehe den Hinweis auf Vorstösse der Grünliberalen in den allgemeinen Bemerkungen.	



T +41 31 3266607
E gaelle.lapique@gruene.ch

Eidgenössisches Departement des
Innern
3003 Bern

Per E-Mail geschickt

[abteilung-
leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch);
gever@bag.admin.ch

Bern, 13. Dezember 2018

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlagen und den erläuternden Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung –Paket 1 und nehmen dazu gerne Stellung.

Kostendämpfungsmassnahmen sind angesichts der stets steigenden Kosten dringend. **Insofern unterstützen die GRÜNEN grundsätzlich Massnahmen, welche zu einer Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen beitragen und dabei auf der Kostenseite ansetzen. Aber auch die Finanzierungsseite bedarf eines Massnahmenpaketes: Rückgang der Prämienverbilligungen der Kantone, Erhöhung der Franchise durch Bundesrat und Parlamentsmehrheit weisen hier in die falsche Richtung. Anstatt mittlere und untere Einkommen zu entlasten führen diese Entwicklungen zu einer ungerechteren Krankenversicherungsfinanzierung. Massnahmen auf der Kostenseite müssen mit Massnahmen auf der Finanzierungsseite einhergehen.**

Auch sind die GRÜNEN der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z. B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die Finanzierung und auf die Versorgung im Auge zu behalten.

Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Wir bitten Sie, die Anliegen und Vorschläge wohlwollend zu prüfen und die Vorlage entsprechend anzupassen. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Regula Rytz
Präsidentin

grüne / les verts / i verdi
waisenhausplatz 21 . 3011 berne . suisse



Isabelle Iseli
Fachsekretärin

Anhang: Fragebogen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

2Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Grüne Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Waisenhausplatz 21

Kontaktperson : Gaëlle Lapique, Fachsekretärin oder Isabelle Iseli bis zum 20. Dezember

Telefon : 031 326 66 07

E-Mail : gaelle.lapique@gruene.ch; isabelle.iseli@gruene.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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: _____	Erreur ! Signet non défini.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Grüne Schweiz	Kostendämpfungsmassnahmen sind angesichts der stets steigenden Kosten dringend. Insofern unterstützen die Grünen grundsätzlich Massnahmen, welche zu einer Optimierung der Steuerungs- und Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen beitragen und dabei auf der Kostenseite ansetzen. Aber auch die Finanzierungsseite bedarf eines Massnahmenpaketes: Der Rückgang der Prämienverbilligungen der Kantone und die Erhöhung der Franchise durch Bundesrat und Parlamentsmehrheit weisen hier in die falsche Richtung. Anstatt mittlere und untere Einkommen zu entlasten, führen diese Entwicklungen zu einer ungerechteren Krankenversicherungsfinanzierung. Massnahmen auf der Kostenseite müssen mit Massnahmen auf der Finanzierungsseite einhergehen. Auch sind die Grünen der Ansicht, dass bei der Weiterverfolgung und Umsetzung der Kostendämpfungsmassnahmen unbedingt die Gesamtsicht auf das System gewahrt werden muss. Die mit dem Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen sehen neue Aufgaben und Rollen für den Bund, die Kantone, Versicherer und auch Leistungserbringer vor. Es besteht die Gefahr, dass es zu ungeplanten und nicht beabsichtigten Wechselwirkungen mit bisher bestehenden Regelungen, aber auch mit weiteren geplanten Reformvorhaben kommt (z.B. Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringern). Eine sorgfältige Prüfung möglicher Auswirkungen ist daher unerlässlich. Insbesondere sind Effekte auf die Finanzierung und auf die Versorgung im Auge zu behalten. Gewisse Massnahmen beurteilen wir zudem als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Grüne Schweiz	Experimentierartikel (M02) (Art. 59b)			Grundsätzlich begrüssen die Grünen die Schaffung eines Experimentierartikels. Sie sind allerdings der Ansicht, dass der vorliegende Entwurf von Art. 59b inhaltlich zu einschränkend ist und den heutigen Spielraum des KVG eher beschneidet. Das KVG bietet bereits heute ungenutzten Handlungsspielraum z.B. für neue Vergütungs-, Versicherungs- oder Versorgungsmodelle, der aber von den Akteuren (insb. Leistungserbringer und Versicherer) nicht ausgeschöpft wird. Auch auf kantonaler Ebene sind bereits heute andere Finanzierungs- und Versorgungsmodelle bei entsprechender kantonrechtlicher Grundlage möglich. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist aus Sicht der Grünen ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern.	- Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, zur Förderung der integrierten Versorgung und zur Prävention» - Ergänzung von Abs. 1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Versorgungsqualität und -effizienz» - Ergänzung von Abs. 1: «h. Prävention»
Grüne Schweiz				Im erläuternden Bericht des Bundesrates heisst es, dass die Rechte der Versicherten während der Dauer der Pilotprojekte zu gewährleisten sind. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an Pilotprojekten beurteilen wir daher – und auch unter den Gesichtspunkten der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit – kritisch. Insbesondere Massnahmen, die den Zugang zu Leistungen einschränken oder die Versicherten zu zusätzlichen Kostenübernahmen verpflichten, würden	Abs. 4: «Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				wohl die Rechte der Versicherten in unzulässiger Weise tangieren.	auswirkt.»
Grüne Schweiz				Schliesslich muss geregelt werden, dass Projekte reversibel sein müssen. Wenn sich ein Projekt nicht als wirksam erweist, muss schadlos wieder die bisherige Regelung zum Tragen kommen können.	Abs. 2: «Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und reversibel.»
Grüne Schweiz	Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz)			Die Grünen stimmen der Bestimmung zu, dass Rechnungskopien verpflichtend auch im "tiers payant"-System den Versicherten zugestellt werden müssen.	
Grüne Schweiz	Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15) und einheitliche ambulante Tarifstrukturen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz)			Die Grünen unterstützen das Ziel, dass der Bundesrat auch ambulante Pauschalen festlegen können soll. Damit wird der Druck auf die Tarifpartner erhöht, selber solche Pauschalen zu erarbeiten, wo diese aus medizinischer und aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife macht aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolgt und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen ist. In vielen Bereichen (z.B. Bereiche der Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) ist dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Für diese Bereiche sollen weiterhin kantonale Tarifstrukturen möglich sein.	Der Bestimmung ist diesbezüglich zu differenzieren.
Grüne Schweiz	Schaffung nationales Tarifbüro (M34) (Art. 47a)			Die Grünen begrüssen die Schaffung eines nationalen Tarifbüros. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone	- Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden.	<u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen</u> zuständig ist. » - Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1 Verbände</u> der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. » - Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. » - Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»
Grüne Schweiz	Tarifstruktur aktuell halten (M25) (Art. 47b)			Die Grünen sind mit der Datenlieferpflicht an den Bundesrat einverstanden. Aber auch die Lieferpflicht an die Kantone muss eine klare gesetzliche Grundlage im KVG erhalten. Gerade wenn es ein Ziel der Regelung ist, die Doppelspurigkeiten und Redundanzen zu vermeiden.	- Abs. 2: «Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat <u>und den Kantonen</u> diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise <u>sowie der Tarifstrukturen</u> notwendig sind. ...» - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die Spitäler haben der Organisation die

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. <u>Gegen Leistungserbringer, die gegen diese Pflicht verstossen, können der Bundesrat und die Kantone Sanktionen ergreifen. ...»</u>
Grüne Schweiz	Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c)			Die Grünen sind der Ansicht, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, das die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz muss aber in der Kompetenz der öffentlichen Hand - Bund und Kantone - bleiben. Darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung nicht ausreichend Rücksicht. So beinhaltet sie auch eine Steuerung von Leistungen durch die Tarifpartner, was je nach Interpretation (nur Mengen oder auch Inhalt der Leistungen) bestehende kantonale Kompetenzen tangieren kann (insbesondere Spitalplanung, Leistungsaufträge, Zulassung von Leistungserbringern). Sie führt ausserdem potenziell zu einer sehr hohen Anzahl von verschiedenen vertraglichen Vereinbarungen, was die Steuerbarkeit erschwert und die Umsetzbarkeit grundsätzlich in Frage stellt. Weiter ist nicht klar, in welchem Zusammenhang sie zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten steht, insbesondere zur Vorlage über die Zulassungssteuerung.	Die Bestimmung ist aus Sicht der Grünen unter Berücksichtigung folgender Eckwerte zu überarbeiten: - Die Verantwortung der öffentlichen Hand für die Versorgungsplanung wird nicht ausgehebelt, d.h. es gilt das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern vereinbarte Steuerung: Abs. 3 (neu 4): «... Diese Massnahmen müssen im Einklang stehen mit einer Planung und Steuerung durch die zuständigen Behörden und den dieser Planung zugrundeliegenden Planungsgrundlagen, insb. mit einer Spital- oder Pflegeheimplanung nach Art. 39 KVG, und sowohl eine drohende Unter- wie Überversorgung in sachgerechter Weise berücksichtigen.» - Es muss auch ein Mechanismus für Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. - Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten werden ausgemerzt.
Grüne Schweiz	Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 44 Abs. 1)			Die Grünen stimmen der Regelung zu	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	zweiter Satz)				
Grüne Schweiz	Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1bis)			Die Grünen lehnen das Beschwerderecht der Versichererverbände ab. Es führt zu Rechtsunsicherheit bezüglich de Spitalisten und untergräbt die Planungskompetenz der öffentlichen Hand.	Verzicht auf Neuregelung Art. 53 Abs. 1bis
Grüne Schweiz	Massnahmen in der Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung			Es ist hierbei zu gewährleisten, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Bereits heute gibt es Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten, z.B. Vorhalteleistungen, finanzieren (z.B. Kinderspitex).	

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



Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Assurance maladie et accidents
Division Prestations
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Berne

Envoi par courriel : abteilung-leistungen@bag.admin.ch et
gever@bag.admin.ch

Berne, le 3 janvier 2019

Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet Procédure de consultation

Monsieur le Président de la Confédération,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant l'avant-projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et de nous avoir transmis les documents y afférents.

Appréciation générale

Les modifications légales soumises à l'appréciation du Parti socialiste suisse (PS) font suite à la publication, en octobre 2017, d'un rapport d'un groupe d'expert-e-s. Ce rapport a émis une série de mesures envisageables pour maîtriser la hausse des coûts de la santé. Le PS s'engage depuis plusieurs années en faveur d'un système de santé qui soit accessible et de haute qualité pour toutes et tous, tant d'un point de vue des prestations que de leur financement. Or, la progression rapide des dépenses de la santé se répercutent directement sur les primes de l'assurance-maladie obligatoire. Ces dernières évoluent d'année en année de manière inquiétante et mettent à mal les principes fondamentaux seyant à la l'assurance obligatoire des soins (AOS). Depuis très récemment, le Conseil fédéral partage une partie de l'analyse faite par le PS pour ce qui est de l'évolution des coûts. Cela fait en effet quelques années que nous dénonçons l'augmentation du volume des prestations inutiles à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le PS tient à souligner ici que le système de santé suisse souffre foncièrement d'un financement antisocial. Dans le fond, un-e riche millionnaire paie la même prime pour son assurance-maladie qu'une personne avec un revenu modeste, et ce pour un accès – en théorie – aux mêmes prestations de soins. Le PS ne réfute ainsi aucunement l'importance d'exploiter les potentiels d'économies ; nonobstant, la discussion serait beaucoup moins aiguë et virulente si les coûts de la santé étaient financés d'une manière analogue à la plupart des pays euro-

**Parti socialiste
Suisse**

Theaterplatz 4
Case postale · 3011 Berne

Téléphone 031 329 69 69
Téléfax 031 329 69 70

info@pssuisse.ch
www.pssuisse.ch



péens. La charge pesée par les primes sur le revenu des ménages ne cesse de croître, si bien qu'elle atteint en moyenne aujourd'hui 14 % du revenu disponible. Le seuil critique est pour d'aucuns largement dépassé. Dans cette optique, le PS Suisse a décidé de lancer une initiative populaire fédérale pour limiter cette charge à 10 % du revenu disponible de manière à se rapprocher à nouveau de l'objectif social que le Conseil fédéral s'était fixé, soit 8 % du revenu imposable.

L'an dernier, le PS a réaffirmé dans un papier de position son engagement ferme en faveur d'un système de santé publique solide¹. Il a eu l'occasion d'y dénoncer l'économisation et la privatisation du secteur de la santé comme facteurs essentiellement responsables de la hausse des coûts et des primes. En guise de contre-mesure, le PS revendique la mise en place d'une gestion forte du système de santé par l'Etat afin de reprendre le dessus sur l'évolution des dépenses et de neutraliser les acteurs simplement mus par l'appât du gain. Il y aurait ainsi lieu de s'attaquer aux systèmes de rémunération des médecins qui sont basés sur la performance et le nombre de cas traités ou encore aux salaires excessifs. Il est regrettable qu'aucune mesure dans ce sens n'ait été reprise dans ce paquet. Par contre, le PS salue la volonté du Conseil fédéral de débloquer les discussions tarifaires ou encore de réformer le système de fixation du prix des médicaments afin de réaliser enfin les économies nécessaires.

Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02)

L'article proposé par le Conseil fédéral vise à autoriser des projets pilotes dérogeant à certaines dispositions de la loi. Le but consiste à mettre en œuvre des projets innovants contribuant à freiner la hausse des coûts. La base légale se doit d'être claire et rigoureuse puisqu'elle autorise des dérogations à des principes fondamentaux de la LAMal. Cet article est considéré comme l'une des deux mesures phares en sus de l'introduction de plafonds contraignants. Les projets pourront en principe être soumis par les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations ou les organisations de patient-e-s. Ils devront avoir un caractère innovant et ne pas présenter des mesures déjà en vigueur. Les acteurs concernés pourraient être tenus de participer à un projet pilote afin d'obtenir une masse critique suffisante pour l'évaluer.

Le projet soumis à consultation suggère une liste exhaustive des domaines dans lesquels l'on pourra mener des projets pilotes. Or, cette liste correspond largement au catalogue de vœux émis par les assureurs et leurs lobbyistes de droite au Parlement – on pensera notamment à la levée de l'obligation de contracter, la gestion des prestations par les caisses ou encore la levée du principe de territorialité. Ce sont des exigences que le PS combat fermement depuis des années et, par conséquent, nous ne sommes pas prêts à entrer en matière sur un dispositif doté de pareilles conditions cadres. Nous déplorons, par exemple, l'absence de domaines tels que le renforcement de la qualité, le système de financement, la rémunération des fournisseurs de prestations, la formation du personnel qualifié ou encore la numérisation. Au final, l'avant-projet s'avère dégrisant.

¹ Cf. Papier de position du PS Suisse, *Une concurrence qui coûte cher. Pour un système de santé publique solide*, papier approuvé par l'Assemblée des Délégué-e-s le 24 juin 2017 à Fribourg : https://www.sp-ps.ch/sites/default/files/documents/internetvorlage_gesundheitspapier_f_0.pdf



En outre, comme le décrit le rapport explicatif, la LAMal offre déjà une certaine marge de manœuvre aux cantons et assureurs pour prendre des mesures de maîtrise des coûts. Il y a lieu d'exploiter pleinement les possibilités existantes, en particulier pour ce qui est l'utilisation d'enveloppes budgétaires.

Contrôle des factures

Le Conseil fédéral souhaite renforcer le contrôle des factures pour exploiter tout le potentiel de maîtrise des coûts et prévenir la fourniture de prestations inutiles. Pour ce faire, la base légale doit être amendée et clarifiée afin que les patient-e-s reçoivent à l'avenir dans tous les cas une copie de la facture. Pour le Conseil fédéral, il s'agit de renforcer la conscience des coûts chez les assuré-e-s et de permettre aux patient-e-s de vérifier le traitement reçu. Dans le système du tiers payant, des sanctions pourront être ordonnées si le fournisseur de prestations omet de remettre à l'assuré-e une copie de la facture. Le PS souscrit à cette disposition, mais il insiste sur le fait que le détail des factures peut s'avérer complexe et peu intelligible. Le Conseil fédéral le reconnaît aussi dans son rapport explicatif. Aussi plaignons-nous fermement en faveur d'un renforcement des organisations représentant les intérêts des patient-e-s ou des consommateurs/trices. Il faudrait leur octroyer davantage de moyens financiers pour qu'elles puissent offrir des prestations de conseils de qualité.

En la matière, le PS déplore que le Conseil fédéral abandonne pour le moment la création d'un organe indépendant de contrôle des factures (M35).

L'intégration structurelle du médecin-conseil au sein de la hiérarchie d'une caisse-maladie n'est pas un gage d'indépendance suffisant. De fait, le médecin-conseil représente les intérêts des assureurs. Un organe indépendant présenterait en outre l'avantage d'assurer une égalité de traitement pour toutes les patientes et tous les patients dans la prise en charge des prestations de soins.

Créer une organisation tarifaire nationale (M34)

Pour enfin débloquent les négociations sur la révision de la structure tarifaire TARMED, le Conseil fédéral entend créer une organisation tarifaire nationale chargée d'élaborer, de développer, d'adapter et de mettre à jour les structures des tarifs à la prestation ainsi que celles des forfaits par patient-e liés aux traitements ambulatoires. Cette organisation réunirait toutes les fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs. Elle serait le pendant de SwissDRG SA dans le domaine hospitalier. Le Conseil fédéral explique que son but consiste à garantir que les intérêts des assuré-e-s et ceux des fournisseurs de prestations soient défendus dans une mesure égale au sein de l'organisation. Or, nous nous étonnons du fait que ni les patient-e-s, ni les fédérations des consommateurs/trices n'y soient représenté-e-s. Aux yeux du PS, il faut que cette organisation garantisse une transparence du travail effectué, transparence qui est lacunaire chez SwissDRG SA.

Désormais, et contrairement au droit en vigueur, la livraison des données sera clairement réglée. Ainsi, les fournisseurs de prestations seront tenus de livrer les données requises relatives, par exemple, aux coûts et aux prestations. Les partenaires tarifaires resteront compétents pour conclure la convention relative à la structure tarifaire élaborée ou adaptée par l'organisation et pour la soumettre au Conseil fédéral pour approbation.

Selon le projet soumis à l'appréciation du PS, le Conseil fédéral obtiendrait des compétences subsidiaires pour fixer les structures tarifaires. Nous pensons qu'il



s'agit d'un pas nécessaire afin de prévenir les blocages. En effet, le gouvernement dispose actuelle de compétences d'adaptation, mais nous constatons que cela n'a pas exercé la pression souhaitée pour faire avancer la révision de TARMED.

Maintenir la structure tarifaire à jour (M25)

Dans le cadre de cette révision, le Conseil fédéral veut limiter à une quantité raisonnable l'augmentation du volume des prestations médicales dans le domaine ambulatoire. Pour ce faire, les fournisseurs de prestations, les assureurs et l'organisation tarifaire nationale auront l'obligation de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix. Le PS soutient vivement ces dispositions, qui permettront au Conseil fédéral d'endosser son rôle en matière de surveillance et de contrôle de l'évolution des coûts et de jouir pleinement de ses compétences subsidiaires dans le domaine des tarifs. Il convient en particulier de combler les lacunes du droit en vigueur, puisque le gouvernement ne peut s'appuyer actuellement sur quelconque base légale spécifique l'autorisant à exiger les données nécessaires à l'adaptation d'une structure tarifaire.

Mesures visant à piloter les coûts

Selon le projet du Conseil fédéral, les partenaires tarifaires seront désormais tenus de prévoir des mesures de pilotage des coûts. Cela pourra se faire au travers des conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse ou au travers d'une convention séparée. Le Conseil fédéral approuvera les conventions, ce qui lui permettra de vérifier le respect de ces nouvelles obligations légales. En cas de mésentente entre les partenaires tarifaires, le Conseil fédéral sera subsidiairement habilité à fixer les mesures requises pour piloter les coûts. Les mesures devront régler, par branche de fournisseurs de prestations, la surveillance de l'évolution des quantités et celle de l'évolution des coûts. Si des augmentations injustifiées sont constatées, des règles de correction seront appliquées. Celles-ci seront en principe fixées par les partenaires tarifaires eux-mêmes. Selon le rapport explicatif, les mesures consisteraient en principe à adapter les tarifs, et non pas à limiter le volume des prestations. Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences prévues par la loi ou les accords contractuels portant sur les mesures de pilotage des coûts pourront faire l'objet de sanctions. Le PS accueille favorablement cette mesure.

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire (M15)

La possibilité de convenir de forfaits dans le domaine ambulatoire est aujourd'hui déjà donnée. Certes les forfaits présentent l'avantage d'accroître la transparence sur la quantité de prestations fournies et sont susceptibles de réduire la complexité des facturations. Certes, ils peuvent aussi encourager l'utilisation des ressources de manière optimale, mais les expériences du domaine stationnaire attestent également d'une tendance à la chasse aux cas lucratifs et aux forfaits les plus rémunérateurs. Les forfaits recèlent par ailleurs le danger d'inciter à augmenter le nombre de prestations fournies et à péjorer la qualité des prestations. Sous cette optique, le PS se montre plutôt sceptique à l'égard de la plus-value de la mesure. Les forfaits pourraient être envisageables s'ils favorisaient non seulement la qualité des prestations, mais également la coordination des soins.



Système de prix de référence pour les médicaments (M22)

En préambule, le PS tient à rappeler que les médicaments sont l'un des rares domaines du système de santé suisse où l'Etat a quelques instruments en main pour agir au niveau des coûts. Et cela a résulté dans des économies considérables ces dernières années. C'est pourquoi le PS considère qu'une ferme régulation du prix des médicaments est indispensable pour éviter une explosion des coûts dans ce domaine. Malgré tout, le fait que les médicaments vendus en Suisse sont toujours et encore beaucoup trop chers est un secret de Polichinelle. Actuellement, les médicaments représentent plus de 20% des coûts de l'AOS et renferment un fort potentiel d'économies compte tenu des bénéfices exorbitants réalisés par l'industrie. Cela doit notamment passer par la remise de davantage de génériques. Or en la matière, il existe également deux problèmes principaux :

1. leur coût excessif en comparaison internationale puisque, selon l'étude de la Surveillance des prix publiée l'an dernier, les génériques sont vendus en Suisse près de 2,5 fois plus cher qu'à l'étranger² ;
2. leur utilisation beaucoup trop peu répandue en Suisse car la part des médicaments génériques par rapport au total des médicaments délivrés en Suisse se situait à 27% en 2015, ce qui est nettement moins élevé qu'au Danemark (60,8%), aux Pays-Bas (72,4 %) ou encore en Allemagne (81,4%)³.

Pour inciter à remettre des médicaments moins chers aux patient-e-s – notamment de génériques –, le Conseil fédéral propose de mettre en place un système de prix de référence. Selon son fonctionnement, un prix est fixé pour une substance active ou une composition de substances actives données. Le prix de référence est le prix maximal remboursé par l'AOS. Cela n'empêchera pas les titulaires d'autorisation de fixer un prix public supérieur au prix de référence. Le reste du montant serait ainsi à la charge des patient-e-s. Pour limiter cette éventuelle charge supplémentaire, l'OFSP fixera également un prix maximal. Aux yeux du PS, il est primordial que les thérapies en cours ne soient pas affectées à l'encontre des vœux des patient-e-s, notamment de celles et ceux atteint-e-s d'une maladie chronique.

En matière de sécurité d'approvisionnement, il existe un problème plus global qui n'est pas uniquement lié au système de fixation des prix. Il est une concentration progressive de la production de certains médicaments dans des pays tels que la Chine ou l'Inde et au sein de quelques entreprises. De plus, la petitesse du marché suisse a pour conséquence que ce dernier n'est pas d'une importance cruciale pour l'industrie. Pour le PS, il y a lieu d'étudier la manière dont cette problématique pourrait être désamorcée, notamment au travers d'un renforcement des pharmacies publiques ou de la pharmacie de l'armée.

En ce qui concerne la fixation du prix de référence, le Conseil fédéral soumet deux variantes à l'appréciation du PS.

² Cf. Surveillance des prix, *Auslandpreisvergleich von Generika und parentabgelaufenen Originalmedikamenten: Weiterhin stark überhöhte Schweizer Preise*, Berne, novembre 2017.

³ Cf. Surveillance des prix, *Réglementation du prix des médicaments : Systèmes de prix de référence en Europe et recommandation pour la mise en place d'un système de ce type en Suisse*, Berne, mai 2018.



Variante 1 : modèle avec réduction de prix

Suivant cette variante, un prix de référence sera fixé lorsque trois médicaments ayant la même composition de substances actives (niveau ATC-5) sont inscrits dans la liste des spécialités. Ledit prix correspondra au niveau de prix calculé sur la base de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. Le prix de référence et le prix maximal auront la même valeur. Pour les génériques, une réduction fixe allant de 10 à 30 % sera opérée sur le prix de référence lorsqu'il existe au moins quatre médicaments possédant la même composition de substances actives. En conditionnant l'application du système du prix de référence à la présence d'un nombre minimum de médicaments ou de génériques sur le marché, le Conseil fédéral indique ne pas vouloir menacer la sécurité de l'approvisionnement.

Les prix de référence et les prix maximaux seront réexaminés régulièrement. Le Conseil fédéral évoque la possibilité de procéder à cet examen annuellement. Pour le PS, il s'agit d'une absolue nécessité, car le réexamen triennal en vigueur actuellement est source d'une forte insatisfaction. Il est prévu que les prix soient en principe adaptés uniquement à la baisse – sauf pour des raisons de sécurité de l'approvisionnement. Le PS souscrit à cette réglementation tout en espérant que le Conseil fédéral ne se pliera pas trop facilement face aux probables menaces de l'industrie pharmaceutique.

Variante 2 : modèle avec communication des prix

Dans ce modèle, l'OFSP fixe un prix de référence sur la base du tiers en moyenne le plus avantageux des médicaments inscrits sur la liste, plus une part relative à la distribution. Il faut qu'au moins trois médicaments ayant la même composition de substances actives soient inscrits sur la liste des spécialités. Le prix maximal est fixé sur la base de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger. Par la suite, les titulaires d'autorisations doivent annoncer régulièrement leurs prix à l'OFSP pour l'adaptation dudit prix de référence. Par ailleurs, les assureurs pourront convenir avec les titulaires d'autorisations, par exemple, qu'ils ne prendront en charge que certains médicaments du domaine du système de prix de référence. Le PS rejette cette possibilité, car elle complexifie davantage le paysage des caisses-maladie et l'approvisionnement en médicaments. En cas de mise en œuvre de cette disposition, il serait indispensable que le Conseil fédéral usât de sa compétence pour publier la liste des médicaments pris en charge par les assureurs de manière centralisée.

Concernant les variantes proposées, le PS apporte sa préférence à la variante 2, qui présente vraisemblablement le plus fort potentiel d'économies. En revanche, il est primordial que les patient-e-s nécessitant un médicament bien précis pour des raisons médicales ne se voient pas confronté-e-s à une charge supplémentaire en raison d'un prix de référence trop bas. C'est pourquoi, l'AOS devrait prendre en charge l'entier du prix maximal en présence d'une indication médicale.

Le potentiel d'économies est particulièrement fort dans le domaine des génériques. La variante 1 est clairement insuffisante eu égard à leur cherté en Suisse par rapport aux pays alentour. Le PS s'étonne du fait que le Conseil fédéral n'ait pas étudié le modèle de la Surveillance des prix, qui a proposé un concept de



mise en œuvre complet en mai de cette année⁴. Monsieur Prix proposait de classer les médicaments avec le même principe actif ou la même combinaison de principes actifs (niveau ATC-5) dans une même catégorie. A moyen terme, les principes actifs similaires (niveau ATC-4) seraient également considérés. Le prix de référence correspondrait au prix des médicaments ou des génériques les moins chers et une marge de tolérance de 5 % ou à concurrence de 5 francs pourrait être appliquée. Les prix de référence seraient réévalués tous les six mois.

Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions cantonales concernant les listes des hôpitaux et des EMS

Le PS est résolument opposé à l'octroi d'un droit de recours aux caisses-maladie contre les décisions des cantons portant sur les listes des hôpitaux et des EMS. Nous estimons que l'arrêt C-623-2009 du Tribunal administratif fédéral (TAF) est toujours valable. En effet, les assureurs ne subissent aucun préjudice immédiat et n'ont donc aucun intérêt digne de protection quelle que soit la décision du canton. Le PS juge que les assureurs n'ont pas la légitimité démocratique nécessaire pour obtenir un tel droit. Nous estimons que les compétences de gestion de l'approvisionnement doivent au mieux possible reposer entre les mains de l'Etat et qu'un droit de recours accordé aux assureurs affaiblirait considérablement le pouvoir des cantons et retarderait inutilement les procédures d'établissement desdites listes.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de la Confédération, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.

Parti socialiste
suisse

Christian Levrat
Président

Jacques Tissot
Secrétaire politique

⁴ Cf. Surveillance des prix, *Réglementation du prix des médicaments : Systèmes de prix de référence en Europe et recommandation pour la mise en place d'un système de ce type en Suisse*, Berne, mai 2018.

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Einladung, zur Vernehmlassung Stellung zu nehmen.

Die SVP Schweiz kann dem Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung in Teilen und mit konkreten Anpassungsvorschlägen zustimmen. Der Handlungsbedarf verpflichtet alle Player im Gesundheitswesen dazu, ihre Beiträge zur Kostendämpfung zu leisten. Das darf aber kein Anlass zu Aktionismus sein, der die allgemein anerkannten Ziele verfehlt oder sogar kontraproduktive Wirkungen im System auslöst. Dem Setzen guter Anreize ist im überarbeiteten Paket der Vorzug vor noch mehr Regulierung zu geben.

Zu den acht vorgeschlagenen Gesetzanpassungen und ihren entsprechenden Massnahmen aus dem Expertenbericht bezieht die SVP folgende Position:

1 / M02 (Experimentierartikel) – Die Einführung eines Experimentierartikels ist begrüssenswert. Im kleinen Massstab erprobte, neue Lösungsansätze geben der Politik wertvolle Erfahrungswerte. Vor allem können die im komplexen Gesundheitswesen im vornherein oft nicht absehbaren Folgen einer Massnahme im überschaubaren, reversiblen Rahmen sichtbar gemacht werden. Streichbar, weil kontraproduktiv, ist Absatz 4 (Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an Pilotprojekten) in Artikel 59b.

2 / M09+M35 – Die eigentlich schon heute vorgeschriebene Rechnungskopie an die Versicherten soll mittels Sanktionsmöglichkeiten endlich durchgesetzt werden können. Bedauerlich ist nur, dass das unkooperative Verhalten einiger Leistungserbringer hier zusätzlichen Regelungsbedarf notwendig gemacht hat. Über das Ziel hinaus schießt die Idee, eine zentrale Rechnungskontrollbehörde zu schaffen.

3 / M34 – Der Schaffung einer nationalen Tariforganisation steht die SVP ablehnend gegenüber. Wenn, dann kann im ambulanten Bereich auf national einheitliche Pauschalen verzichtet werden. Wichtig ist, dass die wesentlichen

Tarifpartner paritätisch Einsitz haben. Die Aufgabenteilung zwischen einem Tarifbüro und den Tarifpartnern muss zweckdienlich sein.

4 / M25 – Der notwendige Datenfluss ist notwendig, damit ein Tarifbüro, sollte es geschaffen werden, die Tarifstruktur aktuell halten kann. Die Tarifpartner müssen aber ihre Autonomie wahren.

5 – Bei Massnahmen zur Steuerung der Kosten wären neben den Tarifpartnern auch Bund und Kantone gefordert. Wie umsetzbar der vorgeschlagene Artikel 47c E-KVG in der Praxis ist, muss zuerst noch ausgewiesen werden.

6 / M15 – Im ambulanten Bereich können Pauschalen Fehlanreize reduzieren. Anstelle einer schweizweit einheitlichen Definition sollen Pauschalen aber von den Tarifpartnern bilateral vereinbart werden können, basierend auf einer schweizweit genehmigten Tarifstruktur.

7 / M22 – Ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln würde, wenn richtig ausgestaltet, zu gewichtigen Kostensenkungen beitragen. Die beiden vorgeschlagenen Varianten sind aber nicht zielführend und werden von der SVP deshalb abgelehnt. Dem Parlament sind die vorhandenen Alternativvorschläge für ein Referenzpreissystem zu unterbreiten, das insbesondere die Leistungserbringer endlich vom Fehlanreiz befreit, teurere Medikamente abzugeben. Vergleichen Sie hierzu auch unsere Vernehmlassungsantwort zur Anpassung des Vertriebsanteils nach Artikel 38 KLV.

8 – Die SVP begrüsst ein Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Kantonsbeschlüsse nach Artikel 39 KVG, weil es zu mehr checks and balances im Gesundheitswesen beiträgt.

Es gibt weitere Kostendämpfungsmöglichkeiten, die diesem Paket, oder spätestens dem Folgepaket beigegeben werden sollten. Der Fokus kann nicht allein auf die Kosten im Bereich OKP eingeschränkt bleiben. Vor allem der Diskussion um die Mehrfachrolle der Kantone im Gesundheitswesen darf nicht länger ausgewichen werden. Auch die Digitalisierung birgt Einsparpotential (hier beispielsweise bei der Rechnungskopie). Neben einem zielführenden Referenzpreissystem sind auch die übrigen im Expertenbericht angedachten Kostendämpfungsmassnahmen bei den patentgeschützten Medikamenten in die Massnahmenpakete aufzunehmen.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident



Albert Rösti
Nationalrat

Der Generalsekretär



Emanuel Waeber

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete

Abkürzung der Firma / Organisation : SAB

Adresse : Seilerstrasse 4, 3003 Bern

Kontaktperson : Thomas Egger

Telefon : 031 382 10 10

E-Mail : info@sab.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Vor dem Hintergrund der jährlich stark steigenden Gesundheitskosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) begrüsst die SAB im Grundsatz die Stossrichtung des vorliegenden Massnahmenpakets. Sie erachtet insbesondere die Einführung des sogenannten Experimentierartikels als zweckmässig. Dieser gibt den Kantonen, Leistungsträgern und Versicherern die Möglichkeit, ausserhalb des KVG mit der notwendigen Flexibilität neue Strategien zur Senkung der Gesundheitskosten zu entwickeln und entsprechende Modelle umzusetzen. Die SAB unterstützt zudem die Einführung eines Referenzpreises für Medikamente, die zu einer Stabilisierung der in den letzten Jahren überdurchschnittlich gestiegenen Kosten in diesem Bereich beitragen kann. Die SAB teilt die Auffassung des Bundesrates, wonach zusätzliche Massnahmen im Bereich der Rechnungskontrolle ein hohes Kostendämpfungspotenzial aufweisen. Sie unterstützt deswegen den Grundsatz der zwingenden Rechnungskopie des Leistungserbringers an die versicherten Personen. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass die Massnahme die erwartete Wirkung nur entfalten kann, wenn die Leistungen für die Versicherten verständlich und nachvollziehbar ausgewiesen werden. Wegen der Komplexität der Tarifpositionen des Tarmed ist dies derzeit allerdings höchst fraglich. Die SAB beantragt deswegen, im Rahmen der laufenden Revision eine Vereinfachung des Tarmed-Systems anzustreben. Dies würde nicht nur die Wirksamkeit der Rechnungskontrolle durch die versicherten Personen gewährleisten, sondern auch den heute unverhältnismässig hohen administrativen Aufwand der Leistungserbringer reduzieren. Damit könnte eine effektive Kostenreduktion erreicht werden. Zudem bedauert die SAB, dass die vorgelegte Revision des KVG nicht genutzt wurde, um Lösungsvorschläge für weitere grundlegende Herausforderungen im gesundheitspolitischen Bereich zu entwickeln. Von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang sind die zunehmenden regionalen Ungleichheiten in der medizinischen Grundversorgung infolge der Ausdünnung des medizinischen Angebots in den Berggebieten und ländlichen Räumen. Die SAB erachtet das Weiterbestehen einer dezentralen, auf allgemeinmedizinischen Dienstleistungen aufbauenden Gesundheitsversorgung in den ländlichen Regionen ebenfalls als Teil einer kostenorientierten Gesundheitspolitik, da Hausarztpraxen die Nachfrage nach spezialisierter Medizin erwiesenermassen reduzieren und damit die Kosten senken. Ausgehend von dieser Bewertung der Vorlage ergeben sich folgende konkrete Forderungen: 1. Vereinfachung des Tarmed-Systems parallel zur Einführung der Massnahmen zur Rechnungsprüfung 2. Gesetzliche Verankerung eines tarifären Anreizsystems zur Förderung der medizinischen Grundversorgung namentlich in den Berggebieten und ländlichen Räumen sowie der integrierten Versorgung und Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern (Ergänzung Art. 43 KVG gemäss Formulierungsvorschlag auf S. 8 des Fragebogens)

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42			<i>Rechnungskontrolle:</i> Die SAB begrüsst einen stärkeren Einbezug der versicherten Personen in die Rechnungskontrolle. Allerdings weist sie darauf hin, dass die Verständlichkeit der Rechnungen eine Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit der vorgesehenen Massnahme ist. Die aktuell geltenden Tarifstrukturen sind äusserst komplex und aus diesem Grund von den Versicherten kaum überprüfbar. Die SAB fordert deswegen eine grundlegende Vereinfachung des Tarmed parallel zur Umsetzung des vorliegenden Massnahmepakets. Dadurch würde sich auch der administrative Aufwand für die Leistungserbringer verringern, was weitere Kosteneinsparungen nach sich zöge.	
	43			<i>Förderung von Pauschaltarifen im ambulanten Bereich:</i> Die SAB begrüsst die Förderung von Pauschaltarifen im ambulanten Bereich auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Basis als Massnahme zur Kostendämpfung.	
	47		a	<i>Schaffung eines nationalen Tarifbüros:</i> Die SAB unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für den ambulanten Bereich nach dem Vorbild des stationären Bereichs. Die vorgesehenen subsidiären Kompetenzen des Bundesrates für den Fall, dass es den Verbänden der Leistungserbringer und Versicherer nicht gelingt, eine solche Organisation einzurichten, sind angemessen.	
	47		b	<i>Aktualität der Tarifstruktur:</i> Die SAB unterstützt die Einführung einer Pflicht der Leistungserbringer und Versicherer, dem Bundes-	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				rat diejenigen Daten zur Verfügung zu stellen, die für die Festsetzung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind.	
	47		c	<i>Massnahmen zur Steuerung der Kosten:</i> Die SAB begrüsst die Verpflichtung der Tarifpartner, in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen zur Kostensteuerung zu vereinbaren sowie die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates in diesem Bereich. Sie regt an, neben der Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen und der abgerechneten Kosten auch verbindliche Ziele in Bezug auf die Kostenentwicklung vorzusehen. Eine solche Vorgabe stellt eine sinnvolle Ergänzung des Monitorings dar und erhöht die Wirksamkeit der Massnahme.	
	52			<i>Einführung eines Referenzpreises für Medikamente:</i> Die SAB begrüsst die Einführung eines Referenzpreises für Medikamente, deren Patente abgelaufen sind, analog zu den Modellen in anderen Ländern. Das Referenzpreissystem schafft einen Anreiz, bei wirkungsgleichen Medikamenten das kostengünstigste Produkt zu wählen. Angesichts des starken Kostenwachstums in diesem Bereich erachtet sie die Massnahme als besonders dringlich. Die SAB nimmt Kenntnis von den zwei Varianten, die der Bundesrat für die Festlegung des Referenzpreises zur Diskussion stellt (Modell mit Preisabschlag und Modell mit Meldesystem). Sie beantragt, bei der Wahl des Modells die Kriterien der realisierten Einsparungen und der Versorgungssicherheit prioritär zu berücksichtigen.	
	53			<i>Einführung eines Beschwerderechts gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen:</i> Die SAB begrüsst, dass Leistungserbringer und Versicherer mit der Einführung des Beschwerderechts für Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen im Bereich der	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Spital- und Pflegeheimlisten wieder gleichgestellt werden.	
	59			<i>Experimentierartikel:</i> Die SAB unterstützt die Einführung des sogenannten «Experimentierartikels», der es den Kantonen und Tarifpartnern erlaubt, Pilotprojekte zu lancieren und neue Versorgungsmodelle aufzubauen. Die vorgesehene Flexibilität erlaubt es, innovative Modelle umzusetzen, die potenziell hohe Kosteneinsparungen erlauben. Zudem stärkt die Massnahme die Rolle der Kantone in der Planung und Umsetzung der medizinischen Grundversorgung auf ihrem Gebiet. Diesbezüglich ist insbesondere das in Art. 59 Abs. 1 Bst. e formulierte Ziel der Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung wichtig. Vorbehalte äussert die SAB in Bezug auf die in Art. 59 Abs. 1 Bst. b erwähnte Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Sie ist der Auffassung, dass das heute geltende Territorialprinzip grundsätzlich weiterhin Bestand haben sollte. Der «Experimentierartikel» kann aus Sicht der SAB die erwünschte Wirkung nur erzielen, wenn die Akteure, d.h. die Kantone und die Tarifpartner, über die Gewähr verfügen, dass erfolgreiche Pilotprojekte auch nach Ablauf des ursprünglich vom Bundesrat bewilligten Zeitrahmens fortgesetzt werden können. Eine solche Sicherheit besteht aufgrund der Formulierung in Art. 59 Abs. 6 nur in beschränktem Mass, da die Weiterführung von der Bewilligung einer neuen gesetzlichen Grundlage durch die Bundesversammlung abhängig gemacht wird. Die SAB regt an, für den Fall einer positiven Evaluation eine weitergehende Verlängerung der Verordnung vorzusehen, die die Rechte und Pflichten der Teilnehmer des Pilotprojekts und die Abweichungen vom Gesetz regelt.	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SAB	43	In den Berggebieten und ländlichen Räumen besteht grosser Handlungsbedarf, um die medizinische Grundversorgung auch in Zukunft in einem ausreichenden Mass zu gewährleisten. Die flächendeckende Verfügbarkeit allgemeinmedizinischer Dienstleistungen ist nicht nur unter dem Blickwinkel der medizinischen Grundversorgung, sondern auch im Hinblick auf die Kostendämpfung im Gesundheitssystem von Bedeutung. Hausarztpraxen reduzieren die Nachfrage nach spezialisierter Medizin und tragen damit zur Kostensenkung bei. Die SAB fordert deswegen, dass im vorliegenden Reformpaket die nötigen Anreize geschaffen werden, um die allgemeinmedizinische Versorgung zu stärken und regionale Ungleichheiten in der Versorgungsqualität zu verringern. In den letzten Jahren haben zahlreiche Gemeinde und Kantone innovative Modelle und Lösungsansätze erarbeitet, um die Versorgungsqualität in peripheren Gebieten sicherzustellen. Dazu gehören unter anderem Gemeinschaftspraxen, Praxis-Assistenzprogramme, eine engere Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Spitälern sowie finanzielle Anreize. Um die Effizienz dieser Massnahmen zu stärken, sind neben den Initiativen in den Regionen wirksame Anpassungen auf der Ebene des Gesamtsystems zwingend notwendig. Dies betrifft namentlich die Tarifsetzung. Der Tarmed weist derzeit grosse regionale Unterschiede auf, insbesondere zwischen den Städten und den ländlichen Gebieten. Für Allgemeinpraktiker ist es finanziell generell weniger attraktiv, sich in einer ländlichen Region oder in den Berggebieten niederzulassen. Die tieferen Löhne in diesen Regionen verstärken die Abwanderung in attraktivere Gebiete und verschärfen die Nachwuchsproblematik.	Art. 43 Abs. 2 – Ergänzung: <i>Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung; er kann namentlich:</i> a. <i>auf den benötigten Zeitaufwand abstellen (Zeittarif);</i> b. <i>für die einzelnen Leistungen Taxpunkte festlegen und den Taxpunktwert bestimmen (Einzelleistungstarif);</i> c. <i>pauschale Vergütungen vorsehen (Pauschaltarif);</i> d. <i>zur Sicherung der Qualität die Vergütung bestimmter Leistungen ausnahmsweise von Bedingungen abhängig machen, welche über die Voraussetzungen nach den Artikeln 36-40 hinausgehen, wie namentlich vom Vorliegen der notwendigen Infrastruktur und der notwendigen Aus-, Weiter- oder Fortbildung eines Leistungserbringers (Tarifausschluss);</i> e. <u>Anreize zur Gewährleistung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung sowie zur Förderung der integrierten Versorgung und Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern festlegen.</u> Art. 43 Abs. 6 – Ergänzung: <i>Die Vertragspartner und die zuständigen Behörden achten darauf, dass eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird. <u>Sie berücksichtigen dabei den Grundsatz der flächendeckenden medizinischen Grundversor-</u></i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Die SAB fordert daher im Rahmen der laufenden Revision die gesetzliche Verankerung eines Anreizsystems mit folgender Stossrichtung: 1. Förderung der allgemeinmedizinischen Grundversorgung, namentlich in den Berggebieten und ländlichen Räumen 2. Finanzielle Anreize zur integrierten Versorgung und Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern	<u>gung und schaffen in der Tarifsetzung ein entsprechendes Anreizsystem.</u>
--	--	---	--



Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 13. Dezember 2018

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.
Stellungnahme des Schweizerischen Gemeindeverbandes**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September haben Sie dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) das oben erwähnte Geschäft zur Stellungnahme unterbreitet. Für die Gelegenheit, uns aus Sicht der Gemeinden äussern zu können, danken wir Ihnen.

I. Einleitende Bemerkungen

Am 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat auf Basis eines Expertenberichts ein Programm zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen mit dem Ziel, die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zu entlasten. Der entsprechende Expertenbericht schlägt im Interesse der Steuer- und Prämienzahler zahlreiche Massnahmen vor, um das vorhandene Effizienzpotenzial auszuschöpfen und das Kostenwachstum zu bremsen. Geplant sind längerfristige Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken pro Jahr zugunsten der OKP. Das EDI wurde beauftragt, die Massnahmen zur Kostendämpfung in Form von zwei Paketen und in zwei Etappen bis Herbst 2018 bzw. Ende 2019 zu prüfen und umzusetzen. Der Schweizerische Gemeindeverband (SGV) fokussiert in seiner Stellungnahme auf Massnahmen mit direktem oder indirektem Bezug auf die Gemeinden.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Massnahmen

- M02 Experimentierartikel

Mit der Einführung eines Experimentierartikels sollen innovative und kostendämpfende Pilotprojekte ausserhalb des „normalen“ KVG-Rahmens ermöglicht werden. Der SGV begrüsst diese Massnahme grundsätzlich. Angesichts der Bedeutung von integrierten Versorgungsmodellen und der Bestrebungen der Gemeinden, gemeinsam mit den Kantonen und Leistungserbringern regionale Verbundlösungen zu schaffen, sollten Pilotprojekte auch von mehreren Gemeinden eingereicht werden können. Mit regionalen Versorgungskonzepten, welche die ambulanten und stationären Leistungen optimal aufeinander abstimmen, werden die Qualität des Behandlungs- und Betreuungspfades verbessert, Kommunikationswege vereinfacht und Synergien genutzt. Mit der Förderung von integrierten Versorgungsmodellen tragen Gemeinden zusammen mit den anderen Akteuren aktiv zur Kostendämpfung bei. Aus Sicht des SGV sollten deshalb auch Initiativen und Pilotprojekte der integrierten Versorgung ermöglicht werden, wobei es eine klare Regelung der Kostenübernahme der einzelnen Projekte braucht. Auch eine Anschubfinanzierung sollte vorgesehen oder zumindest ermöglicht werden. Ausserdem sind zusätzlich Anreize zur Unterstützung der Bestrebungen zu schaffen. Nur so werden die heute schon vorhandenen guten Ansätze und Beispiele integrierter

Versorgungsmodelle Breitenwirkung erzielen. Die Stärkung der koordinierten Versorgung ist unbedingt als Massnahme zur Kostendämpfung in das Paket 1 aufzunehmen.

- M09 Rechnungskontrolle stärken

Es ist zielführend, Kontrollsysteme und -instrumente laufend zu verbessern, um eine Rechnungskontrolle noch effektiver zu machen. Der SGV unterstützt diese Absicht. Der Bericht hält fest, dass eine bessere Rechnungskontrolle in erster Linie Sache der Krankenversicherer ist, da sie für die Rechnungsprüfung und Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zuständig sind. Aber auch die Kantone haben im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion bei Spitälern und Pflegeinstitutionen eine Rolle in der Rechnungskontrolle. Entscheidend wäre, dass auch die Gemeinden und Städte die Möglichkeit zur Rechnungskontrolle erhalten. Schliesslich sollten sich Kontrollsysteme nicht nur auf den finanziellen Teil beschränken, sondern auch die Qualität der Dienstleistungen berücksichtigen.

- M36 Governance-Konflikt der Kantone reduzieren/Beschwerderecht für Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler und Pflegeheime

Die Kantone sind für die Gesundheitsversorgung und Planung der Spitäler und Heime auf ihrem Gebiet zuständig. Aber auch die Gemeinden sind in der Alters- und Pflegepolitik zentrale Akteure. So gibt es etwa zahlreiche gemeindeeigene Pflegeheime. Seit einigen Jahren nehmen Gemeinden und Städte zudem eine deutlich aktivere Rolle in der integrierten Versorgung ein und engagieren und organisieren sich zunehmend in Versorgungsräumen. Die Bedarfsplanung von ambulanten und stationären Pflegestrukturen ist deshalb in den Kantonen unbedingt mit den Gemeinden zu koordinieren und ihnen mehr Mitsprache bzw. ein Vetorecht einzuräumen. Den Krankenversicherern ein Beschwerderecht zur Planung von Spitälern und Heimen zu gewähren lehnt der SGV ab, weil dies die Bemühungen der Kantone und Gemeinden, die Entwicklung von integrierten Angeboten voranzutreiben, gefährden kann.

Als weitere, im vorliegenden Paket 1 nicht vorgesehene Massnahme, ist die Palliative Care aufzunehmen. Die Nationale Strategie Palliative Care zeigt deutlich auf, dass die Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen mit Palliative Care gedämpft werden können. Dank einer guten Palliative Care-Versorgung können Hospitalisierungen und teure, belastende Behandlungen vermieden werden. Voraussetzung dafür ist aber zwingend eine Anpassung der Finanzierung der Pflegeleistungen, die dem höheren Zeitbedarf für Palliative Care in der ambulanten und stationären Pflege Rechnung trägt. Mit der Nationalen Strategie wurden wichtige Grundlagen geschaffen, die auch in den Kantonen zu entsprechenden Bestrebungen geführt haben. Die Palliative Care-Versorgung muss deshalb zwingend in die gesetzlichen Grundlagen (KVG und KLV) miteinbezogen werden.

Für die Berücksichtigung unserer Ausführungen und Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gemeindeverband

Präsident

Direktor



Hannes Germann
Ständerat

Christoph Niederberger



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Per Mail:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1, Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur oben genannten Vorlage Stellung nehmen zu können.

Da in den Städten Zürich und Basel eine spezifische Betroffenheit besteht, übermitteln wir Ihnen direkt die jeweiligen Stellungnahmen und bitten Sie, die vorgebrachten Anliegen zu berücksichtigen.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Städteverband
Präsident

Kurt Fluri, Nationalrat
Stadtpräsident Solothurn

Direktorin

Renate Amstutz

Kopie Schweizerischer Gemeindeverband



Schweizerischer Städteverband
Monbijoustrasse 8
Postfach
3001 Bern

Zürich, 3. Dezember 2018 / DW-JH

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.

Grundsätzlich entspricht die Haltung der Stadtspitäler und des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich zur Teilrevision des KVG derjenigen des Verbandes H+ Die Spitäler der Schweiz. Auch die Stadtspitäler sehen das KVG als revisionsbedürftig an. Die bestehenden ambulanten Tarifstrukturen, insbesondere der TARMED Katalog, bedürfen einer Revision. Gerade bei komplexeren Krankheitsbildern können die bestehenden ambulanten Strukturen leicht zu einer Unterfinanzierung führen. Wir setzen uns für die nachfolgenden Grundsätze ein und vertreten folgende Positionen zu den einzelnen Massnahmen:

1. Position zu Experimentierartikel (Art. 59c)
Wir unterstützen die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, die von gewissen gesetzlichen Bestimmungen abweichen. Die Pilotprojekte sollten sich jedoch nicht nur auf Kostensparmassnahmen beschränken, sondern generell ergänzt und ausgeweitet werden auf medizinisch sinnvolle Behandlungsansätze.
2. Position zu Rechnungskopie für Versicherte (Art. 42 Abs. 3)
Wir bezweifeln den Kostenspareffekt durch den Versand aller Rechnungen auf Papier an alle Patientinnen und Patienten und die damit verbundene bessere Rechnungskontrolle seitens der Patientinnen und Patienten. Im Gegenteil: Der Versand von 130 Millionen Papier-Rechnungen per Post würde zu einem Kosten- und Prämienschub führen, da auf Seite der Spitäler und Kliniken höhere Kosten entstehen würden. Wir unterstützen den Ansatz, dass Tarifpartner und Behörden Standards für einen elektronischen Versand oder eine elektronische



2/3

Ablage entwickeln, um einen aufwändigen und ökologisch unsinnigen Papierversand zu vermeiden.

3. Position zur nationalen Tariforganisation (KVG Art. 47 a)

Wir unterstützen die gesetzliche Verankerung einer nationalen Tariforganisation für die Erarbeitung von Abgeltungsstrukturen für ambulante Leistungen. Diese soll sich prioritär um die Revision des veralteten TARMED-Tarifs kümmern und die bisherigen Reformarbeiten konsolidieren und zu Ende führen.

4. Position Tarifstruktur aktuell halten (KVG Art. 47b Abs.1 – 3)

Wir unterstützen eine regelmässige Aktualisierung der Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, wenn alle Leistungserbringer und alle Versicherer und deren Verbände sowie die neue nationale Tariforganisation verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten, die für die Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind, zur Verfügung zu stellen. Die Ausgestaltung der Datenlieferung (Art, Umfang, Periodizität etc.) ist unter den Tarifpartnern und der neu zu schaffenden Tariforganisation einheitlich zu regeln.

5. Position zu Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (KVG Art. 47c)

Wir unterstützen mit dem Bundesrat das Ziel der Kosteneindämmung. Hingegen lehnen wir Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, welche die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern.

6. Position zur Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich (KVG Art. 43 Abs. 5)

Wir unterstützen ambulante Pauschalen, da diese helfen können, die heute bestehenden Fehlanreize im System zu beseitigen. Dabei ist elementar, dass bei der Erarbeitung von ambulanten Pauschalen ein besonderes Augenmerk auf folgende Patientengruppen gelegt wird:

- Patientinnen und Patienten mit komplexen oder mehrfachen Erkrankungen
- Geriatrische Patientinnen und Patienten
- Kinder

Die Erfahrungen mit diesen Patientengruppen unter SwissDRG zeigen, dass die erbrachten Leistungen der Spitäler teilweise nicht adäquat abgebildet werden und es dadurch zu einer Unterfinanzierung bei diesen Patientengruppen kommt. Die neuen ambulanten Pauschalen müssen den erhöhten Abklärungs- und Betreuungsaufwand dieser Patientengruppen berücksichtigen – andernfalls werden sich die Spitäler gezwungen sehen, entsprechende Leistungsangebote nicht weiter aufzubauen oder gar zu redimensionieren.



3/3

Neben einer national einheitlichen Regelung von ambulanten Pauschalen, fordern wir auch Anpassungen der entsprechenden Gesetzesartikel, damit bilaterale, kantonale oder regionale Lösungen für ambulante Pauschalen auch weiterhin möglich sind und auch neue Pauschallösungen für Spezialgebiete und sektorielle Leistungen entwickelt werden können.

Zudem muss beim Thema «Ambulante Pauschalen» die Frage nach der Leistungserfassung für die Kostenrechnung gemäss REKOLE berücksichtigt werden. Hier sollte eine Branchenlösung angedacht werden, um eine möglichst einheitliche Kostenermittlung im ambulanten Bereich zu gewährleisten.

Hinsichtlich der Kodierung der ambulanten Leistungen gilt es zu bedenken, dass gegebenenfalls Personal in den Kodierabteilungen der Spitäler aufgebaut werden muss. Dies würde weitere Kosten verursachen und daher muss diese Fragestellung bei der Erarbeitung von ambulanten Pauschalen zwingend berücksichtigt werden.

7. Position zu Referenzpreissystem (Art. 52 Abs. 1, Art. 52a & b)
Wir lehnen das Referenzpreissystem ab, da dieses aufgrund seiner Ausgestaltung die Versorgungssicherheit mit Medikamenten auf dem Schweizer Markt und in den Spitälern massiv bedrohen würde.
8. Position zu Beschwerderecht für Versicherer (KVG Art. 53 Abs. 1bis)
Wir lehnen ein zusätzliches, systemfremdes Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und zu Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ab.
9. Position zu Rechnungskontrolle stärken
Wir unterstützen eine strengere Aufsicht der Versicherer durch das EDI/BAG, die im Rahmen einer konsequenten Umsetzung des Kassenaufsichtsgesetzes erreicht werden kann. Weiter unterstützen wir grundsätzlich die Stärkung und Normierung der Rechnungskontrolle, da so unnötige Rückweisungen und Nachfragen minimiert werden können.

Freundliche Grüsse

Andreas Hauri, Stadtrat
Vorsteher Gesundheits- und Umweltdepartement

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : lic. iur. Dorothee Frei Hasler, Generalsekretärin
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 25
4001 Basel

Telefon : 061 267 95 49

E-Mail : dorothee.frei@bs.ch

Datum : 5.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt schliesst sich grundsätzlich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 30. Oktober 2018 an. Im Folgenden werden abweichende oder weitergehende Meinungen aufgezeigt.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GD	47a			Der Kanton Basel-Stadt begrüsst die Schaffung einer nationalen Tariforganisatoion. Dies kann für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen einen sinnvollen Ausweg aus der seit Jahren anhaltenden Blockade unter den Tarifpartnern darstellen. Die Kantone sollen jedoch paritätisch an dieser Organisation beteiligt werden. Die Zuständigkeit der Tariforganisation soll sich auf diejenigen Tarifstrukturen beschränken, die schweizweite Gültigkeit haben. Auch wenn eine Dachorganisation mit Untereinheiten pro Leistungserbringerbereich oder eine separate Organisation pro Tarifstruktur denkbar sind, soll das Tariffbüro zumindest in der Startphase in erster Linie für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig sein. Die Frage der Finanzierung der nationalen Tariforganisation soll, analog zum stationären Bereich, auf Gesetzesebene geklärt werden. Um im stationären Bereich eine Analogie herzustellen, schlägt der Kanton Basel-Stadt vor, Art. 49 Abs. 2 KVG entsprechend anzupassen. Damit kann das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden. Wenn alle Partner in der Organisation vertreten sind, kann diese auch den Antrag an den Bundesrat stellen.	- Abs. 1: «Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen <u>gemeinsam mit den Kantonen</u> eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen <u>für Einzelleistungstarife mit Schwerpunkt Arztleistungen sowie, soweit von den Tarifpartnern gewünscht, ambulante Pauschalen ambulante Behandlungen</u> zuständig ist. » - Abs. 3: «...so setzt der Bundesrat sie für <u>die Beteiligten nach Absatz 1</u> Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. » - Abs. 4: «Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von <u>der Organisation</u> den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet. » - Einführung einer gesetzlichen Bestimmung zur Finanzierung der Organisation. - Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG: «... Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat <u>durch die Organisation</u> zur Genehmigung unterbreitet.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

GD	47c	4		Es fehlt eine Regelung, wie die Kantone erfahren, welche Korrekturmassnahmen angezeigt wären und welche umgesetzt worden sind.	Regelung auf Verordnungsstufe
GD	52b			Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt sind beide Modelle abzulehnen. Wenn jeweils nur ein Referenzpreis vergütet wird, werden die Apotheken den Patienten mehrheitlich Spezialitäten unterhalb des Referenzpreises abgeben, was zu einem Preiskampf unter den Pharmaunternehmen und schliesslich zu sinkenden Preisen führen wird. Die daraus entstehende Abwärtsspirale bei den Preisen ist als Kostensenkungsmassnahme auf den ersten Blick zu begrüessen, birgt aber die Gefahr, dass der Patient bei jedem Bezug seiner Medikamente ein anderes Generikum erhält. Erfahrungsgemäss kann dies dazu führen, dass die Patienten aufgrund der verschiedenen Packungen verunsichert sind, was wiederum dazu führt, dass insbesondere ältere Menschen ihre Medikamente doppelt oder gar nicht einnehmen. Bekanntermassen hilft eine gute Compliance Kosten einzusparen, da so Arztkonsultationen und/oder Notfall-Einweisungen vermieden werden können, welche bei einer guten Therapietreue nicht nötig gewesen wären. Ein zusätzlich sich verschärfendes Problem wird die Versorgungssicherheit in der Schweiz sein. Es werden bereits jetzt viele Arzneisubstanzen in Billiglohnländern produziert. Um den Preis tief zu halten, gibt es für einzelne Wirkstoffe oder Produktionsschritte weltweit oft nur noch einen einzigen Hersteller.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Bei Ausfall dieser Produktionsstätte kann dann ein Arzneimittel längere Zeit nicht mehr geliefert werden, was im letzten Jahr bereits bei einem wichtigen Antibiotikum (Piperacillin/Tazobactam) der Fall war. Bei einer Verknappung von Arzneimitteln werden deren Preise rasant in die Höhe gehen. Es ist fraglich, ob das vorgeschlagene System für diesen Fall ausreichend Flexibilität zur Erhöhung der Referenzpreise zwecks Sicherung der Versorgung unserer Bevölkerung wahrt.	
GD	53	1 ^{bis}		Grundsätzlich ist ein solches Beschwerderecht abzulehnen, da es zu massiven Verzögerungen und Rechtsunsicherheiten führt. Sollte es trotzdem eingeführt werden, ist zumindest folgende Änderung anzubringen: Der Begriff „Organisation“ ist unklar und wird im KVG für andere Bereiche verwendet. Es sollte deshalb von „Verband“ gesprochen werden, womit klar ist, dass es sich um Versichererverbände analog Art. 46 Abs. 2 KVG handelt.	„ <u>Verbände</u> der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.“
GD	59b			Gemäss dem erläuternden Bericht sind keine direkten finanziellen Anreize vorgesehen, sondern der Gesuchsteller muss die allfälligen Kosten selbst bezahlen. Dies könnte dazu führen, dass Pilotprojekte unterlassen werden, da dadurch finanzielle Risiken vom Gesuchsteller eingegangen werden müssen, ohne dass dafür – ausser bei den Finanzierern – ein Gewinn z. B. in der Form einer Beteiligung an den eingesparten Kosten generiert werden kann. Mit Blick auf das Gesamtsystem ist ausserdem der Geltungsbereich des Artikels weiter zu fassen und explizit um die Förderung der integrierten Versorgung und der Prävention zu erweitern.	„Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Evaluation und die Weiterverfolgung der Pilotprojekte <u>sowie allfällige finanzielle Entschädigungen</u>.“ Änderung der Kapitelbezeichnung: «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung, <u>zur Förderung der integrierten Versorgung und zur</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Generell dürfen die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden. Die Bestimmung, dass Kantone zur Mitwirkung an einem Pilotprojekt verpflichtet werden können, beschneidet die grundsätzliche kantonale Zuständigkeit im Gesundheitswesen und verletzt das Subsidiaritätsprinzip. Sie ist daher zu streichen. Ferner verweisen wir auf die detaillierten Hinweise in der Stellungnahme der GDK.	<u>Prävention.</u> Abs. 4: «Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer o-der ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Einwohnergemeinde Biel-Bienne

Abkürzung der Firma / Organisation : Stadt Biel

Adresse : Rüschrlistrasse 14, 2501 Biel-Bienne

Kontaktperson :

Telefon :

E-Mail :

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	12

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Stadt Biel	Zu den einzelnen Artikeln nimmt die Stadt Biel nicht Stellung. Mit den vorgesehenen Änderungen ist von einer später eintretenden Kostenabwälzung auf die Gemeinwesen via Ergänzungsleistung oder Sozialhilfe auszugehen. Gemäss Ausführungen im Bericht können die finanziellen Auswirkungen jedoch nicht genau beziffert werden. Kosten, die nicht effektiv eingespart werden können resp. nicht mehr von den Krankenkassen getragen werden, werden auf den Leistungsempfänger abgewälzt. Sofern der Leistungsempfänger diese Mehrkosten nicht zu tragen vermag, wird dies die Kosten der Ergänzungsleistung resp. der Sozialhilfe erhöhen. Diese Kostenerhöhung muss im Kanton Bern durch den Kanton und die Gemeinden hälftig getragen werden. Die Stadt Biel befürchtet diesbezüglich ein Kostenrisiko in nicht kalkulierbarem Ausmass. Es ist festzustellen, dass die Massnahmen zur Kostendämpfung zumindest teilweise durch die Öffentlichkeit zu tragen sind. Es handelt sich dabei einmal mehr um eine Lastenverschiebung auf die Gemeindeebene, was die Stadt Biel ablehnt. In diesem Sinne ersucht die Stadt Biel den Städteverband, diese Folgeauswirkungen zur Kenntnis zu nehmen und dessen Einfluss zugunsten der Städte und Gemeinden geltend zu machen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Fachverband für Selbstmedikation

Abkürzung der Firma / Organisation : ASSGP

Adresse : Effingerstrasse 14, Postfach, 3011 Bern

Kontaktperson : Martin Bangerter

Telefon : 079 455 74 90

E-Mail : m.bangerter@assgp.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ASSGP	Vorbemerkung 1, Potenzial der Selbstmedikation ausschöpfen Wir würden es sehr begrüssen, wenn im Rahmen der Kostendiskussionen im Gesundheitswesen vermehrt auch Massnahmen zur Stärkung der Selbstmedikation geprüft, erarbeitet und umgesetzt sowie die entsprechenden Stakeholder und Spezialisten/-innen aus diesem Bereich vermehrt miteinbezogen würden. Ziel muss es sein, das Potenzial der Selbstmedikation noch besser auszuschöpfen, damit im Gesundheitswesen möglichst nur Kosten für Leistungen anfallen, die nicht auch durch Massnahmen und Arzneimittel der Selbstmedikation erbracht werden können. Dass Selbstmedikation einen effektiven Nutzen hat und sehr relevant zur Vermeidung von Kosten beiträgt zeigen verschiedene Evaluationen in anderen Ländern. So konnte im Rahmen einer Studie in Österreich nachgewiesen werden, dass durch jeden Euro, welcher für Leistungen und Arzneimittel der Selbstmedikation investiert wird, dem Gesundheitssystem € 5.20 erspart bleiben. Amerikanische Erfahrungen bestätigen diese Erkenntnisse. Mit jedem Dollar, der in den USA in Selbstmedikation investiert wird, können gemäss einer amerikanischen Studie im US-Gesundheitswesen Kosten von rund \$ 7 vermieden. Auch ist belegt, dass Switches von Arzneimitteln in Kategorien, die mit Beratung durch Fach- und Medizinalpersonen aber ohne ärztliche Verschreibung abgegeben werden dürfen, relevant zu einer Kosteneinsparung führen. In Spanien geht man beispielsweise davon aus, dass mit einem Switch von 5% der verschreibungspflichtigen Arzneimittel in die Selbstmedikation (d.h. Abgabe und Beratung durch die Apotheker/-innen; Drogerien existieren in Spanien nicht) im spanischen Gesundheitssystem über € 800 Mio. an Kosten vermieden werden. Die mit der Inkraftsetzung des revidierten HMG angekündigten umfangreichen Umteilungen von Arzneimitteln der Selbstmedikation ist deshalb auch ein sehr wichtiger Schritt um Kosten zu vermeiden, weil das Potenzial der zuständigen Fach- und Medizinalpersonen besser ausgeschöpft wird. Leider gibt es in der Schweiz nach unserem Stand des Wissens keine auf unser Gesundheitssystem zugeschnittene Studien zu den erbrachten Leistungen der Selbstmedikation, zu deren Auswirkungen auf die Kosten im Gesundheitswesen und zum (brachliegenden) Potenzial der Selbstmedikation zusätzlich Kosten zu dämpfen oder Kosten zu verhindern. Aus diesem Grund wissen wir zwar, dass die erwähnten Umteilungen und die dadurch geschaffenen zusätzlichen Möglichkeiten im Rahmen der Selbstmedikation sicher einen positiven, kostendämpfenden Effekt haben werden. Dieser kann aber weder im Gesamtkontext eingeordnet noch beziffert werden, weil die nötigen Daten und Untersuchungen fehlen. Aus demselben Grund kennen wir auch das effektive Potenzial der Selbstmedikation und deren Auswirkungen im Gesundheitswesen nicht wirklich. Wir würden es deshalb sehr begrüssen auch in der Schweiz entsprechende Untersuchungen durchgeführt würden. Dies würde es massiv erleichtern Selbstmedikation dort am meisten zu stärken wo der kostendämpfende bzw. -verhindernde Effekt am meisten zum Tragen kommen kann. Die Spezialistinnen und Spezialisten der Selbstmedikation und deren Verbände (insb. ASSGP, SVKH, SDV und pharmasuisse), würden sich gerne vermehrt in entsprechenden Diskussionen einbringen und bei der Evaluation von zur Kostendämpfung und -vermeidung mitarbeiten, welche die Selbstmedikation stärken ohne die Sicherheit der Patienten in Frage zu stellen mit dem Ziel, dadurch im Gesundheitswesen Kosten zu sparen. Sehr

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	gerne stehen wird (und die anderen Akteure der Selbstmedikation) für entsprechende Diskussionen und Arbeiten jederzeit zur Verfügung.
ASSGP	Vorbemerkung 2: Nach interner Absprache und Besprechung der einzelnen Positionen mit scienceindustries schliessen wir uns wie nachfolgend aufgeführt der entsprechenden Stellungnahmen an.
ASSGP	Referenzpreissystem ASSGP unterstützt in diesem Punkt die Stellungnahme von scienceindustries im Wortlaut. Wir sprechen uns gegen die vorgeschlagene Einführung des Preisfestsetzungssystem mit Preisabschlag aus und lehnen auch das zweite Modell mit Meldesystem entschieden ab (→ Begründungen und Erläuterungen s. die erwähnte Stellungnahme).
ASSGP	Experimentierartikel ASSGP unterstützt in diesem Punkt die Stellungnahme von scienceindustries im Wortlaut. Im Grundsatz befürworten wir die Einführung eines Gesetzesartikels zur Zulassung von Pilotprojekten. Analog mit scienceindustries sind wir der Ansicht, dass sich zukünftige Pilotprojekte allerdings nicht ausschliesslich auf Kosteneinsparungsmassnahmen beschränken sollen, sondern auch Ansätze geprüft werden können die der Verbesserung der Qualität und auch von Massnahmen, die der Kostendämpfung dienen wie z.B. eine bessere Ausschöpfung von brachliegendem Potenzial der Selbstmedikation und die Stärkung derselben (s. Vorbemerkung). Aus exakt den selben Überlegungen und Überzeugungen wie scienceindustries lehnen auch wir eine, wie auch immer geartete, Aufweichung des Territorialitätsprinzips oder von Parallelimporten von Arzneimitteln, auch im Rahmen von Projekten im Zusammenhang mit dem geplanten Experimentierartikel, entschieden ab.
ASSGP	Beschwerderecht für Versicherungsverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierung ASSGP spricht sich gegen die vorgeschlagene Einführung eines entsprechenden Beschwerderechts aus und unterstützt in diesem Punkt die Stellungnahme von scienceindustries im Wortlaut.

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

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

Paudex, le 4 décembre 2018
JSV/ma

Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts - 1^{er} volet

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous avons pris connaissance de la consultation mentionnée en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos remarques.

Le projet de modification de la LAMal mis en consultation prévoit notamment de mettre en place un certain nombre de mesures préconisées par le Rapport du groupe d'experts international du 24.08.2018. Il s'agit de l'introduction dans la loi d'un premier volet de mesures.

1. Projets pilotes

L'avant-projet prévoit l'introduction d'une disposition destinée à autoriser des projets pilotes visant à maîtriser les coûts.

Sur le principe, nous sommes opposés à l'introduction d'une telle clause qui, si elle est admise par la jurisprudence et la doctrine, s'applique usuellement à des domaines relativement circonscrits. Ainsi, de telles réglementations ont été notamment mises en vigueur dans l'expérimentation du vote par Internet, de la signature électronique ou de la prescription médicale en matière d'héroïne.

Les domaines définis par l'article 59b recouvrent des réalités très larges et, de fait, constituent un blanc-seing au développement d'une législation d'exception qui risque de déroger sensiblement aux dispositions de la LAMal, voire même de porter atteinte à certains droits fondamentaux garantis par la constitution.

Il est par conséquent à craindre que le caractère d'essai de laboratoire, qui est légitimement recherché par l'introduction d'une réglementation d'exception, ne soit en fait qu'un prétexte qui permette de s'affranchir du processus démocratique, pourtant garant de notre ordre juridique. La fin ne justifie pas nécessairement les moyens, même dans le contexte difficile de la hausse des coûts de la santé.

Si cette disposition devait toutefois être introduite dans la LAMal, il convient de souligner qu'une réglementation expérimentale ne se justifie que si les effets de la mesure envisagée sont inconnus ou incertains. A cela il faut ajouter qu'il ne fait pas de sens de prévoir un champ d'investigation qui recouperait un domaine faisant déjà l'objet du processus législatif « conventionnel ». Par conséquent, il conviendrait à tout le moins de

supprimer la lettre d. qui concerne le financement uniforme des prestations hospitalières, puisque ce dernier fait l'objet de l'Initiative parlementaire (09.528) relative au financement uniforme des prestations ambulatoires et des prestations avec hospitalisation.

Bien que l'alinéa 2 prévoit une limitation de la durée, il conviendrait qu'un délai maximal de cinq ans soit mentionné dans la loi. En outre, les projets devraient faire l'objet d'un rapport d'évaluation qui devrait être disponible au moins une année avant l'échéance de la mesure envisagée.

Enfin, il s'agirait également de compléter l'alinéa 2 par une mention indiquant que les projets pilotes doivent être intégralement réversibles.

2. Contrôle des factures

La LAMal ainsi que l'OAMal prévoient déjà qu'une facture est envoyée au patient par le fournisseur de prestations dans le système du tiers payant. La modification proposée ne change par conséquent rien à la situation actuelle, à l'exception de l'extension des sanctions aux manquements constitués par l'absence de remise de la facture par le fournisseur (art. 59 LAMal). Le commentaire du projet évoque également, hors modification législative, l'opportunité d'aides à la compréhension de la facture pour l'assuré.

La responsabilisation des assurés est une composante déterminante de la lutte contre l'explosion des coûts de la santé. Si nous souscrivons au principe de l'envoi systématique des factures aux patients, les mesures d'aides à la compréhension devraient par contre être aussi peu contraignantes, simples et économiques que possible. Un site Internet explicatif pourrait constituer, à cet égard, une piste intéressante.

Nous déplorons par contre l'extension des sanctions aux seuls fournisseurs de prestations. En effet, l'art. 59 OAMal prévoit que le fournisseur de prestations peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie de la facture. Il serait par conséquent légitime d'étendre également les sanctions aux assureurs en cas de délégation. En effet, le fournisseur de prestations ne saurait être tenu responsable d'éventuels manquements de l'assurance dans ce cas et il serait utile de le préciser.

3. Organisation tarifaire nationale

L'institution d'une organisation tarifaire nationale nous paraît être une mesure adéquate, propre à éviter les blocages que l'on a pu constater ces dernières années entre les partenaires tarifaires. Le commentaire du projet réaffirme l'autonomie tarifaire entre fédérations des fournisseurs de prestations et celles des assureurs. En revanche, ce principe ne figure pas de manière suffisamment explicite dans le texte de loi. Comme il est prévu que le Conseil fédéral puisse édicter les principes de fonctionnement de l'organisation, il est important de signifier, en contrepartie, de manière claire le principe cardinal de l'autonomie tarifaire des fédérations.

Pour le surplus, les expériences réalisées dans le cadre de la structure tarifaire Swiss DRG avec les tarifs à la prestation sont plutôt positives et l'on doit en effet pouvoir s'en inspirer pour le domaine ambulatoire.

4. Maintien de la structure tarifaire à jour

Cette mesure institue la communication de données dans le domaine des tarifs pour les traitements ambulatoires. Les données sont requises pour la fixation, l'adaptation et l'approbation des tarifs et des prix. L'art. 47b de l'avant-projet fixe la base légale nécessaire.

Si la mesure est nécessaire à la réalisation des objectifs de limitation des coûts de la santé, il conviendra de veiller au respect du principe de proportionnalité dans la collecte de ces données. Le commentaire des dispositions le mentionne explicitement : cet article n'a pas pour objectif la mise sur pied d'une vaste collecte de données dans le domaine du droit tarifaire. Il s'agira par conséquent de s'en souvenir lors de sa mise en œuvre.

5. Mesures visant à piloter les coûts

Ces mesures envisagent une obligation pour les partenaires tarifaires de s'accorder sur des mesures visant à piloter les coûts. Les partenaires devront, par conséquent, prévoir des mesures correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts, par rapport à l'année précédente. En cas de désaccord, le Conseil fédéral est habilité à fixer à titre subsidiaire ces mesures. Le commentaire indique qu'une réglementation analogue à ce qui se pratique dans le cadre des Swiss DRG serait envisageable. Les composantes de corrections seraient dès lors les suivantes : l'évolution du nombre de cas, les coûts facturés et l'évolution du Case Mix Index (CMI). Enfin, les mesures correctrices devraient, en principe, se concrétiser par une adaptation des tarifs et non par une limitation des volumes de prestations.

Les mesures visant à piloter les coûts s'articulent autour d'un concept central : l'augmentation injustifiée des quantités et des coûts. On peut dès lors craindre le biais éminemment subjectif de cette appréciation. Ainsi, par exemple, dans le cadre du virage ambulatoire, tant que la question du financement uniforme des prestations n'est pas réglée, le transfert des cas stationnaires vers l'ambulatoire (alors même qu'il est bénéfique à l'ensemble des coûts de la santé) aura inévitablement une incidence sur l'augmentation des volumes des prestations ambulatoires. Les fédérations d'assurances auront alors beau jeu d'exiger des diminutions des valeurs de points, risquant par conséquent de freiner un mouvement pourtant globalement bénéfique.

Ce type de mesures fait également craindre un rationnement des soins et l'émergence d'une médecine à deux vitesses. En effet, même si le commentaire indique qu'en principe les mesures ne devraient pas résulter d'une limitation des volumes, la loi ne l'interdit pas. On voit dès lors très bien où nous conduira cette disposition, à savoir vers des listes d'attente interminables pour les patients qui ne disposeront pas d'une assurance complémentaire ! On comprend d'emblée pourquoi les fédérations d'assureurs (dont les membres proposent à la fois la couverture AOS et des produits LCA) auront un intérêt évident à favoriser ce type de mesures.

Par conséquent, si nous sommes favorables à la mise en place d'un monitoring, nous sommes opposés au caractère contraignant des mesures de correction prévues par l'art. 47c. A défaut, la loi devrait à tout le moins exclure explicitement les mesures de limitation des volumes de prestations.

6. Promotion des forfaits dans l'ambulatoire

Cette mesure n'appelle pas de commentaires particuliers et nous pouvons par conséquent y souscrire.

7. Système de prix de référence pour les médicaments

Le système de prix de référence doit, lorsque cela est possible, inciter à la substitution d'un médicament par un autre, dont le prix serait inférieur au prix de référence.

La fixation des prix de référence reviendrait, in fine, à laisser le choix des médicaments aux caisses maladie et aux Autorités qui privilégieront le prix plutôt que le produit adapté

au patient. On risque par conséquent de voir la disponibilité de certains produits être compromise. Certains fabricants pourront faire le choix de retirer des produits, les prix étant trop bas. La disponibilité des produits en pharmacie dépendra en outre des négociations entre fabricants et assureurs et aura probablement des conséquences sur l'approvisionnement. En conséquence, le marché des médicaments risque d'être réduit à un petit nombre d'acteurs qui aura ainsi le monopole du marché, appauvrissant l'innovation et la concurrence.

Nous ne sommes donc pas favorables à l'introduction d'un système de prix de référence pour les médicaments et ne nous prononçons dès lors pas sur les deux variantes proposées.

8. Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal

Cette mesure prévoit de donner la possibilité aux organisations d'assureurs de recourir contre les décisions de planification des gouvernements cantonaux. En particulier, elle permettrait aux assureurs (tiers à la procédure) de s'opposer, par la voie d'un recours, à l'introduction d'un établissement sur la liste hospitalière décidée dans le cadre de la planification par le gouvernement cantonal. La principale motivation à l'appui de cette nouvelle mesure consiste à inférer que les assureurs défendent les intérêts des assurés. Il serait donc juste de leur donner la possibilité de recourir dans le but de limiter l'augmentation des coûts.

Nous nous opposons catégoriquement à cette mesure qui ne fait que renforcer le pouvoir conféré aux fédérations d'assureurs et risque de déséquilibrer les rapports de force en présence. Un droit de recours se justifie pour le destinataire de la décision et on ne comprend pas pourquoi une fédération d'assureurs se verrait accorder ce même droit, au nom d'un soi-disant rôle de gardien des intérêts des assurés. Il faut en effet rappeler que les gouvernements cantonaux chargés de la planification sont élus par ces mêmes assurés. Les décisions qu'ils prennent, y compris dans le cadre de la planification hospitalière, sont dès lors susceptibles de faire l'objet de sanctions politiques.

9. Conclusions

En conclusion, sous réserves des remarques et adaptations formulées ci-dessus, nous pouvons souscrire aux mesures suivantes :

- Contrôle des factures ;
- Organisation tarifaire nationale ;
- Maintien de la structure tarifaire à jour ;
- Promotion des forfaits dans l'ambulatorio.

Pour le surplus, nous sommes opposés aux modifications de la LAMal telles que proposées.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à nos remarques, nous vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de notre haute considération.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot



Secrétariat général

Par courriel:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

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

Genève, le 13 décembre 2018
3278/ZA – FER No 40-2018

Procédure de consultation relative au projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1er volet)

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous notre prise de position dans le cadre de la procédure de consultation susmentionnée relative au projet de révision partielle de la LAMal.

Contexte et but de la modification

L'objectif premier de ce projet est de freiner la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) et, par là même, de freiner l'augmentation des primes.

Sur la base du rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 intitulé «Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins», le Conseil fédéral a élaboré un premier volet de mesures.

L'accent est mis sur l'introduction d'un article permettant des projets pilotes, innovants et favorisant la maîtrise des coûts, en dehors du cadre «normal» de la LAMal. Il s'agit en outre de renforcer le contrôle des factures de la part des assureurs et des assurés, et de mettre en place une réglementation dans le domaine des tarifs et du pilotage des coûts, ainsi qu'un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu.

Modifications proposées

1) Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02)

L'objectif d'un article relatif aux projets pilotes est d'autoriser des projets innovants visant à limiter la hausse des coûts. La disposition proposée crée la base légale nécessaire pour que de tels projets pilotes puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal.

Notre Fédération est favorable à cette mesure. Toutefois, les projets menés devraient être validés et suivis par des experts. Le respect des principes de base de l'assurance devrait être garanti par un contrôle préalable. La mise en œuvre d'un projet devra également être correctement limitée dans le temps et faire l'objet d'un rapport sur les effets constatés au regard du but recherché.

2) Contrôle des factures

Les mesures prévues dans le projet traitant du contrôle des factures sont doubles. Il s'agit d'abord d'obliger dans la loi les fournisseurs de prestations à remettre une copie de la facture à l'assuré dans le système du tiers payant. Les experts considèrent en effet qu'un contrôle systématique des factures par l'assuré présente un potentiel considérable de maîtrise des coûts. Il est prévu d'assortir la violation de cette obligation de sanctions. Deuxièmement, le projet prévoit des mesures pour renforcer le contrôle des factures, en encourageant les assureurs à exercer des contrôles plus pointilleux, notamment par le biais d'audits. Il s'agirait principalement d'effectuer des contrôles orientés processus évaluant l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des processus déterminants, du système de contrôle interne et des instruments utilisés pour le contrôle des factures par l'assureur audité.

Notre Fédération soutient également le projet sur ce point. Il est en effet nécessaire de faire figurer dans la loi (et non pas seulement dans l'ordonnance) l'obligation faite aux fournisseurs de prestations de remettre à l'assuré une copie de la facture et de sanctionner la violation de cette obligation. Afin de limiter les coûts liés à l'envoi des factures par voie postale, une mesure visant à favoriser la transmission de ces informations par voie électronique devrait être étudiée. Par ailleurs, nous sommes favorables à la vérification de l'efficacité des processus adoptés par les assureurs dans le domaine du contrôle des factures. Ces mesures devraient en effet permettre une réduction des coûts à charge de l'AOS.

3) Tarifs et pilotage des coûts

Trois mesures sont envisagées dans le domaine des tarifs et du pilotage des coûts. Premièrement, la création d'une organisation tarifaire nationale composée de représentants des fédérations de fournisseurs de prestations et des fédérations d'assureurs. Cette organisation serait responsable d'élaborer, développer, adapter et mettre à jour les structures des tarifs à la prestation ainsi que celles des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires. Deuxièmement, les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives, ainsi que l'organisation tarifaire nationale sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix. La violation de cette

obligation peut faire l'objet de sanctions. Il s'agit de garantir que le Conseil fédéral dispose des données dont il a besoin, selon la situation, pour approuver, adapter ou établir une structure tarifaire. Enfin, le projet prévoit une obligation pour les fournisseurs de prestations (ou leurs fédérations) et les assureurs (ou leurs fédérations) de s'accorder sur les mesures visant à piloter les coûts dans des conventions dont la validité s'étend à toute la Suisse et qui auront été approuvées par le Conseil fédéral. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, le Conseil fédéral les fixe.

Notre Fédération approuve la création d'une organisation tarifaire nationale qui devrait permettre, comme dans le domaine hospitalier, d'élaborer et de développer des structures tarifaires dans le secteur ambulatoire, afin de gagner en efficience. Il s'agira toutefois de s'assurer que la structure tarifaire négociée soit conforme aux principes d'adéquation, d'économicité et d'efficacité. De même, nous soutenons la transmission des données au Conseil fédéral afin qu'il soit en mesure de fixer ou d'approuver la structure tarifaire. Par ailleurs, toujours avec l'objectif de réduire les coûts dans le domaine de l'AOS, nous sommes favorables à l'institution de mesures visant à piloter les coûts dans des conventions applicables dans toute la Suisse.

4) Système de prix de référence pour les médicaments (M22)

Le système de prix de référence doit inciter à ce que, lorsqu'un médicament peut être substitué par un autre, le choix porte sur un médicament dont le prix est inférieur au prix de référence. Cela doit notamment favoriser une remise accrue de génériques et de bio similaires et permettre ainsi des économies en faveur de l'AOS. Dans un tel système, un prix maximal est fixé pour une substance active ou une composition de substances actives données. Seul ce prix dit de référence est remboursé par l'AOS. Si le médicament remis à l'assuré est plus cher, ce dernier doit payer la différence. Pour sa protection, un prix maximal est fixé, que le fournisseur de prestations ne peut pas dépasser dans sa facture.

Nous émettons quelques réserves s'agissant de cette mesure. La sécurité des patients doit être garantie. Le principe actif peut ne pas être le seul élément décisif de sorte que l'efficacité du médicament et la tolérance du patient à ce dernier doivent être pris en compte du point de vue médical. Par ailleurs, il importe de tenir compte des éventuels problèmes d'approvisionnement des médicaments lors de la fixation du prix de référence.

5) Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal

Cette mesure propose de permettre aux assureurs, et non plus seulement aux fournisseurs de prestations, de recourir contre les décisions cantonales en matière de planification et de listes. Il s'agit de prévoir une base légale dans la loi spéciale pour instituer un droit de recours à but idéal des organisations des assureurs.

Notre Fédération soutient cette mesure qui prévoit un équilibre de la protection des intérêts des assureurs-maladie et des fournisseurs de prestations dans le cadre de la planification et de la liste des hôpitaux.

6) Mesures à prendre dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire

Il s'agit d'inscrire dans la loi la possibilité de prévoir dans les conventions tarifaires des dispositions de pilotage des prestations d'assurance ou des coûts de celles-ci. Dans l'assurance-accidents obligatoire et dans l'assurance militaire, le Conseil fédéral a la compétence d'établir un tarif uniquement lorsqu'aucune convention tarifaire n'a été conclue. Pour qu'il dispose des données nécessaires dans le cadre d'une procédure d'établissement du tarif, il faut que les fournisseurs de prestations, les assureurs et l'organisation tarifaire proposée dans la LAMal les lui communiquent gratuitement. Le projet propose que cette obligation soit inscrite dans la loi sur l'assurance-accidents et dans la loi sur l'assurance militaire.

Nous ne nous opposons pas à l'introduction de dispositions relatives au pilotage des prestations d'assurance ou des coûts de ces prestations dans la loi (LAA et LAM). Cela devrait en effet permettre une application plus rigoureuse des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité lors des négociations tarifaires. Par ailleurs, nous sommes favorables à la transmission des données nécessaires à la fixation des tarifs et des prix au Conseil fédéral.

7) Mesures à prendre dans l'assurance-invalidité

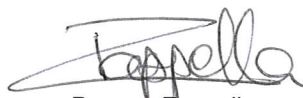
Dans l'assurance-invalidité s'applique le principe des prestations en nature, qui permet à l'assurance d'influer dans une certaine mesure sur la nature et la durée du traitement. Le projet prévoit d'une part d'obliger les partenaires tarifaires à convenir de mesures visant à piloter les coûts dans le domaine régi par la loi sur l'assurance-invalidité et d'accorder au Conseil fédéral la compétence de fixer un tel pilotage à titre subsidiaire. D'autre part, il est proposé que les fournisseurs de prestations et l'organisation visée à l'art. 47a LAMal communiquent gratuitement au Conseil fédéral, sur demande, les données nécessaires à la fixation et à l'adaptation des tarifs.

Notre Fédération ne s'oppose pas à cette mesure qui permettrait d'améliorer la coordination entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité et de renforcer le principe de l'économicité dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Nous vous remercions par avance de la considération portée à ces quelques lignes et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de notre parfaite considération.



Blaise Matthey
Secrétaire général



Roxane Zappella
Juriste
FER Genève

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Fédération des Entreprises Romandes Genève

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

Adresse : Rue Saint-Jean 98, 1201 Genève

Personne de référence : Roxane Zappella

Téléphone : 058 715 32 78

Courriel : roxane.zappella@fer-ge.ch

Date : 14 décembre 2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

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

nom/société	Commentaire / observation
FER Genève	1) Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (M02) L'objectif d'un article relatif aux projets pilotes (M02 du groupe d'experts) est d'autoriser des projets innovants visant à limiter la hausse des coûts. La disposition proposée crée ainsi la base légale nécessaire pour que de tels projets pilotes puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal. <i>Notre Fédération est favorable à cette mesure. Toutefois, les projets menés devraient être validés et suivis par des experts. Le respect des principes de base de l'assurance devrait être garanti par un contrôle préalable. La mise en œuvre d'un projet devra également être correctement limitée dans le temps et faire l'objet d'un rapport sur les effets constatés au regard du but recherché.</i>
FER Genève	2) Contrôle des factures Les mesures prévues dans le projet traitant du contrôle des factures sont doubles. Il s'agit d'abord d'obliger dans la loi les fournisseurs de prestations à remettre une copie de la facture à l'assuré dans le système du tiers payant. Les experts considèrent en effet qu'un contrôle systématique des factures par l'assuré présente un potentiel considérable de maîtrise des coûts. Il est prévu d'assortir la violation de cette obligation de sanctions. Deuxièmement, le projet prévoit des mesures pour renforcer le contrôle des factures, en encourageant les assureurs à exercer des contrôles plus pointilleux, notamment par le biais d'audits. Il s'agirait principalement d'effectuer des contrôles orientés processus évaluant l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des processus déterminants, du système de contrôle interne et des instruments utilisés pour le contrôle des factures par l'assureur audité. <i>Notre Fédération soutient également le projet sur ce point. Il est en effet nécessaire de faire figurer dans la loi (et non pas seulement dans l'ordonnance) l'obligation faite aux fournisseurs de prestations de remettre à l'assuré une copie de la facture et de sanctionner la violation de cette obligation. Afin de limiter les coûts liés à l'envoi des factures par voie postale, une mesure visant à favoriser la transmission de ces informations par voie électronique devrait être étudiée. Par ailleurs, nous sommes favorables à la vérification de l'efficacité des processus adoptés par les assureurs dans le domaine du contrôle des factures. Ces mesures devraient en effet permettre une réduction des coûts à charge de l'AOS.</i>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

FER Genève	3) Tarifs et pilotage des coûts Trois mesures sont envisagées dans le domaine des tarifs et du pilotage des coûts. Premièrement, la création d'une organisation tarifaire nationale composée de représentants des fédérations de fournisseurs de prestations et des fédérations d'assureurs. Cette organisation serait responsable d'élaborer, développer, adapter et mettre à jour les structures des tarifs à la prestation ainsi que celles des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires. Deuxièmement, les fournisseurs de prestations, les assureurs et leurs fédérations respectives, ainsi que l'organisation tarifaire nationale sont tenus de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix. La violation de cette obligation peut faire l'objet de sanctions. Il s'agit de garantir que le Conseil fédéral dispose des données dont il a besoin, selon la situation, pour approuver, adapter ou établir une structure tarifaire. Enfin, le projet prévoit une obligation pour les fournisseurs de prestations ou leurs fédérations et les assureurs ou leurs fédérations de s'accorder sur les mesures visant à piloter les coûts dans des conventions dont la validité s'étend à toute la Suisse et qui auront été approuvées par le Conseil fédéral. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, le Conseil fédéral les fixe. <i>Notre Fédération approuve la création d'une organisation tarifaire nationale qui devrait permettre, comme dans le domaine hospitalier, d'élaborer et de développer des structures tarifaires dans secteur ambulatoire, afin de gagner en efficience. Il s'agira toutefois de s'assurer que la structure tarifaire négociée soit conforme aux principes d'adéquation, d'économicité et d'efficacité. De même, nous soutenons la transmission des données au Conseil fédéral afin qu'il soit en mesure de fixer ou d'approuver la structure tarifaire. Par ailleurs, toujours avec l'objectif de réduire les coûts dans le domaine de l'AOS, nous sommes favorables à l'institution de mesures visant à piloter les coûts dans des conventions applicables dans toute la Suisse.</i>
FER Genève	4) Système de prix de référence pour les médicaments (M22) Le système de prix de référence doit inciter à ce que, lorsqu'un médicament peut être substitué par un autre, le choix porte sur un médicament dont le prix est inférieur au prix de référence. Cela doit notamment favoriser une remise accrue de génériques et de biosimilaires et permettre ainsi des économies en faveur de l'AOS. Dans un tel système, un prix maximal est fixé pour une substance active ou une composition de substances actives données. Seul ce prix dit de référence est remboursé par l'AOS. Si le médicament remis à l'assuré est plus cher, ce dernier doit payer la différence. Pour sa protection, un prix maximal est fixé, que le fournisseur de prestations ne peut pas dépasser dans sa facture. <i>Nous émettons quelques réserves s'agissant de cette mesure. La sécurité des patients doit être garantie. Le principe actif</i>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

	<i>peut ne pas être le seul élément décisif de sorte que l'efficacité du médicament et la tolérance du patient à ce dernier doivent être pris en compte du point de vue médical. Par ailleurs, il importe de tenir compte des éventuels problèmes d'approvisionnement des médicaments lors de la fixation du prix de référence.</i>
FER Genève	5) Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal Cette mesure propose de permettre aux assureurs, et non plus seulement aux fournisseurs de prestations, de recourir contre les décisions cantonales en matière de planification et de listes. Il s'agit de prévoir une base légale dans la loi spéciale pour instituer un droit de recours à but idéal des organisations des assureurs. <i>Notre Fédération soutient cette mesure qui prévoit un équilibre de la protection des intérêts des assureurs-maladie et des fournisseurs de prestations dans le cadre de la planification et de la liste des hôpitaux.</i>
FER Genève	6) Mesures à prendre dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire Il s'agit d'inscrire dans la loi la possibilité de prévoir dans les conventions tarifaires des dispositions de pilotage des prestations d'assurance ou des coûts de celles-ci. Dans l'assurance-accidents obligatoire et dans l'assurance militaire, le Conseil fédéral a la compétence d'établir un tarif uniquement lorsqu'aucune convention tarifaire n'a été conclue. Pour qu'il dispose des données nécessaires dans le cadre d'une procédure d'établissement du tarif, il faut que les fournisseurs de prestations, les assureurs et l'organisation tarifaire proposée dans la LAMal les lui communiquent gratuitement. Le projet propose que cette obligation soit inscrite dans la loi sur l'assurance-accidents et dans la loi fédérale sur l'assurance militaire. <i>Nous ne nous opposons pas à l'introduction de dispositions relatives au pilotage des prestations d'assurance ou des coûts de ces prestations dans la loi (LAA et LAM). Cela devrait en effet permettre une application plus rigoureuse des principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité lors des négociations tarifaires. Par ailleurs, nous sommes favorables à la transmission des données nécessaires à la fixation des tarifs et des prix au Conseil fédéral.</i>
FER Genève	7) Mesures à prendre dans l'assurance-invalidité Dans l'assurance-invalidité s'applique le principe des prestations en nature, qui permet à l'assurance d'influer dans une certaine mesure sur la nature et la durée du traitement. Le projet prévoit d'une part d'obliger les partenaires tarifaires à convenir de mesures

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

	visant à piloter les coûts dans le domaine régi par la loi fédérale sur l'assurance-invalidité et d'accorder au Conseil fédéral la compétence de fixer un tel pilotage à titre subsidiaire. D'autre part, il est proposé que les fournisseurs de prestations et l'organisation visée à l'art. 47a LAMal communiquent gratuitement au Conseil fédéral, sur demande, les données nécessaires à la fixation et à l'adaptation des tarifs. <i>Notre Fédération ne s'oppose pas à cette mesure qui permettrait d'améliorer la coordination entre l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité et de renforcer le principe de l'économicité dans le domaine de l'assurance-invalidité.</i>
--	--

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.

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

E-Mail-Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

13. Dezember 2018

**Vernehmlassung:
Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur
Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur «Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket I» teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht Stellung.

economisesuisse unterstützt die Gesetzesänderung mit Einschränkungen.

Die Wirtschaft unterstützt die Zielsetzung der Vorlage, die Kostensteigerungen ohne Qualitätsverlust zu dämpfen. Ebenso befürworten wir einige der vorgeschlagenen Massnahmen. Wir sehen jedoch grossen Änderungsbedarf, weil in dieser Form die Revision das Ziel nicht erreichen wird. Generell fehlt eine Gesamtschau im Geiste des «regulierten Wettbewerbs», der dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) zu Grunde liegt. Viele Einzelmassnahmen sind mit bürokratischen Mitteln auf Symptombekämpfung ausgerichtet. Steuerung und Planung sollen das komplexe System in die richtige Richtung lenken. Ein solcher Ansatz ist teuer und wird nicht zum Erfolg führen. economisesuisse plädiert daher für eine Stärkung des regulierten Wettbewerbs ohne planwirtschaftliche Elemente. Dadurch können die Ziele am besten erreicht werden.

Begründung

a) Allgemeine Bemerkung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde so konzipiert, dass ein regulierter Wettbewerb¹ möglich sein soll. Dieser Leistungswettbewerb wurde in der Vergangenheit mit immer neuen Steuerungselementen in Frage gestellt. Das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, sowie die Vorlagen zur Qualitätsstrategie und zur Zulassungssteuerung sind Beispiele dafür, wie das Schweizer Gesundheitswesen weg vom regulierten Wettbewerb und hin zu mehr gelenkter Staatsmedizin wandert. Die positiven Effekte einer künftigen, einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) drohen durch neue Steuerungsinstrumente zunichte gemacht zu werden. Solche Entwicklungen machen das Gesundheitssystem teuer, weil der Leistungswettbewerb nicht mehr kostendämpfend wirken kann. Die vorliegende Teilreform bietet eine gute Gelegenheit, diese Tendenz zu stoppen und den regulierten Wettbewerb zu stärken.

Das generelle Risiko des Entwurfs liegt darin, dass mit einzelnen durchaus richtigen Massnahmen primär Pflasterli-Politik betrieben wird, ohne diverse, falsche Anreize im System wirksam zu bekämpfen. Die Wirtschaft unterstützt einzelne zweckmässige Massnahmen aus dem Paket, warnt aber ausdrücklich vor übertriebenen Erwartungen betreffend die Wirksamkeit dieser Teilrevision für die Kostendämpfung, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung nicht gefährdet werden soll.

b) Fehlende Massnahme: Rolle der Kantone muss korrigiert werden

Die schädliche Vielfachrolle der Kantone wird nirgends erwähnt. Das vorliegende Paket negiert damit einen wichtigen Kostentreiber des Gesundheitswesens. Aus der Vielfachrolle ergeben sich verschiedene Probleme wie die Überkapazitäten im stationären Bereich als Folge einer unzulänglichen Umsetzung der Spitalfinanzierung auf Seiten der Kantone (vgl. unser [Dossierpolitik 2/2017](#)). Ihre Regionalpolitik zu Gunsten eigener Spitäler - beispielsweise bei den gemeinwirtschaftlichen Leistungen - führt zu unnötigen Mehrkosten. Der Nationalrat hat mit der Überweisung der Motion 16.3842 Herzog «Transparenz in der Spitalfinanzierung. Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen» seine Erwartungen an den Bundesrat formuliert.

Das Paket muss unbedingt ergänzt werden mit dem Ziel, den «Governance-Konflikt» der Kantone zu reduzieren. Massnahmen dazu wurden bereits von der Arbeitsgruppe Diener gefordert (Massnahme M36), und auch das Parlament wurde aktiv mit der Überweisung des Postulats 15.3464 Cassis «Krankenversicherungsgesetz. Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone». Es überrascht deshalb, dass der Bundesrat diese Massnahmen ohne Begründung auslässt.

c) Beurteilung einzelner Massnahmen (Reihenfolge gemäss erläuternder Bericht)

1. Einführung eines Experimentierartikels, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglicht.

economiesuisse befürwortet diese Massnahme in Art. 59b. Inwiefern sie jedoch eine zusätzliche Wirkung entfalten kann, bleibt offen; denn bereits heute ist es für Kantone möglich, auf einzelnen Regionen beschränkte Experimenten durchzuführen.

Die Wirtschaft wünscht sich einen offeneren Gesetzesartikel. Der Sinn von Experimenten besteht genau darin, neue Dinge auszuprobieren. Die abschliessende Liste in Absatz 1 steht diesem Ziel im Weg. Es genügt, wenn sich die Vorschläge im Rahmen des üblichen Konsenses des

¹ Modelle mit reguliertem Wettbewerb wurden von Enthoven (1978, 1988) beschrieben:
Enthoven A.C. (1978): Customer-Choice Health Plan, New England Journal of Medicine
198 S. 650–658 und 709–720 und Enthoven A.C. (1988): Theory and Practice of
Managed Competition in Health Care Finance, North Holland, Amsterdam.

Krankenversicherungsgesetzes bewegen. Das heisst, die Projekte sollen den regulierten Wettbewerb stärken oder zumindest ihm nicht widersprechen. Zudem müssen sie der generellen Logik des Krankenversicherungssystems entsprechen, insbesondere betreffend den WZW-Regeln gemäss KVG Art. 32.² In diesem Sinne finden wir es nicht zielführend, sich auf rein kostensenkende Projekte zu beschränken. Die WZW-Regeln schliessen Wirksamkeit und Zweckmässigkeit mit ein. „WZW“ kann auch durch Projekte verbessert werden, welche mit gleichen Kosten mehr Nutzen generieren oder sogar mit zusätzlichen Kosten langfristig das Kosten-Nutzen-Profil verbessern können. Die Eindämmung der Kostenentwicklung sollte deshalb nicht das einzige Ziel von Pilotprojekten sein. Projekte mit rein kostenseitiger Optik können zu Kostenverlagerungen führen oder die Qualität in der Versorgung sogar verschlechtern. Pilot-Projekte müssen Kosten und Nutzen im Auge behalten. In der Ökonomie spricht man von Effizienz (Dinge richtig tun; tiefe Kosten bei gleichbleibender Qualität) und Effektivität (die richtigen Dinge tun; hohe Qualität bei möglichst tiefen Kosten). Darüber hinaus fehlt ein wichtiger Aspekt in der Vorlage, nämlich die Evaluation. Projekte sollten messbare Ziele aufweisen, damit die Zielerreichung beurteilt werden kann.

Antrag: Art. 59 Abs. 1 ändern.

Um neue Modelle zur *Verbesserung der Effizienz und Effektivität* ~~Eindämmung der Kostenentwicklung~~ zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte ~~in folgenden Bereichen~~ mit messbaren Zielen bewilligen. Die Projekte müssen KVG Art. 12 und Art. 32 beachten.

2. Zwingende Rechnungskopie des Leistungserbringers für die versicherten Personen inkl. Sanktionsmöglichkeiten.

economiesuisse unterstützt diese Massnahme, weil sie die Transparenz und die Eigenverantwortung stärkt. Die Sanktionsmöglichkeit verleiht dieser Forderung Nachdruck.

3. Schaffung einer Tariforganisation im ambulanten Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten Tarifstrukturen zuständig ist.

economiesuisse lehnt die Massnahme in der rigiden Form ab, weil sie die Tarifpartnerschaft schwächt. Der Bundesrat soll so wenig wie möglich in die Tarifpartnerschaft eingreifen. Je mehr er die Bundeskompetenzen im Krankenversicherungsbereich ausbaut, desto mehr schwächt er den Leistungswettbewerb und damit das Modell des regulierten Wettbewerbs. In der Summe landen wir dann in einer Staatsmedizin, die teuer und ineffizient ist. Die Schweizer Bevölkerung hat sich stets für das geltende Krankenversicherungsmodell mit den Wettbewerbselementen ausgesprochen. Weil die Tarifpartnerschaft in der Vergangenheit tatsächlich nicht reibungslos funktioniert hat, kann man eine nationale Tariforganisation durchaus zulassen. Dafür genügt es allerdings, im Gesetz eine solche Organisation für Tarifstrukturen zu erlauben. Falls die Tarifpartner weiterhin Probleme haben, die Tarife weiter zu entwickeln oder sogar zu beschliessen, bieten wir Hand für eine zusätzliche Bundeskompetenz: der Bundesrat soll dann die Kompetenz erhalten, eine nationale Organisation zu schaffen.

Antrag: Art. 47a ändern

¹ Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ~~setzen können~~ eine paritätisch besetzte Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist.

² Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

² Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufstellen, *falls die Tarifpartnerschaft keine Einigung bei den Tarifverhandlungen erzielt.*

³ ~~Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein.~~

4. Pflicht der Leistungserbringer und Versicherer, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind inkl. Sanktionsmöglichkeit. Rechnungskontrolle (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz):

economiesuisse stimmt dieser Massnahme mit Einschränkungen zu. Eine adäquate Datenlieferungspflicht für den ambulanten Bereich trägt dazu bei, ein Tarifwerk rasch zu aktualisieren und keinen allzu grossen Rückstand der Tarifstruktur gegenüber der Praxis zu bekommen.

Generell soll die Datenlieferungspflicht nur gelten, wenn es klar ist, welche Daten für welchen Zweck erhoben werden. Datenfriedhöfe sind zu vermeiden. Zudem sollen die Daten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden (Datenschutz bleibt vorbehalten), damit die Entscheide der Behörden nachvollzogen werden können und generell die Transparenz erhöht wird. Aufwand für die Datenlieferanten und der Nutzen für den Regulator müssen in Einklang sein. Datenlieferungspflichten sollen deshalb immer sachlich begründet sein.

5. Leistungserbringer und Versicherer sehen in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vor. Die Verträge sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten und bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Massnahmen fest.

economiesuisse lehnt diese Massnahme ab. Eine Mengensteuerung ist im Rahmen eines regulierten Wettbewerbs widersinnig. Mengen sind das Resultat des Leistungswettbewerbs und sollen nicht direkt gesteuert werden. Der Grund dafür liegt im Informationsdefizit. Weder Krankenversicherer noch Leistungserbringer können die „richtigen“ Mengen voraussagen, weil diese Mengen von unzähligen, nicht kontrollierbaren Faktoren abhängen.

Die Wirtschaft sieht aber im Mengenmonitoring durchaus Potenzial. Unerwartete Entwicklungen könnten analysiert und allfällige Massnahmen, bspw. in der Qualitätsentwicklung ergriffen werden. Dabei könnten auch Tarifanpassungen ins Auge gefasst werden.

Zusätzlich sehen wir auch hier keine Notwendigkeit für eine zusätzliche, subsidiäre Kompetenz des Bundesrates in diesem Bereich. Denn der Bundesrat kann bei der Tarifgenehmigung genügend Druck entfalten, damit sich die Leistungserbringer auf ein vernünftiges Monitoringsystem einigen können. Zudem hat er mit Art. 47a ein zusätzliches Druckinstrument in den Händen (vgl. Massnahme in Punkt 3).

Antrag:

Art. 47c in dem Sinne ändern, dass Kosten keine Kostensteuerung, sondern ein Kostenmonitoring verlangt wird.

6. Auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen gleich wie Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates zur Anpassung und Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen werden auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife ausgeweitet.

economiesuisse lehnt diese Massnahme ab, weil sie Pauschaltarife behindert. Den Tarifpartnern soll der heutige Spielraum belassen werden.

Der Bundesrat möchte mit dieser Massnahme seine subsidiäre Kompetenz ausweiten. Er fordert eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für Pauschaltarife. Können sich die Tarifpartner nicht über eine Aktualisierung der Tarifstruktur einigen, kann sie der Bundesrat bei fehlender Sachgerechtigkeit subsidiär anpassen. Bei Nichteinigung kann der Bundesrat sogar eine Tarifstruktur festlegen und somit neu auch die Pauschaltarifstruktur.

Die Wirtschaft unterstützt Pauschalen im ambulanten Bereich. Die zusätzliche Bundeskompetenz dazu erachten wir aber als kontraproduktiv. In erster Linie sind die Tarifpartner in der Pflicht: Sie müssen Hand bieten zu sachgerechten Vergütungen entlang der Fallschwere. Solche Pauschaltarife sollen weiterhin ausserhalb einer national einheitlichen Tarifstruktur möglich sein.

Antrag: Art. 43 Abs. 5 erster Satz unverändert belassen.

7. Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis (Referenzpreis) festgelegt werden. Nur dieser Referenzpreis wird von der OKP vergütet. Damit die versicherten Personen nicht übermässig belastet werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer höchstens in Rechnung stellen dürfen. In Anlehnung an Referenzpreissysteme im Ausland werden zwei Varianten zur Diskussion gestellt.

economiesuisse lehnt das Referenzpreissystem mit klarer Mehrheit ab. Referenzpreise sind eine neue, komplizierte Regulierung, die bei einer administrierten Preissetzung unnötig ist. Die vorgeschlagenen Modelle sind in der Umsetzung bürokratisch aufwendig und haben meistens unbeabsichtigte, negative Auswirkungen. Der Generikamarkt ist nämlich dynamisch: Preissenkungen können bewirken, dass der Generikamarkt mengenmässig kleiner wird, weil sich Anbieter aus dem Markt verabschieden und diesen den Originalherstellern überlassen. Folge davon wären höhere Kosten. Im Extremfall würden gewisse Wirkstoffe plötzlich nicht mehr angeboten. Dies würde die Versorgung schädigen und hätte eine neue Regulierung zur Folge: Es müssten neu Anreize gesetzt werden, dass diese Wirkstoffe wieder auf den Markt kommen. Eine Regulierungsspirale würde dadurch entstehen.

Die Wirtschaft bevorzugt deshalb das heutige System mit einer Preisfestsetzung für patentabgelaufene Originalpräparate und den Preisabständen für Generikaprodukte. Das erlaubt dem Regulator, adäquate Preise zu verfügen. Die patentabgelaufenen Originale sind regelmässigen Preisüberprüfungen ausgesetzt. Für die Generika wirken sich Preissenkungen eins zu eins aus, weil sie durch den Preisabstand mit den Originalen verbunden sind. Umsatzstarke Wirkstoffe haben dabei höhere Preisabstände als umsatzschwache. Stimmt dieses Preisverhältnis von Originalpräparaten und Generika nicht, so sollte der Preisabstand für gewisse Wirkstoffgruppen schrittweise erhöht oder gesenkt werden. Auf diese Weise kann man die Auswirkungen im Markt beobachten und die Preisabstände anpassen. Der Regulator hat somit alle Instrumente in der Hand, adäquate Preise festzusetzen. Falls das heute nicht der Fall ist, so muss die Umsetzung optimiert werden.

Darüber hinaus braucht es richtige Anreize für die Generikaabgabe, d.h. die Marge für den selbstdispensierenden Arzt und den Apotheker dürfen bei Generika nicht massgeblich kleiner sein, als bei den patentabgelaufenen Originalpräparaten. Dies kann mit entsprechenden Vertriebsmargen erreicht werden (vgl. unsere Vernehmlassungsantwort zur «Anpassung des Vertriebsanteils nach Artikel 38 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)»).

Antrag: Art. 52 in heutiger Form belassen

8. Das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung wird erweitert auf Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen dieses Gesetzes widmen.

Mit klarer Mehrheit befürwortet economiesuisse die Stärkung der Interessen der Versicherten. Wir stehen jedoch dem Verbandsbeschwerderecht kritisch gegenüber. Deshalb schlagen wir vor, das Beschwerderecht den einzelnen Versicherern zu übertragen.

Antrag: Art. 53 Abs. 1bis ändern

1bis ~~Krankenversicherer gemäss Art. 32 Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen,~~ steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.

9. UVG/MVG/IVG: Parallele oder ähnliche Ausgestaltung wie im KVG betreffend Massnahmen zur Steuerung der Kosten sowie Datenlieferungspflicht

Zur Datenlieferungspflicht vgl. Kommentar zur Massnahme 4 und zur Steuerung vgl. Kommentar zu Massnahme 5.

d) Zwei Schlussbemerkungen

- Das Kostendämpfungspaket I beruht auf Reformen mit Hilfe der Inputsteuerung. Ein intelligenterer Ansatz würde sich auf die Outcomes beziehen. Dies kann nur erreicht werden, wenn der «Regulierte Wettbewerb» gemäss Enthoven gestärkt wird. Zusammen mit den Reformvorschlägen von Porter /Teisberg – die für die Schweiz im Buch «[Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen](#)» aufgearbeitet wurden – erreicht man gute Versorgungsqualität zu tragbaren Kosten. Mit Hilfe von messbaren Versorgungszielen lässt sich überprüfen, inwiefern diese Reformen wirken.
- Die Mehrfachrolle der Kantone als Kostentreiber muss unbedingt entflochten werden, weil sie sehr kostenrelevant ist.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse
economiesuisse

Prof. Dr. Rudolf Minsch
Chefökonom und
stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung

Dr. Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

From: Maeder Sabine <maeder@arbeitgeber.ch>
Sent: Mittwoch, 26. September 2018 15:57
To: _BAG-Abteilung Leistungen; _BAG-GEVER
Subject: Verzicht zur Stellungnahme: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens

Categories: Madalena

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir wurden zur Stellungnahme zum obengenannten Geschäft eingeladen. Für die uns dazu gebotene Gelegenheit danken wir Ihnen bestens.

Da diese Frage gemäss Arbeitsteilung mit economiesuisse – Verband der Schweizer Unternehmen – in dessen Zuständigkeitsbereich fällt, verzichten wir auf eine eigene Eingabe.

Freundliche Grüsse

Sabine Maeder im Auftrag von Prof. Dr. Roland A. Müller, Direktor

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>



Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018

Vernehmlassung Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1)

Sehr geehrter Herr Bundespräsident Berset

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund SGB nimmt dazu wie folgt Stellung.

Grundsätzliche Bemerkungen

Seit geraumer Zeit beherrscht die Diskussion um «Kostendämpfungen» die gesundheitspolitische Debatte. Das ist deshalb sehr 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 140 Prozent zugenommen. Das drängendste Problem für grosse Teile der Bevölkerung ist deshalb nicht alleine das – volkswirtschaftlich und demografisch in seiner Grössenordnung erklärbare – Ausmass der Gesundheitskosten, sondern die unsoziale Finanzierung letzterer.

Es kann nicht genug wiederholt werden, dass die aktuelle Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz höchst unsolidarisch und sozial immer weniger tragbar ist. Im Unterschied zu fast allen westeuropäischen Ländern, finanziert die Schweiz ihre Grundversicherung zu einem grossen Teil über Kopfpauschalen, anstatt über einkommensabhängige Beiträge. Die Nettobelastung der Versicherten (d.h. Prämie minus Prämienverbilligung) hat dabei seit der Einführung des KVG stark zugenommen und liegt heute für zahlreiche Haushalte bei mehr als dem Doppelten der vom Bundesrat ursprünglich definierten "Schmerzgrenze" von 8% des steuerbaren Einkommens. Abgesehen von der Beitragsfinanzierung, gibt es in der OECD kein anderes Land, in dem die Versicherten zusätzlich einen grösseren Teil ihres Haushaltsbudgets für die direkte Bezahlung von Gesundheitsleistungen aufwenden müssen: Die OKP wird heute zu fast 30% durch Selbstzahlungen finanziert (wie auch der Erläuternde Bericht festhält). Diese Situation völlig verkennend, will das Parlament die Kostenbeteiligung aber sogar weiter erhöhen, unter anderem indem die Grundfranchise sofort auf 500 Franken erhöht und danach automatisch an die Kostenentwicklung angepasst werden soll.

Das einzige soziale Korrektiv zur unsozialen Finanzierung – die Prämienverbilligungen – wird von den Kantonen zudem seit Jahren geschwächt. So gaben 2017 insgesamt 11 Kantone weniger Geld für Prämienverbilligungen aus, als 10 Jahre zuvor – und dies trotz des starken Wachstums

sowohl der Bevölkerung als auch der Prämien. Der Anteil der Kantone an der Gesamtsumme der Prämienverbilligungen ist in den letzten Jahren entsprechend gesunken und lag 2017 noch bei 41.7% (2008: 47.6%). Als ob dem nicht genug wäre, schlägt der Bundesrat in seinem Ende September 2018 vorgestellten Bericht "Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen" nun noch vor, dass die Finanzierung der individuellen Prämienverbilligung "kantonalisiert" werden soll. Was dies mittelfristig für die finanzielle Dotierung dieses Instrumentes bedeuten würde, ist völlig klar: Auch wenn die Kantone an anderer Stellen entlastet würden, kann aufgrund der in den vergangenen Jahren gemachten Erfahrungen ausgeschlossen werden, dass sie einen möglichen Wegfall des dynamisch wachsenden Bundesbeitrags vollständig kompensieren würden.

Vor dem Hintergrund dieser Erläuterungen zur unsozialen Finanzierung des Gesundheitswesens, lassen sich zur Kostendämpfung folgende Vorbemerkungen machen: Der "Expertenbericht Diener", auf den sich das vorgeschlagene Massnahmenpaket weitgehend abstützt, 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 spürbare Einsparungen erzielt werden können bzw. müssen. Die im selben Bericht rezierte Zahl von "20 Prozent Effizienzsteigerungspotenzial ohne Qualitätsverlust" ist allerdings unrealistisch und gefährlich. Dies schon alleine deshalb, weil rund 70% der OKP-Ausgaben auf den Personalaufwand entfallen. Für den SGB müssen weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen aber um jeden Preis verhindert werden. Dies auch deshalb, weil sonst – in einer Kostendämpfungslogik – Qualitätsverluste und im Anschluss höhere Folgekosten drohen.

Experimentierartikel (Nein)

Der SGB sieht die Einführung eines Experimentierartikels sehr kritisch. Es gibt viele sinnvolle Reformprojekte, die auf Dauer umgesetzt werden müssten, sodass auf dieses rechtlich fragwürdige Konstrukt der "temporären Abweichung vom Krankenversicherungsgesetz" getrost verzichtet werden kann. Wie der Erläuternde Bericht gut aufzeigt, haben die betroffenen Akteure bereits heute einen gesetzlichen Handlungsspielraum für "Innovationen" zur Eindämmung des Kostenwachstums. Ein Beispiel dafür ist die kantonale Kompetenz zum Erlass von Globalbudgets für Spitäler (und Pflegeheime). Diese wird heute von den Kantonen Genf, Waadt und Tessin relativ erfolgreich wahrgenommen und könnte in dieser Form von weiteren Kantonen in Anspruch genommen werden. Zwar wäre den möglichen Pilotprojekten in der vorgeschlagenen Ausprägung ein enger Rahmen mit klaren Kriterien gesetzt (z.B. zeitliche und räumliche Begrenzung, Möglichkeit der Rückkehr zur Situation ex ante), gerade deshalb ist aber die Frage nach den konkret zu erwartenden Experimenten entscheidend. Es ist zu begrüßen, dass der Erläuternde Bericht dazu mit den Kommentaren zu Art. 59b endlich mehr Klarheit schafft. Wie befürchtet, erweist sich der Experimentierartikel dabei allerdings als Büchse der Pandora: Darin verpackt sind mehrheitlich alte Forderungen der Versicherungslobby, wie die Lockerung des Territorialitätsprinzips, die Einschränkung des Vertragszwangs oder die Einführung einer einheitlichen Finanzierung. Der SGB lehnt diese – parallel im Parlament mit separaten Vorlagen vorangetriebenen – Forderungen ab und ist daher unter den gegebenen Voraussetzungen keineswegs bereit, "das Experiment zu wagen".

Rechnungskontrolle (Ja)

Der SGB unterstützt eine Stärkung der Verpflichtung der Leistungserbringer zum Versand einer Rechnungskopie an die Versicherten im System des Tiers payant. Es ist zu verurteilen, dass viele Leistungserbringer dieser bereits heute (auf Verordnungsebene) bestehenden Verpflichtung partout nicht nachkommen wollen. Dementsprechend befürworten wir auch die Einführung einer Sanktionsmöglichkeit.

Auch wenn der Bundesrat beabsichtigt, in einem zweiten Schritt auf Verordnungsstufe klarere Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen zu machen, wird es kaum systematisch möglich sein, diese für Laien durchgehend verständlich zu formulieren. Es wäre deshalb sehr wichtig, dass im Rahmen dieser Revision auch die Rolle der Patienten-/Konsumentenschutzorganisationen bzw. Patientenstellen als Anwälte der Versicherten gestärkt wird. Denn diese könnten – beispielsweise im Rahmen von klar definierten Leistungsaufträgen – die Interpretationslücke füllen und den PatientInnen bei der Rechnungskontrolle mit ihrem Fachwissen zur Seite stehen.

Festgehalten werden muss hier allerdings auch, dass die Verpflichtung zur systematischen Rechnungskontrolle keineswegs den PatientInnen übertragen werden darf, sondern weiterhin den Versicherern obliegt und dementsprechend von ihnen besser wahrgenommen werden muss. Zwar haben einige – insbesondere grosse – Versicherer ihre Rechnungskontrolltätigkeit erfolgreich intensiviert und teilweise automatisiert. Andere Krankenkassen scheinen aber noch nicht einmal die Rechnungskontrolle "im engeren Sinne" (Anspruchsberechtigung des/der Versicherten, Zulassung des Leistungserbringers, Anwendung des korrekten Tarifsystems etc.) systematisch wahrzunehmen. Die geplante Verstärkung der Aufsicht der Versicherer durch einen Ausbau der Inspektionen vor Ort sowie eine Einführung von prozessorientierten Prüfungen scheinen daher sehr sinnvoll.

Der SGB unterstützt zudem die im Erläuternden Bericht dargelegte Vorgehensweise, dass – sollten die in einem ersten Schritt umgesetzten Massnahmen nicht genügend Wirkung entfalten – die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde anvisiert werden soll.

Darüber hinaus ist es schlicht nicht mehr zeitgemäss, dass der Grossteil der Rechnungen immer noch ausschliesslich in gedruckter Form bzw. auf dem Postweg versandt wird. Dies ist weder der systematischen Rechnungskontrolle seitens des Versicherers noch der Übersicht über Kosten und Inhalt der in Anspruch genommenen Leistungen seitens des Versicherten förderlich. Der SGB unterstützt daher die Bestrebungen zur Einführung einer systematischen elektronischen Rechnungsübermittlung zumindest an die Versicherer. Auch für die Versicherten wäre dies sinnvoll; selbstverständlich muss es hier aber möglich sein, sämtliche Korrespondenz weiterhin gebührenfrei in gedruckter Form zu erhalten. Ebenfalls stark im Sinne der Versicherten und deshalb zu befürworten ist die Aufhebung der doppelten Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier: Nicht nur die stationären, auch die ambulanten Leistungserbringer sollen dazu verpflichtet werden, ein EPD zu führen. Damit würde die vollständige Erfassung aller behandlungsrelevanten Daten möglich – für jene Versicherten, die dies denn wollen (einfache Freiwilligkeit).

Tarife und Kostensteuerung (Ja, aber)

Der SGB unterstützt die Schaffung eines nationalen Tariffbüros, respektive einer Organisation zur Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen im ambulanten Bereich. Damit diese Organisation effizient arbeiten kann, ist es zudem richtig, die Versicherer und Leistungserbringer zur Bekanntgabe der notwendigen Daten zu verpflichten (und dies mit Sanktionsmöglichkeiten zu flankieren). Der SGB hält es aber für notwendig, dass diese neue Tariforganisation nicht – wie

im Erläuternden Bericht vorgeschlagen – nach dem Vorbild der SwissDRG AG organisiert wird, sondern sich insbesondere in zwei Punkten positiv von dieser unterscheidet. Erstens sollen im Verwaltungsrat nicht nur die Leistungserbringer und Versicherer vertreten sein, sondern auch die Patientenorganisationen. Und zweitens muss nicht nur für Datentransparenz gegenüber dieser Organisation gesorgt werden, sondern die Organisation soll auch selbst Transparenz über ihre Arbeit schaffen – auch gegenüber der Öffentlichkeit. Die SwissDRG AG ist diesbezüglich kein gutes Vorbild, und ganz grundsätzlich hat die Schaffung dieser Organisation, bzw. die damit verbundenen tarifarischen Umstellungen, im stationären Bereich anstelle der prognostizierten Einsparungen eine Reihe neuer Fehlanreize gebracht.

Zur Eindämmung der im Zuge vergangener Tarifierungen oft beobachteten Mengenausweitungen ist es richtig, die Leistungserbringer und Versicherer gesetzlich zu verpflichten, in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren (auch im stationären Bereich). Entscheidend ist dabei aber, dass die Steuerung grundsätzlich – wie im Erläuternden Bericht festgehalten – über stufenweise Tarifierungen und nicht über mengenmässige Beschränkungen erfolgt und dass spezifische Korrekturkomponenten wie neue Pflichtleistungen oder die demografische Entwicklung in die Beurteilung der Massnahmen miteinbezogen werden. Die geplante leistungsbereichsspezifische Allgemeinverbindlichkeit der Massnahmen ist ebenso zu begrüßen wie die grundsätzlich vorgesehene subsidiäre Kompetenz des Bundesrates.

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Ja, aber)

In ihrem eigenen Auslandpreisvergleich kam die Preisüberwachung im November 2017 zum Schluss, dass in der Schweiz Generika 143% teurer und patentabgelaufene Originalpräparate 61% teurer sind als im Durchschnitt der Vergleichsländer. Laut BFS wurden in der Schweiz im Jahr 2016 insgesamt 10.4 Milliarden für Medikamente ausgegeben, was genau einem Achtel der gesamten Gesundheitsausgaben entspricht. Das Einsparpotenzial im Medikamentenbereich ist daher enorm; es liegt für die Grundversicherung im dreistelligen Millionenbereich und insgesamt sogar deutlich darüber. Einer der wichtigsten – und zugleich einfachsten – Massnahmen zur Erzielung dieses Einsparpotenzials ist die schon lange diskutierte Einführung eines Referenzpreissystems, wie es heute bereits mehr als 20 europäische Länder kennen.

Die Preisüberwachung hat im Mai dieses Jahres ein umfassendes Konzept für ein Referenzpreissystem für die Schweiz vorgelegt. Dieses sieht die Bildung von Wirkstoffgruppen mit Generika, Biosimilars, patentabgelaufenen Medikamenten, sowie patentgeschützten Medikamenten ohne erkennbaren Mehrnutzen vor. Für jede Wirkstoffgruppe soll der Referenzpreis auf dem Niveau des günstigsten Generikums plus einem Zuschlag von 5% festgelegt werden; die willkürliche und starre Preisabstandsregel würde abgeschafft. Das Referenzpreissystem soll mit einer Reihe von notwendigen Begleitmassnahmen komplettiert werden (z.B. Erstattung eines teureren Arzneimittels durch die OKP, wenn der Arzt/die Ärztin dies medizinisch begründet).

Vom Vorschlag der Preisüberwachung ist in beiden in dieser Vernehmlassung vorgestellten Ausführungsvarianten des Referenzpreissystems zu unserem grossen Bedauern nicht viel übriggeblieben – die beiden Modelle verdienen diesen Namen eigentlich kaum mehr. Das Modell mit Preisabschlag (Modell 1) würde im Vergleich zum Status quo nur kleine Anpassungen und wohl entsprechend marginale Ersparnisse bringen. Etwas mehr Substanz hat das Modell mit Meldesystem (Modell 2), in welchem der Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der für einen Wirkstoff gelisteten Arzneimittel als Referenzpreis definiert werden soll.

Durch die enge Definition der Wirkstoffgruppen (ATC-5-Level) und die Regelung, dass Wirkstoffe erst dann in das Referenzpreissystem aufgenommen werden, wenn dafür mindestens drei Arzneimittel auf der Spezialitätenliste aufgeführt werden, stellt sich aber bei beiden Modellen die grundsätzliche Frage, ob das Referenzpreissystem überhaupt für eine relevante Anzahl an Medikamenten Anwendung finden würde. Bei Modell 1 kommt erschwerend hinzu, dass der Preisabschlag erst ab vier Arzneimitteln greift, wohingegen bei Modell 2 für Wirkstoffgruppen mit wenigen Arzneimitteln (im Extremfall nur drei) von der Anwendung des Preisdurchschnitts "des günstigsten Drittels" nicht viel zu halten ist. Die vorgeschlagene "Dreier-Regelung" für Wirkstoffgruppen, respektive die Befürchtung der Gewährleistung von Versorgungssicherheit, muss zudem dahingehend relativiert werden, dass heute die drei grössten Generikaproduzenten (Sandoz, Mepha und Spirig) bereits über 80% des Marktes unter sich aufteilen. Die Auswahl an Anbietern ist damit ohnehin sehr begrenzt, und das Klumpenrisiko entsprechend hoch.

In Kombination mit der Einführung eines Referenzpreissystems, von dem der SGB hofft, dass es in der bundesrätlichen Botschaft wesentlich griffiger ausgestaltet sein wird, braucht es weitere Massnahmen im Bereich der Medikamentenpreise. Vordringlich ist insbesondere die jährliche Überprüfung aller Medikamentenpreise (für die Referenzpreise wird in dieser Vorlage ja bereits ein jährlicher Prüfrhythmus vorgeschlagen), bzw. die Bereitstellung der dafür benötigten Ressourcen im BAG. Ebenfalls entscheidend ist die Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips, d.h. die gesetzliche Verankerung der Anwendung des jeweils tieferen Wertes aus dem Auslandpreisvergleich und dem therapeutischen Quervergleich zur Bestimmung des Fabrikabgabepreises. Für den Auslandpreisvergleich sollte zudem der Länderkorb von den heute eher teuren neun Ländern auf weitere und günstigere europäische Länder ausgedehnt werden. Zu guter Letzt muss der Vertriebsanteil der Medikamentenpreise an die heutigen Gegebenheiten angepasst werden – der SGB hat sich im Rahmen der dazu durchgeführten separaten Vernehmlassung positiv geäussert.

Beschwerderecht für Versichererverbände zu Spital- und Pflegeheimlisten (Nein)

Der SGB lehnt diese – im Expertenbericht Diener nicht enthaltene – Massnahme ab. In unserem Verständnis der Gesundheitsversorgung als Service public darf demokratisch nicht legitimierten Versicherern nicht die Kompetenz zugesprochen werden, die Entscheide der demokratisch legitimierten Kantone zu Spital- und Pflegeheimlisten anzufechten. Das dazu gefällte Leiturteil des Bundesverwaltungsgerichts (C-623-2009) ist positiv zu bewerten; wir sehen keinen Bedarf für eine gesetzliche Anpassung. Es muss im Gegenteil vielmehr verhindert werden, dass die Kompetenz der Versicherer zur Abgeltung von Leistungen an Nicht-Listenspitäler gestärkt wird (denn dies wäre eine direkte Folge des vorliegenden Gesetzesentwurfs zur Parlamentarischen Initiative Humbel zur Einführung des Monismus).

Fehlende Massnahmen

Im Bewusstsein darüber, dass noch ein weiteres "Kostendämpfungspaket" folgen wird, ist der SGB dennoch erstaunt darüber, dass entscheidende Massnahmen in diesem ersten Paket fehlen und dementsprechend vom Bundesrat weniger stark priorisiert werden. Dies gilt insbesondere für Massnahmen im Bereich der Zusatzversicherungen, welche auch im Expertenbericht gefordert werden ("M28 Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern"). So belastet alleine die medizinische Überversorgung von zusatzversicherten PatientInnen die Prämien der Grundversicherung bereits heute mit über 400 Millionen Franken pro Jahr (dies deshalb, weil der medizinische Tarif auch bei der Operation einer halbprivat oder privat versicherten Person prinzipiell

über die Grundversicherung finanziert wird). Darüber hinaus ist die Existenz der Zusatzversicherungen bei den gegebenen Tarif- und Abgeltungsstrukturen im Schweizer Gesundheitswesen Ursache für eine Reihe weiterer Fehlanreize, welche auch die Grundversicherung zusätzlich belasten.

Die im Expertenbericht dargelegten Optionen zur Verhinderung missbräuchlicher Zusatzversicherungstarife müssen unserer Meinung nach baldmöglichst vertieft und mit weiteren Elementen flankiert werden. Auf Reformprojekte zur Stärkung der Zusatzversicherungen zulasten der Grundversicherung – allen voran die vom Parlament vorangetriebene "einheitliche Finanzierung" – muss darüber hinaus unbedingt verzichtet werden.

Wir danken herzlich für die Zusammenarbeit und hoffen auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND



Vania Alleva
Vizepräsidentin



Giorgio Tuti
Vizepräsident



Reto Wyss
Zentralsekretär

Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3097 Liebefeld

Per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018 sgv-Gf/nr

Vernehmlassungsantwort
Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur
Kostendämpfung - Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat uns Bundespräsident Alain Berset als Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI eingeladen, zu einem ersten Paket von Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Als grösste Dachorganisation der Schweizer Wirtschaft vertritt der Schweizerische Gewerbeverband sgv über 230 Verbände und gegen 500 000 KMU, 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.

Zu den einzelnen Massnahmen des Vernehmlassungspakets nimmt der sgv wie folgt Stellung:

Experimentierartikel (Pilotprojekte ausserhalb des KVG)

Seitens des sgv können wir der Einführung eines Experimentierartikels unter der Voraussetzung zustimmen, dass enge Rahmenbedingungen eingehalten werden müssen und dass der Geltungsbereich offener ausgestaltet wird. Wir tun dies, obwohl wir uns bewusst sind, dass ein solcher Experimentierartikel aus rechtsstaatlicher Sicht keinesfalls unproblematisch ist. Staatliche Eingriffe können für die betroffenen Akteure weitreichende Konsequenzen mit sich bringen. Es ist deshalb wichtig, dass solche Eingriffe, wenn immer möglich, auf einer soliden rechtlichen Grundlage basieren, das heisst, dass sie vom Gesetzgeber bewusst so beschlossen wurden. Mit einem Experimentierartikel soll nun von diesem wichtigen Grundsatz abgewichen werden, indem dem zuständigen Bundesamt die Kompetenz eingeräumt wird, Massnahmen zuzulassen, die der Gesetzgeber nicht ausdrücklich so vorsah. Diesem Ansinnen können wir nur unter der Bedingung zustimmen, dass die Pilotprojekte unter klaren inhaltlichen Rahmenbedingungen (so insbesondere der Vergleichbarkeit und der wissenschaftlichen Begleitung) genehmigt werden. Rechtssicherheit und Rechtsstaatlichkeit müssen gewährt bleiben (Pilotprojekte dürfen «lediglich» Gesetzeslücken ausnützen, nicht aber gegen geltendes Recht verstossen).

Die Pilotprojekte müssen von der Mehrheit der betroffenen Akteure unterstützt werden und sie müssen reversibel sein. Wichtig ist uns auch eine enge zeitliche Begrenzung (nach unserem Dafürhalten maximal drei Jahre). Des Weiteren beantragen wir, dass die Pilotprojekte nicht ausschliesslich auf den Fokus «Eindämmung der Kostenentwicklung» ausgerichtet werden, sondern dass beispielsweise auch Massnahmen zur Steigerung der Qualität oder der Effizienz getestet werden können.

Den grossen Vorteil von Pilotprojekten sehen wir im Umstand, dass die Wirkung neuer Massnahmen zeitlich und räumlich begrenzt werden kann. Zeigt eine zu testende Massnahme nicht die erhoffte Wirkung oder erweist sie sich gar als schädlich, kann man relativ rasch und mit begrenztem Schaden zum Status Quo zurückkehren. Ein Experimentierartikel dürfte aufgrund der begrenzten zeitlichen und räumlichen Auswirkungen die Schwelle, sich auf Unkonventionelles einzulassen, senken. Wir versprechen uns daher durchaus eine innovationsfördernde Wirkung. Trotz unserer grundsätzlichen Zustimmung möchten wir es aber nicht unterlassen, doch Zweifel an der Wirksamkeit dieser Massnahme anzumelden. Bereits das geltende Recht lässt einen Handlungsspielraum für Innovationen zu. Der Umstand, dass dieser Spielraum bisher nur in bescheidenem Ausmass genutzt wurde, lässt uns an der Wirksamkeit dieser Massnahme zweifeln.

Rechnungskopie für die Versicherten

Der vorgeschlagenen Massnahme können wir nur unter der Bedingung zustimmen, dass der Versand in elektronischer Form erfolgen kann. Das Ausdrucken und Versenden sämtlicher Rechnungen wäre mit einem unverhältnismässigen Mehraufwand verbunden und ist auch aus ökologischen Überlegungen abzulehnen. Der Aufwand für den Versand sämtlicher Leistungsabrechnungen ist auch deshalb gering zu halten, weil wir ernsthafte Zweifel haben, ob die vorgeschlagene Massnahme tauglich ist, um das Kostenwachstum auch nur geringfügig einzudämmen.

Die Versicherten sind jene Personen, die zumindest theoretischen am besten Bescheid wissen sollten über die effektiv erbrachten Leistungen und sie müssten daher am ehesten in der Lage sein, die in Rechnung gestellten Leistungen zu kontrollieren. Insbesondere dann, wenn die Versicherten das Maximum des Selbstbehalts bereits überschritten haben, dürfte aber vielen die Motivation fehlen, sich eingehend mit einer Leistungsabrechnung auseinander zu setzen. Kommt hinzu, dass es für Laien oft schwierig ist, Leistungsabrechnungen richtig zu verstehen, so dass viele Versicherte von Beginn an «kapitulieren» dürften und sich gar nicht erst die Zeit nehmen, die Rechnungen kritisch durchzugehen. Wieder andere fühlen sich stark abhängig von den sie behandelnden Leistungserbringern, was die Hemmschwelle, Rechnungen in Frage zu stellen, deutlich erhöht. All das lässt uns daran zweifeln, dass bei einem systematischen Versand aller Leistungsabrechnungen spürbar mehr Fehler entdeckt werden, als dass dies bei der systematischen Rechnungskontrolle durch die Versicherer der Fall ist. Vielmehr riskiert man wohl, dass die zusätzlich verursachten Kosten höher ausfallen werden als die Beträge, die aufgrund festgestellter Fehler eingespart werden können.

Sobald das elektronische Patientendossier einmal eine ausreichend grosse Durchdringung erreicht hat, ist zu prüfen, ob es nicht zweckmässiger und nachhaltiger ist, die Leistungsabrechnungen dort abzuspeichern, statt sie auf elektronischem und postalischem Weg zu verschicken.

Rechnungskontrollen stärken

Wir sprechen uns dagegen aus, dass sich auch die Bundesbehörden der Kontrolle der Leistungsabrechnungen annehmen oder dass gar eine unabhängige Rechnungskontrollbehörde geschaffen wird. Die systematische und wirkungsvolle Kontrolle der verrechneten Leistungen gehört zu den ureigsten Aufgaben der Versicherer, denen diese aufgrund des hohen Wettbewerbsdruck auch eine hohe Beachtung schenken. Zusätzliche Kontrollen durch die Verwaltung oder durch eine unabhängige Rechnungskontrollbehörde führen mit Bestimmtheit zu substanziell höheren Verwaltungskosten, bieten aber keinerlei Gewähr, dass sich damit zusätzliche Kosten auf der Leitungsseite einsparen lassen. Nach Ansicht des sgV hat sich die Verwaltung darauf zu beschränken, im Rahmen ihrer

Aufsichtstätigkeit sicherzustellen, dass die Versicherer die ihnen übertragenen Aufgaben korrekt erledigen. Es ginge deutlich zu weit, sie auch noch einzelne Abrechnungen kontrollieren zu lassen.

Schaffung eines nationalen Tariffbüros

Wir sind der Meinung, dass ein nationales Tariffbüro restlos überfordert wäre, wenn dieses von Beginn an und unter grossem Zeitdruck sämtliche ambulanten Tarifstrukturen erarbeiten müsste. Der sgV stimmt daher der Schaffung einer nationalen Tariforganisation ausschliesslich unter der Bedingung zu, dass sich diese in der Startphase auf die Ausarbeitung einer Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen beschränkt. Erst wenn damit positive Erfahrungen gesammelt werden konnten, sind die Tätigkeiten des nationalen Tariffbüros dann sukzessive auf weitere Bereiche auszudehnen. Wir sind zwar grundsätzlich zuversichtlich, dass mit einem von den massgebenden Akteuren getragenen Tariffbüros die heute blockierte Tarifverhandlungssituation überwunden werden kann. Die neue Organisation, die es ja zuerst aufzubauen gilt, darf man aber nicht überfordern. Wir treten daher mit Nachdruck dafür ein, ein etappiertes Vorgehen zu wählen und mit dem Tarifbereich zu beginnen, bei dem nach unserem Dafürhalten der grösste Handlungsbedarf besteht.

Weiter treten wir dafür ein, dass es Sache der involvierten Verbände sein sollte, Form, Organisation und Arbeitsweise des neu zu gründenden Tariffbüros zu bestimmen. Naheliegend dürfte es wohl sein, die neu zu gründende Organisation am Modell der SwissDRG AG auszurichten.

Tarifstruktur aktuell halten

Der sgV unterstützt die vorgeschlagene Massnahme unter der Bedingung, dass die Leistungserbringer und die Versicherer für die Lieferung der benötigten Daten fair entschädigt werden. Das Sammeln, Aufbereiten und Weiterleiten der Daten ist mit einem nicht zu unterschätzenden Mehraufwand verbunden, den man den betroffenen Akteuren nicht ohne eine angemessene Abgeltung auferlegen darf. Der sgV tritt daher dafür ein, dass auf eine kostenlose Datenlieferung verzichtet wird und dass der Aufwand der Datenlieferanten anerkannt und bei der Fixierung der Tarife mitberücksichtigt wird. Wird dies sichergestellt, können wir uns den Vorschlägen anschliessen. Damit die Tariforganisation ihre Aufgaben wahrnehmen kann, ist sie unweigerlich darauf angewiesen, dass ihr die notwendigen Daten zur Verfügung gestellt werden. Wir können uns auch damit anfreunden, dass diejenigen Daten, die zur Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarif notwendig sind, an den Bundesrat bzw. an die Bundesverwaltung weiterzuleiten sind. Da das Tariffbüro all diese Daten bereits gesammelt und aufgearbeitet hat, sollte die Datenlieferung an den Bund aus Effizienzüberlegungen in erster Linie durch die Tariforganisation und nicht durch die Leistungserbringer, Versicherer und Verbände erfolgen. Wir treten auch dafür ein, dass explizit festgehalten wird, dass die an den Bund weitergeleiteten Daten ausschliesslich zur Erledigung der in Art. 47b Abs. 2 festgehaltenen Aufgaben verwendet und nicht für andere Aktivitäten der Bundesverwaltung eingesetzt werden dürfen.

Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Seitens des sgV lehnen wir die vorgeschlagene Massnahme klar ab. Es ist und kann nicht Aufgabe der Leistungserbringer und deren Verbände sein, Massnahmen zur Steuerung der Kosten auszuarbeiten, mit den Versicherern zu verhandeln und durch den Bundesrat genehmigen zu lassen. Falls die Politik der Meinung ist, dass die verursachten Kosten generell oder in einzelnen Bereichen zu hoch sind, ist es an ihr, konkrete Massnahmen zur Beseitigung dieses Malaises in die Wege zu leiten. Diese Massnahmen haben sich an das geltende Recht zu halten oder müssen auf demokratisch korrektem Weg neu erlassen werden. Als sehr problematisch erachten wir die Bestimmungen von Art. 47c Abs. 6, die dem Bundesrat das Recht geben sollen, subsidiär solche Massnahmen festzulegen. Die Umsetzung dieser Bestimmung hätte wohl unweigerlich eine weitere Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens zur Folge. Wir lehnen den Vorschlag auch deshalb klar ab, weil mit ihm faktisch ein Globalbudget eingeführt würde. Über den Weg des Genehmigungsverfahrens erhielte der Bundesrat die Möglichkeit, pro Leistungsbereich die maximal zulässigen Kosten zu bestimmen. Die Leistungserbringer und deren Verbände wären dann gezwungen, diese Vorgaben umzusetzen, da andernfalls die

Tarifverträge nicht genehmigt würden. Könnten sich die Leistungserbringer und Versicherer nicht auf Massnahmen einigen, erhielte der Bundesrat gleich auch noch die Kompetenz, diese Massnahmen selber festzulegen.

Pauschalen im ambulanten Bereich fördern

Der sgV lehnt die vorgeschlagenen Anpassungen ab. Wir sind zwar durchaus der Überzeugung, dass Pauschalen ein geeignetes Instrument sein können, um Fehlanreize zu vermindern und Mengenausweitungen einzuschränken. Die gültigen gesetzlichen Grundlagen reichen aber vollkommen aus, um auch im ambulanten Bereich Pauschaltarife zu vereinbaren. Da wir dezidiert der Meinung sind, dass die betroffenen Akteure bei den Tarifvereinbarungen weiter frei entscheiden sollen, wo Pauschaltarife zum Einsatz kommen sollen und wo nicht, sprechen wir uns dagegen aus, dass der Verwaltung Instrumente gegeben werden, um einen zusätzlichen Druck auszuüben.

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Der sgV lehnt die Einführung eines Referenzpreissystems bei Arzneimitteln klar ab. Tiefere Generikapreise hätten unweigerlich zur Folge, dass die Anbieter ihr Angebot ausdünnen und das Dienstleistungsangebot reduzieren müssten. Bei tieferen Margen müsste bei der Lagerhaltung gespart werden, was vermehrt Lieferengpässe zur Folge hätte. Die Versorgungssicherheit würde gefährdet. Zudem würde die Wahlfreiheit der Ärzte, der Leistungserbringer und vor allem auch der Patienten unverhältnismässig stark eingeschränkt. Langzeitpatienten hätten bei der Umsetzung der beiden vom Bundesrat vorgeschlagenen Modelle in Kauf zu nehmen, dass sie zwecks Vermeidung einer höheren Kostenbeteiligung vermehrt die Medikation wechseln müssten. Solche Wechsel wirken sich negativ auf die Therapietreue und den Behandlungserfolg aus, was unweigerlich Folgekosten auslöst. Festzuhalten gilt es auch, dass die Generikahersteller und der Vertriebskanal bereits mehrfach Preissenkungen über sich haben ergehen lassen und damit einen substanziellen Beitrag zur Eindämmung des Kostenwachstums geleistet haben.

Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG

Der sgV begrüsst die Einführung eines Beschwerderechts für die Versicherer. Die Zahl und die Qualität der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime, welche die Kantone bei der Erstellung ihrer Listen berücksichtigen, hat einen massgebenden Einfluss auf die Kosten, welche die Krankenversicherer später zu vergüten haben. Wir erachten es deshalb als positiv, dass man den Versicherern die Möglichkeit geben will, mittels eines Beschwerderechts zumindest in beschränktem Ausmass, auf die kantonalen Listen Einfluss nehmen zu können. Wir beantragen, dass parallel dazu der Rechtsschutz der Leistungserbringer im Interesse der Investitionssicherheit und der Angebotsentwicklung verstärkt wird.

Massnahmen in der Unfall- und Militärversicherung

Wir sprechen uns auch hier klar dagegen aus, dass die Leistungserbringer gezwungen werden sollen, mit der Militärversicherung bzw. mit den Unfallversicherern Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen oder ihrer Kosten zu vereinbaren.

Massnahmen in der Invalidenversicherung

Auch hier lehnen wir es ab, dass die Leistungserbringer oder deren Verbände verpflichtet werden sollen, mit dem Bundesamt Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Gewerbeverband sgV



Hans-Ulrich Bigler
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller
Vizedirektor

Bundesamt für Gesundheit BAG
Seilerstrasse 8
3011 Bern

scienceindustries
Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech

Nordstrasse 15 · Postfach · 8021 Zürich
info@scienceindustries.ch
T +41 44 368 17 11
F +41 44 368 17 70

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Zürich, 13. Dezember 2018

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsantwort von scienceindustries

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für Ihr Schreiben vom 14. September 2018, in welchem Sie uns zur Stellungnahme zum ersten Paket der Kostendämpfungsmassnahmen einladen. Gerne erläutern wir Ihnen nachfolgend unsere Positionen.

scienceindustries ist der Schweizer Wirtschaftsverband Chemie, Pharma und Biotech. 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 Mitgliedsfirmen sind in der Arzneimittelforschung, -herstellung oder in deren Vertrieb tätig, womit sie mindestens teilweise unmittelbar vom vorgeschlagenen Massnahmenpaket betroffen sind.

Einzelnen hervorheben möchten wir im Folgenden das vorgeschlagene **Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente**, die geplante Einführung eines **Experimentierartikels** sowie die Anpassung des **Beschwerderechts für Versichererverbände** gegen Beschlüsse der Kantonsregierung. Zu weiteren Massnahmen des Pakets, die unsere Mitgliedfirmen allenfalls mittelbar betreffen, werden wir uns nicht äussern. Hinsichtlich des Referenzpreissystems verweisen wir zudem auf die Stellungnahme von Intergenerika, welche von scienceindustries unterstützt wird.

Allgemeine Vorbemerkung

Auswahl der Massnahmen: Wir bemängeln, dass die Mehrfachrolle der Kantone in der Gesundheitsversorgung nicht thematisiert wird. Die aktuell hohen Investitionen der Kantone in Spitäler sind enorm. Sie werden über ein Mehrangebot zu vermehrter Nachfrage führen und wegen des Amortisationsbedarfs langfristig zu erheblichem Kostendruck beitragen. Hier wären schnelle Korrekturen nötig, weshalb Massnahmen in diesem Bereich dringlich und vorzuziehen wären. Auch die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen trägt zum Kostenwachstum im Gesundheitswesen bei und wäre prioritär zu beheben.

Qualität nicht aus den Augen verlieren: Führende Gesundheitssysteme definieren sich über ein Qualitätsziel, das möglichst effizient erreicht werden soll. Einseitige Kostenziele bergen das Risiko sub-optimaler Anpassungen, da bei den Kosten anstatt bei deren Ursachen angesetzt wird (z.B. ineffiziente Prozesse/Anreize). Massnahmen seitens Politik und Behörden, die dieses Umdenken sicherstellen, sind nun wichtig und dringend, will man eine hohe Qualität zu «gedämpften» Kosten sichern. Wir regen an, dass das vorliegende Kostendämpfungspaket von diesem Blickwinkel evaluiert und bei Bedarf angepasst wird.

Partnerschaftlicher Ansatz: Die Pharmaindustrie leistet bereits einen signifikanten Beitrag zur Kostendämpfung in der Schweiz, dies bei hohem sozialen Nutzen unserer Innovationen. Als Partner im Gesundheitswesen sind wir bereit, darüber hinaus gehende Massnahmen zu evaluieren. In diesem Zusammenhang ist es für uns zentral, dass diese Massnahmen dort ansetzen, wo die Ursachen liegen und nicht dort, wo aufgrund föderaler Strukturen am einfachsten gespart werden kann. Angesichts der Tatsache, dass die positiven Effekte der neu geregelten dreijährlichen Preisüberprüfungen noch gar nicht abschliessend beurteilt werden können, ist es grundsätzlich verfrüht, schon wieder Massnahmen im Arzneimittelbereich vorzuschlagen.

Referenzpreissystem

Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass durch die Förderung der Abgabe von Generika ein kostendämpfender Effekt im Gesundheitswesen zu erwarten ist, der überdies auch Raum für die Förderung innovativer Therapien schafft. Jedoch hat scienceindustries nicht zuletzt mit Blick auf die Erfahrungen im Ausland stets eine kritische Haltung zu Referenzpreismodellen eingenommen und sieht sich nach Sichtung der nun unterbreiteten Vorschläge darin bestätigt. **Nach eingehender Analyse der Unterlagen kommen wir zum Schluss, dass keines der beiden vorgeschlagenen Modelle geeignet erscheint, die anvisierten Ziele zu erreichen, indes für alle Beteiligten erhebliche Nachteile bringen wird.**

Erst vor knapp zwei Jahren wurden zahlreiche Anpassungen im Preisfestsetzungs- und Überprüfungssystem in Kraft gesetzt. Der danach gestartete Überprüfungszyklus befindet sich somit erst am Ende des zweiten von insgesamt drei Jahren. Obschon diese "Überprüfungsrunde nach neuem System" zum heutigen Zeitpunkt also noch nicht vollständig durchlaufen ist, resultieren gemäss Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) alleine über diese zwei Jahre bereits Einsparungen von rund CHF 325 Mio. Sollte sich diese Summe nur auf die Originalpräparate beziehen, was für uns bisher nicht restlos klar wurde, so kämen gemäss Auskunft von Intergenerika zum aktuellen Zeitpunkt noch einmal Einsparungen von rund CHF 60 Mio. seitens der Generika hinzu. Sollten diese rechnerisch bereits einkalkuliert sein, so trugen Generika mit rund einem Sechstel zu diesen beachtlichen Einsparungen bei. Das neue Preisfestsetzungssystem zeigt somit für den gesamten Medikamentenmarkt signifikant preissenkende Wirkungen. Vor diesem Hintergrund ist nicht einzusehen, weshalb schon wieder bei den Medikamenten die zusätzliche Einführung eines die Sache noch

weiter verkomplizierenden Systems diskutiert wird, zumal mit dem therapeutischen Quervergleich (TQV) und dem Auslandpreisvergleich (APV) ein Referenzsystem bereits heute existiert.

Angesichts dieser Ausgangslage erscheint es uns nicht sinnvoll, das bestehende System umzugestalten, bevor es seine Wirkung vollends entfalten konnte, dies umso mehr als das vorgeschlagene Referenzpreissystem mit erheblichen Unsicherheiten und Risiken für Patienten, Leistungserbringer und Anbieter von patentfreien Arzneimitteln verbunden wäre. Anstatt ein offenkundig preissenkendes System auszuhebeln, indem es mit einem andern ersetzt resp. ergänzt wird, dessen Auswirkung mehr als unklar und offen sind, raten wir, am aktuellen Preisfestsetzungssystem, unter Einbezug der patentabgelaufenen Medikamente, im Grundsatz festzuhalten. Mit Blick auf die heutige Rechtspraxis ist auch in Zukunft mit weiteren Preissenkungen und damit verbundenen Kosteneinsparungen zu rechnen, weshalb ein erneutes gesetzgeberisches Eingreifen in diesem Bereich weder nötig noch dringend ist.

Neben dem Effekt der für die Hersteller schmerzhaften Preisreduktionen ist auch festzuhalten, dass sich der Markt von Nachahmerprodukten gemäss Angaben von Intergenerika unter dem etablierten System dynamischer entwickelt hat als der Erstattungsmarkt insgesamt. Diesen offenbar unter dem heutigen Preisfestsetzungssystem erzielbaren, positiven Trend bei Generika gilt es im Sinne der Kostendämpfung zu bewahren. Sollten dann mittelfristig dennoch unterdurchschnittliche Einsparungen resultieren, so wären Optimierungen im bestehenden System zu prüfen. Allfällige Senkungen müssten aber angemessen erfolgen, wobei ein blosser Vergleich mit den Auslandpreisen ebenso wenig der Massstab sein kann, wie dies bei patentgeschützten Medikamenten der Fall ist. Denn die gesetzlichen Auflagen im kleinen Schweizer Markt sowie die hohen Gestehungskosten führen nicht nur im Bereich der Medikamente nun einmal zu höheren Preisen im Vergleich zum Ausland.

Sodann ist zu beachten, dass die durch ein Referenzpreissystem zu erwartende Preissenkung von den Versicherten kaum wahrgenommen werden dürfte. Würde man bspw. von signifikanten Einsparungen im patentabgelaufenen Bereich (gemäss Schätzung von Intergenerika ca. CHF 420 Mio.) ausgehen, so resultierte eine bescheidene Prämiensenkung von monatlich CHF 5.-, sollten dann die Kassen die Einsparungen an die gut 8 Mio. Versicherten auch vollständig weitergeben. Da dieser Effekt kleiner sein dürfte, als die aufgrund weiter wachsender Kosten im stationären und ambulanten Bereich zu erwartende Prämiensteigerung, würde eine weitere, von den Medikamentenherstellern erbrachte Kosteneinsparung im Ergebnis mehr als kompensiert und bliebe von den Versicherten unbemerkt. Was indes von den Prämienzahlenden sehr wohl wahrgenommen würde, wäre dann der erneut steigende Selbstbehalt, der hier recht eigentlich einem Aufpreis gleichkommt, wird er nicht einmal der Franchise angerechnet. Ein solches System wird die Solidarität der Versicherten auf eine grosse Probe stellen. Während einmal mehr der Prämienanstieg nicht merklich gebremst werden kann, werden die Versicherten trotzdem schlechter gestellt, indem ihnen eine Wahlfreiheit faktisch entzogen wird oder sie aber mit signifikanten steigenden Aufzahlungen konfrontiert werden. Dass dies gerade die etablierten Arzneien und Therapien betrifft, wiegt umso schwerer, insofern diese von einem viel breiteren Kreis von Versicherten in Anspruch genommen werden. Da auf der anderen Seite nicht mit einem merklichen Spareffekt zu rechnen ist, entsteht trotzdem auch kein Raum für die Einführung neuer Therapien.

Ein solches System schafft also allseits nur Verlierer und schon mittelfristig ist in gewissen Therapiegebieten gar mit Kostensteigungen zu rechnen, da doch einige patentabgelaufene Produkte vom Markt verschwinden dürften. **scienceindustries lehnt daher die Einführung eines Referenzpreissystems entschieden ab.**

Zusätzlich zu diesen generellen Überlegungen sprechen folgende weitere Argumente klar gegen die Einführung eines Referenzpreissystems.

Modell 1 (mit Preisabschlag)

Die Einführung eines Referenzpreissystems wird auch in der Schweiz die Margen der Anbieter stark verkleinern und vermehrt zu Versorgungsengpässen mit Bezug auf die betroffenen Produkte führen. Dies konnte - wider vieler Behauptungen - in vielen Ländern, die ein solches System eingeführt haben, beobachtet werden. Denn ob die Hersteller patentabgelaufener Medikamente ihre Produkte unter der Ausgangslage eines Referenzpreissystems auf dem Markt halten, wird in vielen Fällen fragwürdig sein. Dies gilt es auch unter dem Aspekt der Kostendämpfung zu bedenken, konnten die Kostenträger in den vergangenen Jahren doch besonders durch den Patentablauf nachgefragter, umsatzstarker Wirkstoffe profitieren. So sollen nach Angabe von Intergenerika alleine im letzten Jahr die direkten Einsparungen aus der generischen Substitution auf CHF 415 Mio. angewachsen sein. Kämen also patentabgelaufene Produkte konsequenter zum Einsatz, sollten noch höhere Effizienzgewinne erzielt werden können.¹ Schliesslich wären chronisch Erkrankte bedingt durch Versorgungsengpässe oder aufgrund unerschwinglicher Aufzahlungen gezwungen, ihre Medikation häufiger zu wechseln, was sich negativ auf die Therapietreue sowie die Behandlung insgesamt auswirkt und anfängliche Spareffekte wieder stark relativiert. Die Leidtragenden des vorgeschlagenen Systems wären letztlich auch unter diesem Aspekt v.a. die Patienten und Prämienzahler.

Ein Höchstpreis für patentabgelaufene Originalpräparate in der Höhe der heutigen Generikapreise, wie es das BAG vorsieht, würde gemäss Kalkulation von Intergenerika zu einem Preisniveau sämtlicher Originalpräparate nach Patentablauf von 30 bis 80% des europäischen Durchschnittspreises führen. Die weiteren Preisabschläge lägen im Ermessen des Bundesrats und würden sich nach der Anbietersituation am Markt richten. Marktteilnehmer stehen aufgrund solch hoher Preisvolatilität grosser Planungs- und Budgetierungsunsicherheit gegenüber. Zusätzliche Preissenkungen schädigen nicht nur die innovative Komponente der Generikaindustrie (galenische Weiterentwicklungen/patientengerechtere Anwendungsformen), sondern gefährden auch mengenmässig kleinere, tiefpreisigere patentabgelaufene Produkte, die in der Grundversorgung vom Markt verdrängt würden. Die Unternehmen werden sich mittelfristig der geringeren Verfügbarkeit finanzieller Mittel anpassen und sich zunehmend dafür entscheiden, den Fokus auf umsatzstarke Packungen zu legen und die weniger nachgefragten Produkte vom Markt zu nehmen. Auf der Anbieterseite ist somit eine weitere Konzentration wahrscheinlich, ein Phänomen, welches bereits heute augenfällig ist: Gemäss Intergenerika machen nur fünf Firmen rund 88% des Umsatzes aus und in zahlreichen Indikationen mit vorwiegend kleinen Verordnungsvolumen beschränkt sich die Zahl der Anbieter auf ein oder zwei Zulassungsinhaber.

Des Weiteren zielt der vom Bund vorgesehene Mechanismus bei den Preisabschlägen auf die Marktgrösse und nicht den Produkteumsatz ab, was zusätzlich hohe Abschläge zur Folge haben würde und deshalb ebenso kritisch zu würdigen ist. Wären überdies weniger als drei wirkstoffgleiche Arzneien in der Spezialitätenliste aufgeführt, so sollten inskünftig die Vergütungsleistungen der Versicherer nach dem **Kostengünstigkeitsprinzip** bestimmt werden. Demnach soll nur der Preis des nach APV und TQV preisgünstigeren Arzneimittels durch die Grundversicherung vergütet werden, was die Entwicklung der jüngsten Gerichtsentscheide zum Überprüfungsmechanismus bei den Arzneimittelpreisen ignoriert. Dieser Vorschlag ist **abzulehnen**. Eine derartige Abweichung von diesem Mechanismus würde aufgrund der einseitigen Fokussierung auf das günstigere Ergebnis aus APV oder TQV den effektiv angemessenen Wert von Medikamenten verkennen. Zudem sind **Ausschliesslichkeitsrechte** im vorgeschlagenen Modell nicht genügend berücksichtigt. Es besteht damit das erhebliche Risiko, dass das Referenzpreissystem auch dann angewendet

¹ vgl. Publikation: Effizienzbeitrag Generika 2017 – Zusammenfassung Studie bwa consulting ag Bern

würde, wenn bspw. bei einem der Präparate noch ein Unterlagenschutz für neue Indikationen oder spezielle pädiatrische Anwendungsformen besteht.

Schliesslich ist der **Einbezug der Biosimilars in das Referenzpreissystem abzulehnen**. Ein Biosimilar ist ein biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit dem Referenzpräparat aufweist; dagegen ist der chemische Wirkstoff eines Generikums identisch mit demjenigen des Originalpräparates. Diese begriffliche Abgrenzung bei der Arzneimitteldefinition rechtfertigt sich deshalb, weil das mit lebenden Zellen hergestellte Nachahmerprodukt dem Original nur ähnlich, nicht aber identisch ist. Dieses Faktum hat Implikationen bei der Zulassung und im Einsatz von Biologika/Biosimilars in der Praxis zur Folge. Entsprechend definiert das revidierte Heilmittelgesetz (HMG) die Biosimilars neben den Originalpräparaten und den Generika als eigene Kategorie und aus Gründen der Patientensicherheit sowie möglicher Immunogenität sind Biosimilars weder mit dem Referenzpräparat noch untereinander austauschbar. Biosimilars können somit nicht substituiert und deshalb auch nicht in ein Referenzpreissystem eingebunden werden. Es gilt zu vermeiden, dass mit der Revision des KVG Inkohärenzen zum soeben revidierten HMG geschaffen werden. Die Biosimilars sind deshalb aus den vorgeschlagenen Modellen für die Einführung eines Referenzpreissystems explizit auszuschliessen. Sie bedürfen einer separaten Regelung.

scienceindustries spricht sich aus all den oben genannten Gründen gegen die vorgeschlagene Einführung des Preisfestsetzungssystems mit Preisabschlag aus.

Modell 2 (mit Meldesystem)

Im Grundsatz gelten für das Modell 2 des Referenzpreissystems dieselben Argumente, die auch beim Modell 1 vorgebracht wurden, weshalb an dieser Stelle darauf verwiesen werden soll. Neben den genannten Problemen kommt hinsichtlich des zweiten Ansatzes allerdings die Gefahr hinzu, dass nur noch *ein* Präparat der gleichen Wirkstoffzusammensetzung vom Versicherer vergütet würde, was de facto auf einen Individualvertrag (auch Rabattvertrag genannt) zwischen Hersteller und Versicherer hinauslaufen würde. Erzwungene Medikamentenwechsel wären nicht auf die verringerte Versorgungssicherheit zurückzuführen, sondern systemimmanent. Im mengenmässig kleinen Schweizer Generikamarkt mit heute schon wenigen Anbietern wird dieses System nicht funktionieren. In kürzester Zeit würde sich eine Monopol- oder Duopol-Situation entwickeln, weshalb diese Variante als noch schädlicher einzustufen ist, als Modell 1.

scienceindustries lehnt deshalb auch das zweite Modell entschieden ab.

Experimentierartikel

scienceindustries **befürwortet grundsätzlich die Einführung eines Gesetzesartikels zur Zulassung von Pilotprojekten**. Es hat sich gezeigt, dass die Auswirkungen von Massnahmen im Gesundheitswesen oft nicht klar abzuschätzen sind. Mit einem Experimentierartikel besteht die Möglichkeit, Lösungsvorschläge zeitnah und mit begrenztem Einfluss zu testen. Der damit einhergehende Erkenntnisgewinn ist wertvoll, können so schneller wirksame von ungeeigneten Massnahmen abgegrenzt werden, ohne dass das ganze System involviert und möglicherweise gehemmt wird. Im Rahmen der Analyse der unterbreiteten Vorlage mussten wir aber leider eine einseitige Fokussierung von Experimentiermassnahmen feststellen. Auch wenn die Kostendämpfung die Grundintention des Massnahmenpakets darstellt, so sind wir dennoch der Ansicht, dass ein allfälliger **Experimentierartikel nicht auf blosse Kosteneinsparungsprogramme zu beschränken** ist. Unter einem solchen Regime sollen auch neue Ansätze geprüft werden können, die der Verbesserung der Qualität

dienen oder ggf. nur – aber immerhin – mittelbar die Kosten zu dämpfen vermögen, in einer Einführungsphase indes gar Investitionen notwendig machen. Auch die Pharmaindustrie ist grundsätzlich daran interessiert, Projekte unter dem Experimentierartikel vorzuschlagen. So ist bspw. für unsere Mitgliedfirmen die Implementierung des elektronischen Patientendossiers von eminenter Bedeutung, denn dieses stellt recht eigentlich die Grundlage für zahlreiche Weiterentwicklungen bei neuartigen Therapierungsansätzen dar. Die Schweiz gerät gerade in diesem Thema u.E. im internationalen Vergleich immer stärker ins Hintertreffen und vergibt sich hier Chancen. Als weiteres möglicherweise ebenso zukunftsweisendes Projekt wäre allenfalls auch ein eMedikationsprozess zu prüfen. Die genannten Massnahmen dürften initial eher kostentreibend sein, vermöchten indes mittelfristig nicht nur die Versorgungs- und Behandlungsqualität für die Patienten zu verbessern, sondern müssten im Ergebnis auch die Kosten dämmen.

Sodann spricht sich scienceindustries mit Blick auf die Einführung eines Experimentierartikels zum wiederholten Male dezidiert **gegen eine Aufweichung des Territorialitätsprinzips** und somit auch gegen Parallelimporte von Arzneimitteln – auch nicht über den Umweg eines experimentellen Projekts – aus. Derartige Massnahmen stellen einerseits ungerechtfertigterweise den Auftrag der Zulassungsbehörde Swissmedic in Frage und untergraben andererseits die erheblichen Aufwendungen der Pharmaindustrie zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit durch Sicherstellung von fälschungssicheren Lieferketten. Zudem weisen wir darauf hin, dass Massnahmen zur Aufweichung des Territorialitätsprinzips dann konsequenterweise das gesamte Gesundheitswesen betreffen müssten, wie bspw. die Inkludierung der Krankenversicherungen.

Unter der Prämisse, dass ein Experimentierartikel nur im oben umschriebenen Sinne kontrolliert und gewissen Regeln entsprechend Anwendung findet, befürwortet scienceindustries im Grundsatz die Stossrichtung des Vorschlags.

Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierung

scienceindustries spricht sich gegen die vorgeschlagene Einführung eines ideellen Beschwerderechts für die Organisationen der Versicherer wie aber auch gegen ein allfälliges Beschwerderecht der Versicherer selbst aus. Wir teilen die Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts, dass – im Übrigen nicht nur hinsichtlich kantonaler Entscheide mit Bezug auf die Spital- und Pflegeheimlisten – kein schutzwürdiges Interesse erkennbar ist, besagten Verbänden (oder Versicherer) in derart gelagerten Konstellationen eine entsprechende Beschwerdelegitimation zuzubilligen. Ein solches Beschwerderecht würde verkennen, dass es im Gesundheitswesen unterschiedlichste Zuständigkeiten gibt und die Rechtsbeziehungen diesen folgen. Im Fall der Spital- und Pflegeheimlisten sind die Kantone für die Versorgung zuständig und stellen diese über die Umsetzung von gewissen Vorgaben sicher. Erachtet sich eine direkt betroffene Institution als nicht rechtens behandelt, oder will sich ein anderer Kanton zu Wehr setzen, so steht diesen der Rechtsweg offen. Damit besteht ein austariertes System zwischen einer gewissen Garantenstellung der hier zuständigen kantonal-öffentlichen Hand in ihrer Planungsaufgabe und von Einzelakteuren, die sich im Einzelfall zur Wehr setzen können.

Es besteht keine Not und entbehrt auch der Logik, hier die aufbegehrenden Krankenkassen in einer gesuchten Art und Weise zu legitimieren, denn sie sind nun einmal nicht direkt beschwert, wird ihnen gegenüber weder ein Recht verletzt noch verweigert. Die heutigen Verfahrensrechte bilden die Beschwerdnis der involvierten Parteien ab und die rechtliche Überprüfung der hoheitlichen Entscheide ist garantiert. Dies verhält sich im Übrigen auch bei den Medikamentenpreisfestsetzungsverfügungen nicht anders, weshalb wir auch dazu jegliche Beschwerdelegitimation der Krankenkassen stets abgelehnt hatten, was indes hier nicht zur Debatte steht.

Es besteht somit im heutigen System für die Versicherten genügende Gewähr für eine bedarfsorientiert umgesetzte Spitalplanung. Sollte hingegen ein breiter Konsens bestehen, dass die Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrolle ihre diesbezügliche Aufgabe nur suboptimal wahrnehmen können, so läge ein systemimmanenter Fehler vor, den es dann generell zu hinterfragen und konzeptioneller zu korrigieren gälte. Zahlreiche, einzelne Rechtsstreitigkeiten zwischen Kantonen und Versicherern vom Zaune zu reissen, werden hingegen nur zusätzliche Ressourcen binden, indes keine Lösungen bringen. Es gibt für uns also keinen Grund, hier und auch in anderen Themenbereichen weder den Kassen selbst noch ihren Organisationen ein Beschwerderecht einzuräumen, sind sie in diesem Verfahren nicht Partei, von diesen Entscheiden nicht direkt betroffen und würde ein solches lediglich zu einer zusätzlichen Beschwerdeflut führen, ohne dass die Interessen der Versicherten besser gewahrt wären. Die Krankenkassen müssen vielmehr endlich den Tatbeweis erbringen, ihre Hauptaufgabe, nämlich die griffige Rechnungskontrolle, in gewünschter Weise wahrnehmen zu können, bevor sie sich vom Gesetzgeber weitere Tätigkeitsfelder zusichern lassen. Würde man im Übrigen diese extensive Legitimationslogik weiterdenken, müssten inskünftig auch alle gegenüber den Versicherern erlassenen Prämienfestsetzungsverfügungen von Dritten auf deren Herabsetzung angefochten werden können, obwohl diese ebenfalls nicht Partei in diesem Verfahren waren.

Aus besagten Gründen lehnt scienceindustries die bürokratische Massnahme zur Ausdehnung des Beschwerderechts auf Versichererverbände entschieden ab.

Für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse

Dr. Stephan Mumenthaler
Direktor

Jürg Granwehr
Leiter Pharma Schweiz

Kopie an:

- ASSGP
- economiesuisse
- Intergenerika
- Interpharma
- vips

Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Assurance maladie et
accidents
Division Prestations
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Par email à :
[abteilung-leistungen@bag.admin.ch/](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch

Lausanne, le 13 décembre 2018

**Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie
concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er}
volet soumis à consultation**

Madame, Monsieur

La Fédération romande des consommateurs (ci-après : la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée. Vous trouverez en annexe notre prise de position détaillée, dont nous vous livrons ci-dessous une synthèse.

Article relatif aux projet pilotes – MO2

La FRC se prononce en faveur de cet article avec des réserves : elle demande que les projets pilotes ne remettent en cause ni la liberté de contracter ni la couverture garantie aux assurés par la LAMal.

**Organisation tarifaire nationale – M34
Maintien de la structure tarifaire à jour – M25**

La FRC soutient ces deux mesures, mais demande qu'y soit incluse une représentation des assurés. Il n'est plus possible aujourd'hui de considérer que les intérêts des assurés soient représentés par les assureurs. Les mutuelles d'antan ont vécu.

Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

La FRC soutient cette mesure pour autant que soit garantie l'homogénéité des méthodes permettant de hiérarchiser la gravité des cas, afin d'éviter surdiagnostics et surmédicalisation.

Système de prix de référence pour les médicaments – M22

La FRC soutient cette mesure mais regrette que le système de prix de référence ne soit prévu que pour des médicaments dont la substance active est identique. Elle plaide pour un élargissement aux médicaments de type « me too ». La variante I est préférée à la variante II.

Copie de la facture pour les assurés et renforcement du contrôle des factures – M09 Création d'un organe indépendant de contrôle des factures – M35

La FRC soutient ces deux mesures. Concernant M09, elle demande toutefois que des moyens soient mis rapidement à la disposition des représentants des consommateurs et des patients pour les accompagner et développer les compétences nécessaires à la compréhension et, le cas échéant, à la contestation d'une facture. Au sujet de M35, la FRC souhaite que la création de cet organe ne soit pas conditionnée au manque d'efficacité des mesures renforçant le système actuellement en place. Elle plaide, au contraire, pour sa mise en place immédiate.

Droit de recours pour les assureurs concernant les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux

La FRC ne soutient pas cette mesure qui est susceptible de paralyser durablement le système au détriment des consommateurs de soin.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniel
Responsable Santé

Position de la Fédération romande des consommateurs relative à la Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet soumis à consultation

1. Remarque introductive générale

La FRC salue la volonté du Conseil Fédéral, après avoir mandaté un collège d'experts internationaux, de vouloir mener une réforme globale du système de santé et d'assurance des soins. Elle note toutefois que la plupart des mesures préconisées s'attachent à corriger des aspects du système pour juguler la hausse des coûts, mais elles ne s'attaquent à aucun des fondamentaux qui ont contribué ces vingt dernières années à faire augmenter de façon incessante la part financière que les ménages dédient à leur santé et, surtout, à leurs primes d'assurance. Face au vieillissement de la population, le risque est grand pour qu'en dépit des efforts préconisés, la hausse se perpétue, risquant alors de pousser à leurs limites non seulement le système de santé, mais aussi les assurés qui, en Suisse, assument la part la plus élevée dans les pays de l'OCDE. En l'état, la FRC considère que si les mesures mises en consultation permettront, pour certaines d'entre elles, quelques corrections, elles n'enlèveront pas la pression structurelle qui repose sur les épaules des assurés.

2. Article relatif aux projets pilotes – M02

La FRC se prononce en faveur de cet article avec toutefois quelques réserves. Il semblerait qu'il puisse favoriser l'éclosion de nouvelles approches en matière de santé. Par exemple, des projets pilotes tels que le « modèle fribourgeois d'assistance pharmaceutique » – rémunération forfaitaire des médicaments dans les EMS fribourgeois, projet remis en question par les assureurs – auraient pu avec un tel article de loi être analysés puis éventuellement généralisés. Mais, il manque dans le rapport explicatif et les modifications de l'art. 59b la définition d'un cadre précisant la marge accordée aux projets pilotes. Un canton ou une assurance peut-il ainsi suspendre dans le cadre d'un projet pilote la liberté de contracter ou l'obligation de s'assurer ? Serait-il possible de suspendre le principe de « territorialité » ? En fonction des conséquences encourues par les patients-assurés-consommateurs « tests », comment ceux-ci sont-ils couverts ? Par ailleurs, comment sont-ils associés dans la mise en place dudit projet et en fonction de quels critères ? Quand et comment sont-ils consultés ? Bref, jusqu'à quel point les principes cadres de la LAMal peuvent-ils être suspendus dans la mise en place de projets pilotes ? Le rapport explicatif ne donne aucune indication à ce sujet. Il paraît donc important pour la FRC de poser des principes cadres auxquels les projets pilotes ne peuvent déroger, ceux-ci concernant avant tout la liberté de contracter et l'obligation d'offrir aux assurés une couverture au moins égale à celle proposée par les modèles standard ou alternatif d'assurance.

3. Organisation tarifaire nationale – M34

Maintien de la structure tarifaire à jour – M25

La FRC salue la mise en place d'une structure similaire à SwissDRG SA pour les prestations ambulatoires dont l'objectif est la négociation des points attribués aux prestations. Afin d'éviter des blocages en cas de non-entente entre les partenaires, la FRC se satisfait également de la possibilité faite au Conseil Fédéral d'intervenir de façon contraignante. La FRC s'étonne toutefois que le Conseil Fédéral considère que les intérêts des assurés soient automatiquement défendus par les représentants des assureurs, la mutuelle d'antan qui aurait légitimé cette représentation a vécu ! En ce sens, la FRC milite pour une représentation

plus directe des patients-assurés et de la mise à disposition des moyens afférents (voir infra prise de position relative à M09 et M35).

La FRC souhaite en effet éviter le cas de figure de l'article 43 al. 4 de la LAMal où il est prévu que les assurés soient consultés lorsqu'une convention tarifaire est passée entre des fédérations : régulièrement sollicitée, la FRC ne peut donner suite à cette obligation légale dans la mesure où aucun moyen pour ce faire ne lui est alloué.

4. Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

La FRC soutient cette mesure. Toute mesure qui vise à rompre avec une tarification à l'acte est accueillie favorablement par la FRC. Les forfaits apportent la souplesse nécessaire à une prise en charge adéquate des patients tout en œuvrant à une maîtrise des coûts. Néanmoins, elle plaide pour une certaine vigilance afin d'éviter les distorsions connues dans les DRG où des forfaits sont déjà pratiqués, notamment celles qui résultent de méthodes trop disparates dans l'évaluation des cas et de leur gravité, ce qui peut conduire à des surdiagnostics aussi bien qu'à une surmédicalisation néfaste pour les patients et, en conséquence, pour la bonne maîtrise des dépenses de santé.

5. Système de prix de référence pour les médicaments – M22

La FRC salue cette mesure, qu'elle soutient de longue date. A moyen terme, cette mesure devrait permettre des économies. A court terme, il faut toutefois se demander si une période transitoire est prévue pour permettre une bonne gestion du stock actuel. Cette question se pose en particulier pour les établissements de soins afin d'éviter un gaspillage écologique, médical et financier, et d'assurer une bonne transition aux patients, en particulier malades chroniques. La question de la transition se pose également de façon plus durable. On ne peut en effet exclure que les deux variantes proposées entraînent des substitutions obligatoires dans les traitements, lorsque notamment le prix de référence baisse avec l'arrivée sur le marché d'un générique meilleur marché. En l'état, le projet de loi n'est clair ni sur la façon dont les transitions seront gérées, ni sur la marge laissée aux patients dont la compliance à un traitement chronique dépend beaucoup de sa stabilité de fond et formelle. Il conviendrait au moins d'inclure, selon les classes des médicaments, des indications sur la forme galénique et non exclusivement sur la seule substance active.

La question de la pénurie se pose déjà. D'une certaine façon, dans la mesure où la plupart des pays du Nord tendent à baisser les prix des médicaments, le risque d'assèchement (pénurie par retrait de produits) du marché suisse – dont les prix continuent à être élevés par rapport à leurs voisins européens en dépit des pressions régulières exercées sur les prix – doit être pris en compte mais dans sa juste mesure. Le même risque est mentionné en France ou en Allemagne, l'industrie pharmaceutique ne peut désertier tous ces marchés en même temps. D'un côté, la petite taille du marché en Suisse le rend particulièrement vulnérable, de l'autre les prix malgré tout plus élevés qu'ailleurs la préservent encore quelque peu. En ce sens, il faudrait se demander dans quelle mesure la Suisse n'est pas en mesure de s'associer à (ou au moins, de s'aligner sur) des initiatives de négociations de prix conjointes, type BENELUXA. Ces initiatives représentent une piste à creuser pour éviter des disparités nationales trop marquées et, en conséquence, quelques dégâts collatéraux.

Selon la FRC, le problème plus fondamental est celui de la liberté que peuvent s'octroyer les fabricants de retirer du marché un traitement qu'ils continuent à produire : quels mécanismes est-il prévu afin d'éviter des situations de pénurie dont la cause est le souci de l'industrie pharmaceutique de maintenir ses marges plutôt qu'un problème logistique (panne, matière première, etc.) ? A cet effet, la FRC plaide – comme le préconise le rapport des experts dont est tiré ce premier paquet de mesures – pour que les préparations dites « me too » dont la composition est fondée sur des substances actives ayant le même mécanisme d'action que des médicaments déjà autorisés, soient incluses dans ce premier train de mesures. Suivant la variante I et en lissant les prix d'une large gamme de produits, une telle inclusion permettrait de diminuer la pression sur les patients-consommateurs-assurés. Sans cela, ces derniers risquent bien de devoir assumer une charge excessive soit financièrement, soit en adaptant constamment leurs traitements. Une telle mesure conduirait également à des économies plus importantes dans l'AOS, et aurait le mérite de

stopper la mise sur le marché de médicaments dont le niveau d'innovation n'amène que peu (ou pas) de plus-value thérapeutique aux traitements déjà autorisés.

Entre la variante I et II, la FRC privilégie la première variante. En effet, comparativement, la variante I laisse davantage de marge aux patients et consommateurs. Si le projet de modification de la loi intègre nos remarques ci-dessus, la variante I est susceptible de limiter les substitutions obligatoires pour les hôpitaux comme pour les patients. Le problème de la variante II tient principalement au fait qu'elle laisse aux caisses-maladie toute la latitude pour définir quels traitements elles prennent en charge. Elle les incite ainsi à le faire autant de fois qu'elle le juge nécessaire. Ce mécanisme aura des répercussions fâcheuses pour les patients. Ceux-ci auront le choix entre payer une part de leur traitement jusque-là totalement remboursé pour le conserver ou, alors, le changer. Or, des changements de traitement trop fréquents peuvent avoir un impact négatif sur la compliance et, au final, entraîner des coûts supplémentaires dans la prise en charge (liés aux effets de la non-compliance). Par ailleurs, ces possibles substitutions en chaîne auront un coût également pour les prestataires de soins qui devront à chaque fois réorganiser leur stock. En définitive, ces impacts négatifs risquent de peser tout aussi lourdement dans la balance que les économies prévues et, donc, n'avoir des répercussions que minimales sur les primes des assurés. Pour cette raison, la FRC préfère la variante I moyennant l'élargissement de la gamme de médicaments soumis au prix de référence.

6. Copie de la facture pour les assurés et renforcement du contrôle des factures –

M09

Création d'un organe indépendant de contrôle des factures – M35

La FRC soutient avec force la remise automatique de la facture aux assurés, indépendamment du régime d'assurance pour lequel ces derniers ont opté – tiers payant, tiers garant. Dans les faits, les assurés sous le régime du tiers payant ne reçoivent pas automatiquement leurs factures. Le renforcement et l'élargissement des dispositions déjà existantes de la LAMal (art. 59) en cas de négligence de la part des fournisseurs de prestations sont ainsi bienvenus.

La FRC nuance toutefois l'étendue des possibilités relatives à la remise automatique d'une copie de la facture. Cette remise ne « responsabilise » pas le patient mais l'incite à se montrer vigilant. Cette vigilance n'est pas possible partout et en tout temps : par exemple, une personne hospitalisée d'urgence et/ ou subissant une anesthésie générale peut bien recevoir sa facture, elle ne sera pas en mesure de s'exprimer sur la grande partie de son contenu. Plus généralement, en l'état actuel des choses, les factures sont illisibles pour une large frange de patients. Il est bien précisé dans le rapport explicatif qu'il faudrait faciliter la lisibilité des factures. Quels moyens le DFI et l'OFSP envisagent-ils à cette fin ? Sans l'apport d'un soutien aux organismes qui défendent et/ ou accompagnent les patients et les consommateurs pour qu'ils puissent les soutenir dans l'exercice de leur vigilance, cette mesure risque de n'atteindre que de façon partielle les objectifs visés.

Plus précisément, il faut se demander quelles sont les compétences requises aux assurés pour qu'ils fassent valoir leurs prérogatives. Ils doivent connaître les modalités de remboursement mais également disposer de quelques bases relatives aux systèmes de tarification. Le développement de ces connaissances est possible par un renforcement des permanences d'assistance ou de conseil déjà existantes (FSP, FRC, SKS, ACSI) et la mise en place de prestations favorisant « l'empowerement » des patients, assurés et consommateurs. Il faut aussi envisager le lancement de campagnes d'information autour de la tarification et la facturation. La FRC plaide, en particulier, pour la mise en place d'un format de facture « à lecture facilitée » qui accompagnerait la facture standard. La mise en place d'un tel format exige une concertation entre les différentes parties concernées. Indépendamment du résultat des consultations, la FRC souhaite que l'ensemble de ces prestations puissent être développées et se tient bien entendu à disposition pour y participer, via notamment des projets existants adressés aux consommateurs.

La FRC accueille favorablement toutes les mesures qui visent un renforcement des contrôles des factures et des audits en la matière. En particulier sous le régime du tiers-payant, il est compliqué pour un assuré de savoir quand et pourquoi une facture est contestée ou non par son assurance. La définition de normes minimales et communes entre assurances en matière de contrôle des factures devraient aboutir à davantage de transparence afin d'aider les assurés à mieux s'insérer dans des tractations qui les

concernent (sous réserve de la réalisation des conditions mentionnées ci-dessus relatives au renforcement de leurs compétences).

Enfin, la création d'un service national de médecin-conseils obtient le soutien de la FRC. Il apporterait de l'indépendance et une centralisation accrue dans un système où les intérêts sont divergents et les fragmentations nombreuses. Il aurait pour effet également de fournir des données uniformisées très utiles pour la mise en place de programmes de santé publique adéquats. A ce titre, la FRC suggère de mettre sur pied une telle structure sans la conditionner au manque d'efficacité résultant de l'intensification du contrôle existant qui, précisément, manque de cohérence. Elle pourrait y apporter sa contribution sous forme de conseil avec l'aide des associations qui défendent avec elle les intérêts des patients, des assurés et des citoyens (FSP, OSP, SKS, ACSI).

7. Droit de recours pour les assureurs concernant les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux

La FRC ne soutient pas cette mesure. Tout indique que ce droit de recours octroyé aux assureurs est susceptible de créer des paralysies supplémentaires dans le système de santé, au détriment des patients-assurés, sans possibilité de déblocage par l'entremise du pouvoir exécutif fédéral.

Fédération romande des consommateurs, Lausanne le 13 décembre 2018



Sophie Michaud Gigon
Secrétaire générale



Yannis Papadaniel
Responsable Santé



Stiftung für Konsumentenschutz
Monbijoustrasse 61
Postfach
3001 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Geht per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Rückfragen:

Tonja Iten, stv. Leiterin Gesundheit
t.iten@konsumentenschutz.ch, 031 370 24 29

Bern, 13. Dezember 2018

Teilrevision des KVG betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Stellungnahme

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Stiftung für Konsumentenschutz dankt Ihnen für die Gelegenheit, zum genannten Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu dürfen. Gerne lassen wir Ihnen nachfolgend unsere Bemerkungen zukommen.

Grundsätzliches

Der Konsumentenschutz begrüsst, dass endlich Anstrengungen unternommen werden, um die dramatische Kostenentwicklung und Prämiensteigerungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Griff zu kriegen. Doch kritisieren wir die Ausgestaltung des ersten Massnahmenpakets vehement, denn die Vorschläge aus dem ursprünglich vielversprechenden Massnahmenkatalog der Expertengruppe wurde mit dieser Vorlage massiv abgeschwächt. Das Kostensenkungspotential wird so nicht ausgeschöpft. Im Folgenden werden wir auf die einzelnen Massnahmen eingehen.

Einschätzung der geplanten Massnahmen

1. Experimentierartikel (M02)

Der Konsumentenschutz begrüsst die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotenprojekten, wie von der Expertengruppe vorgeschlagen (M02). Der nach geltendem Recht bereits existierende Handlungsspielraum für Innovationen, welche die betroffenen Akteure nutzen könnten, um Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums zu ergreifen, wurde bis anhin nur ungenügend genutzt. Wichtig ist jedoch, dass der nun neu eingeführte Experimentierartikel **ausschliesslich** für Projekte zur Verfügung steht, die tatsächlich zu einer Kostensenkung führen. Denn es besteht die Gefahr, dass Innovationen getestet werden, die zu einer (zusätzlichen) Mengenausweitung führen, die Kosten anderwärtig ansteigen lassen oder diese zumindest so hoch belassen wie es heute der Fall ist.

2. Rechnungskontrolle

Rechnungskopie Patient (Vorschlag EDI)

Um die Rechnungskontrolle zu stärken, schreibt die Vernehmlassungsvorlage vor, dass die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie an den Patienten klarer festgehalten und auf Gesetzesstufe verankert wird, statt wie bis anhin auf Verordnungsstufe. Der Konsumentenschutz sieht hierin eine längst überfällige Massnahme. Das Bundesamt für Gesundheit hat bisher versagt, dies gegenüber den Leistungsbringer einzufordern. Wir begrüssen die stärkere gesetzliche Verankerung dieser Pflicht auf Gesetzesstufe und ebenso, dass Sanktionsmöglichkeiten auf Verstösse eingeführt werden. Doch alle gesetzlichen Vorgaben sind wirkungslos, wenn der Vollzug fehlt. Es ist daher unverzichtbar und wird hoffentlich zukünftig praktiziert, dass die gesetzlichen Vorgaben endlich vollzogen werden.

Zudem bleibt das Anliegen jedoch praktisch wirkungslos, wenn die Rechnungen für den Patienten wie bis anhin unverständlich sind. Die Pflicht für eine bessere **Verständlichkeit** ist bisher zwar auf Gesetzesstufe festgehalten, wird jedoch ungenügend umgesetzt. Dem Vorschlag, dass die Vorgaben zur besseren Verständlichkeit der Rechnungen für den Patienten auf Verordnungsstufe weiter konkretisiert werden, muss deshalb unbedingt und unverzüglich Folge geleistet werden.

Rechnungskontrolle stärken (M09) & Unabhängige Rechnungskontrollbehörde (M35)

In den ersten Massnahmen, die geprüft werden, sieht das EDI im März zudem die Stärkung der Rechnungskontrollen (M09) sowie der Aufbau einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde (M35) vor. Die im Expertenbericht geforderte Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde wird in der Vorlage jedoch nicht umgesetzt, was wir vehement kritisieren. Eine unabhängige Rechnungskontrollbehörde muss zwingend parallel geschaffen und nicht nur als Drohfinger benutzt werden. Diese Stelle könnte die Ressourcen bündeln, die heute von allen Versicherern für die Rechnungsprüfung eingesetzt werden, und die Kontrollen effizienter und effektiver durchführen.

3. Tarife und Kostensteuerung

Schaffung eines nationalen Tarifbüros (M34)

Der Konsumentenschutz unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros grundsätzlich. Wir bemängeln jedoch, dass bloss Versicherer und Leistungserbringer in diesem Gremium vertreten sein sollen. Es fehlen die Kantone und natürlich die Patienten- und Konsumentenorganisationen. Denn die Interessen der Versicherer sind nicht immer deckungsgleich mit denen der PatientInnen und KonsumentInnen.

Tarifstruktur aktuell halten (M25)

Dass die Tarifpartner auch im ambulanten Bereich zur Datenlieferung an den Bundesrat gesetzlich verpflichtet werden sollen, ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn es ist wichtig, dass die Tarife regelmässig durchleuchtet werden. Doch kritisieren wir, dass der Vorschlag der Expertengruppe verwässert wird und der Bundesrat die Anpassung der TARMED Tarifstruktur nicht jährlich vornehmen soll. Mit dieser Massnahme hätte der BR ein starkes Instrument zur Kostensteuerung in der Hand. Es ist auf die Wechselwirkungen mit anderen Massnahmen (M34) hinzuweisen.

Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Vorschlag EDI)

Nach dem in die Vernehmlassung geschickten Rechtssetzungspaket legt der Bundesrat nur für gesamtschweizerische geltende Verträge Massnahmen zur Kostensteuerung (Beobachtung Mengen- und Kostenentwicklung und Kostenbremse) fest. Die entsprechenden Prinzipien sollten analog auch auf kantonaler Ebene gelten.

Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15)

Die Weiterentwicklung weg von Einzelleistungstarifstrukturen in Richtung Pauschalen ist dringend und rasch voranzutreiben. Wir kritisieren die zögerlichen Schritte, welche die Gesetzesvorlage diesbezüglich vorsieht.

Governance-Konflikt der Kantone reduzieren (M36)

Die Kantone verfolgen aufgrund ihrer Mehrfachrolle zu viele unterschiedliche Interessen, der resultierende Interessenkonflikt muss stärker unterbrochen werden, als in der Gesetzesvorlage vorgesehen. Nicht die Kantone sollen über die kantonalen Tarife bestimmen, sondern eine unabhängige Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsinstanz, wie die Expertengruppe mit Massnahme 36 fordert. Wir favorisieren hierfür die Schaffung einer eigenständigen Schiedskommission unter dem Vorsitz des Preisüberwachers, welcher keine partikularen Interessen verfolgt (Variante 2). Die Gesetzesvorlage lehnt eine solches unabhängiges Gremium ab, die genannten Gründe stufen wir als nicht valide ein.

4. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Die in die Vernehmlassung geschickte Vorlage schlägt zwei Modelle für die Ausgestaltung eines Referenzpreissystems bei Arzneimitteln vor. Wir lehnen das Modell mit Preisabschlag strikt ab. Dieses ermöglicht nur wenige Einsparungen und bewirkt eine zu geringe Förderung der Generika. Stattdessen empfehlen wir das Modell mit Meldesystem, welches Wettbewerb schafft und Potenzial zu Kosteneinsparungen besitzt.

5. Beschwerderecht von Versichererverbänden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen

Der Konsumentenschutz begrüsst die vorgeschlagene Ausweitung des Beschwerderechts, was einen verbesserten Schutz der Interessen der OKP gewährleistet. Allerdings fordern wir, dass auch PatientInnen und KonsumentInnen einbezogen werden. Es ist nicht immer klar, dass die Versicherer auch deren Wohl vertreten.

Fazit

Der Konsumentenschutz fordert eine konsequente Umsetzung der Punkte des Expertenberichts. Viele der ursprünglich effektiven Massnahmen wurden bereits verwässert, das Kosteneinsparungspotential dadurch erheblich reduziert. Das Bundesamt für Gesundheit ist gefordert, den Empfehlungen der Experten konsequent Folge zu leisten.

Wir danken Ihnen für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Sara Stalder,
Geschäftsleiterin

Tonja Iten,
Stv. Leiterin Gesundheit

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Aargauischer Ärzteverband

Abkürzung der Firma / Organisation : AAV

Adresse : Im Grund 12, 5405 Baden-Dättwil

Kontaktperson : Nadia Haller/Geschäftsführerin

Telefon : 056 484 70 90

E-Mail : aav-haller@hin.ch

Datum : 16. November 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	2
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	2
Weitere Vorschläge	4
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AAV	Wir verneinen nicht, dass das Gesundheitswesen in der Schweiz viel kostet. Allerdings ist es nach wie vor finanzierbar. Den Fokus auf die Kostenreduktion zu legen ist nachvollziehbar, da ein weiterer Anstieg mit der Zeit nicht mehr verkraftet werden kann. Der aktuelle Vorschlag nimmt insbesondere die Leistungserbringer in Pflicht. Hierbei ist unbedingt zu beachten, wieviel Nutzen vernichtet wird. Überhaupt nicht diskutiert werden Einschränkungen des Leistungskatalogs. Der Entwurf will 5er und Weggli: Alle Leistungen zu billigerem Tarif. Man braucht kein Prophet zu sein um vorherzusagen, dass diese Strategie Schiffbruch erleiden wird. Die qualitativ hochstehende Versorgung wird geopfert, eine Zweiklassenmedizin, wie wir sie von anderen Ländern kennen wird sich etablieren.
AAV	Einzelne Massnahmen, wie ein Experimentierartikel können durchaus positive Effekte haben

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AAV	42.59	3		Bereits heute müssen die Leistungserbringer den Patienten eine Rechnungskopie zustellen. Dies wird jedoch häufig nicht umgesetzt (insbesondere im Tiers payant). Die Massnahme ist zu unterstützen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

AAV	43	5		Pauschaltarife müssen auf Daten abgestützt sein. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die bundesrätlichen Eingriffe nicht Datenbasiert gefällt werden. Aus diesem Grund ist eine erweitere subsidiäre Kompetenz des Bundesrates auf Pauschalen abzulehnen, es sei denn es werde gesetzlich verlangt, dass die Pauschalen auf Basis eines sachgerechten und betriebswirtschaftlich gerechneten Einzelleistungstarifs bemessen werden.	
AAV	47a			Ein nationales Tariffbüro ist notwendig, um eine kontinuierliche Pflege des Tarifs zu garantieren. Dies kann jedoch nicht die Aufgabe des Bundes sein. Die Folge wäre ein Staatstarif. Staatliche Eingriffe haben in den letzten Jahren nichts aber auch gar nichts zur Reduktion der Kosten beigetragen. Es ist zu befürchten, dass ein riesiger teurer Apparat aufgebaut wird, welcher dann wieder von den Leistungserbringern finanziert werden muss.	Diese Kompetenz muss bei Leistungserbringern und Versicherern liegen
AAV	47c			Diese Massnahme führt zu einem Globalbudget. Das Globalbudget führt zu Rationierungen auf dem Buckel der Leistungserbringer.	Diese Massnahme würde ein Referendum auslösen
AAV	59b			Ein Experimentierartikel kann ein gutes Instrument sein um neue Versicherungsmodelle auszutesten. Diese Massnahme wird begrüsst.	
AAV	26 MVG 56 UVG			Es ist nicht nachvollziehbar, wieso das UVG und MVG einbezogen werden soll. Insbesondere, da die medizinischen Kosten im UVG in den letzten Jahren stabil blieben. Ein Globalbudget in diesem Bereich ist systemwidrig.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
AAV		Keine	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : ÄRZTEGESELLSCHAFT BASELLAND

Abkürzung der Firma / Organisation : AeG BL

Adresse : Renggenweg 1, CH- 4450 Sissach

Kontaktperson : Fritz Schwab, Geschäftsführer

Telefon : +41-61 976 98 08

E-Mail : fschwab@hin.ch

Datum : 12. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	5
Weitere Vorschläge	9
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Ein Kostendämpfungspaket soll klare Kostenkürzungsansätze beschreiben. Bereits in der Einleitung des erläuternden Berichts wird jedoch erwähnt, dass die finanziellen Auswirkungen eines grossen Teils der Massnahmen nicht genau quantifiziert werden können. Aus Sicht der AeG BL verursacht dieses Paket bei der Umsetzung einen nicht absehbaren personellen Mehraufwand in der Administration (bei den Datenlieferanten, bei den Tariffbüros, bei den Garanten und in den Bundesämtern). Dies wird sogar in den Erläuterungen beim Tariffbüro erwähnt (Seite 13). Das KVG verlangt Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der medizinischen Leistungen zu berücksichtigen. Mit der absehbaren Verdoppelung der über 80jährigen Bevölkerung, wie in den Erläuterungen erwähnt, hat das Gesundheitssystem den Auftrag die medizinische Versorgung den Bedürfnissen dieser Altersgruppe anzupassen. Dies darf jedoch nicht zu Lasten von anderen Altersgruppen, wie z.B. den Kindern und Jugendlichen geschehen, wo heute schon eine Unterfinanzierung besteht. Bedürfnisse aller Patienten, im Speziellen bei den Altersgruppen am Lebensstart und am Lebensende, sind Nähe der Versorgung, Kontinuität der Behandlung und eine ganzheitliche medizinische Betreuung wichtig. Dies ist nur leistbar mit einer optimalen Vernetzung der verschiedenen Behandlungspartner. Um dies gewährleisten zu können, braucht es ein modernes und sicheres E-Health System und eine faire Abgeltung für den professionellen Austausch im Behandlungsnetzwerk. Diese Teilrevision stärkt diesen Punkt nicht, sondern schafft noch mehr patientenferne Jobs, die nicht die Bedürfnisse einer schlanken, effizienten, qualitativ hochstehenden Medizin unterstützen. Würden wir es schaffen, dass alle Patienten bei einem Grundversorger betreut würden, sei es in einer Einzelpraxis, Gruppenpraxis oder Permanence, könnten die teuren und unnötigen Doppelspurigkeiten auf ein Minimum reduziert werden. Gleichzeitig kann der Grundversorger den Patienten bedarfsgerecht an den Spezialisten oder das Spital überweisen und ihn nach der Behandlung wieder bei sich kostengünstig weiterbetreuen. Dazu braucht es aber schlanke administrative Strukturen, damit der Arzt und die Pflegenden ihre Arbeitszeit maximal am Patienten mit therapierelevanten Massnahmen verbringen können. Die AeG BL ist auch der Meinung, dass eine Kostenkontrolle bei den Gesundheitsausgaben wichtig ist. Die in der Revision beschriebenen Massnahmen bringen weder klare Kosteneinsparungen noch einen Mehrwert für die Patienten. Eine deutliche Senkung der Gesundheitskosten liesse sich demgegenüber erzielen durch sinnvolle Präventions-Massnahmen (insbesondere Tabakwerbeschutz von Kindern und Jugendlichen, s. am Ende dieser Vernehmlassungsantwort unter „Weitere Vorschläge“).

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3		Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie ist zur Zeit schon auf Verordnungsstufe geregelt (Art. 59 Abs. 4 KVV) Die AeG BL findet, dass ein zusätzlicher Gesetzesartikel nicht nötig ist.	Antrag: ersatzlos streichen
	43	5		Die AeG BL ist der Meinung, dass ambulante Pauschalen sinnvoll sind bei Leistungen mit klar definierten und zwischen Patienten vergleichbaren Abläufen (z.B. Präventive Kolonoskopie, Carpal tunnel spaltung..). Viele Patienten kommen jedoch mit unspezifischen Symptomen zum Arzt, z.B. Müdigkeit, Schmerzsymptomen. In diesen Situationen sowie in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen ist ein standardisiertes Vorgehen oft nicht möglich und es braucht eine dem Fall angepasste individualisierte Abklärung und Therapie. Dies kann nicht mit Pauschalen korrekt abgebildet werden. Die AeG BL plädiert deshalb für ein duales System, Pauschalen für klar definierte Leistungen und ein «Baukasten-System» wie Tarmed für individualisierte, ganzheitliche Medizin.	Antrag: Einführung eines dualen Abrechnungssystems im ambulanten Bereich: Pauschalen für klar definierte Leistungen und ein Tarifmodell, welches eine individualisierte Abrechnung ermöglicht.
	47a			Für die gemeinsame Organisation im stationären Bereich (SwissDRG) gibt der Bundesrat keine Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation vor. Dies soll auch im ambulanten Bereich nicht erfolgen. Entsprechend ist Abs. 2 ersatzlos zu streichen. Die AeG BL begrüsst, dass der Gesetzesentwurf vorsieht, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer eine zwingend paritätisch besetzte Organisation einsetzen. Die AeG BL unterstützt die Schaffung eines nationalen Tariffbüros für den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt und sie effizient und schlank aufgebaut ist.	Antrag: Abs. 2 ersatzlos zu streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	47b			Heute müssen nur bei der Einreichung eines Tarifes sämtliche Daten für die Genehmigung an den Bundesrat geliefert werden (Art. 59d KVV). Im stationären Bereich gehen die Daten ausschliesslich an die Organisation (SwissDRG) und nicht an den Bundesrat. Nach Art. 47b KVG (neu) müssten auch dann Daten geliefert werden, wenn kein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Damit wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass der Bundesrat künftig unabhängig von Tarifverhandlungen die Tarife selbst festlegen kann. Diese neue Bestimmung umfasst eine Pflicht zur unbeschränkten und kostenlosen Datenlieferung und ist verknüpft mit Sanktionsmöglichkeiten. Die Grundsätze der Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit sind nicht erfüllt. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner. Entsprechend ist Abs. 2 ersatzlos zu streichen. Zusätzlich gilt anzumerken: Die Voraussetzungen für die Festlegung, noch Anpassung und Genehmigung sind in keiner Weise definiert. Und: Was bedeutet «Preise»? Die AeG BL fordert, dass nur Daten gesammelt werden, die einen Mehrwert für den Patienten, Leistungserbringer und Versicherer ergeben. Auch wenn die Daten gratis geliefert werden müssen, verursacht dies Mehrkosten, sowohl auf der Seite der «Datenlieferanten» wie auch auf Seite der Datenanalysten. Wir sind dagegen, dass noch mehr Mittel im Gesundheitswesen weg vom Patienten hin zur Administration fließen.	Antrag: Absatz 2 ersatzlos zu streichen.
	47c			Die AeG BL lehnt diese Massnahme vollumfänglich ab, es handelt sich hier um die Einführung des Globalbudgets. Die ambulanten Tarife sind für private Praxen bereits heute kaum und für Ambulatorien nicht kostendeckend, vor allem in der Kinder- und Jugendmedizin und im Bereich der Sozialpsychiatrie. Ein Globalbudget mit degressiven Tarifen ist nicht tragbar.	Antrag: Streichung des Art. 47c

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	52		Die AeG BL spricht sich wie die FMH gegen ein Referenzpreissystem aus, weil dieses zu Versorgungsengpässen führt und die Patientensicherheit gefährdet. Das Modell mit Meldesystem ist klar abzulehnen. Es führt zu massivem administrativem Mehraufwand und ist nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen. 4/5 Art. 52a KVG (neu) enthält eine Bestimmung, die sich auf eine Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis bezieht. Diese Bestimmung ist unter dem Aspekt der Patientensicherheit nicht tragbar. Wer definiert «gleiche medizinische Eignung»? Was heisst «gleiche medizinischer Eignung»? In diesem Kontext ist auf haftpflichtrechtliche Risiken hinzuweisen. Für ein Modell mit Preisabschlag wären zentrale Änderungen an der Vorlage zwingend: • Für die Patientensicherheit ist nicht nur der Wirkstoff, sondern auch die Galenik eines Arzneimittels entscheidend. Die Galenik ist entscheidend für die Verträglichkeit und für die Wirksamkeit. Bei Säuglingen und Kindern ist auch die Applikationsform entscheidend, weil sonst das Arzneimittel nicht eingenommen werden kann. Dieser Tatsache wird im Vorschlag keine Rechnung getragen. • Gemäss Art. 52b Abs. 1 KVG (neu) soll ein Referenzpreis und Höchstpreis dann festgelegt werden, wenn drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Entscheidend für die Versorgungssicherheit ist, dass mehrere Lieferanten und nicht nur verschiedene Hersteller auf dem Markt vorhanden sind. Bereits heute bestehende Versorgungsengpässe sind auf Lieferantenausfälle zurückzuführen. Diesbezüglich ist die aktuelle Bestimmung nicht präzise. Neben der bereits bestehenden «out of stock»-Problematik kann es zusätzlich vermehrt zur «out of market»-Problematik kommen und die Auslandabhängigkeit der Schweiz hinsichtlich Medikamentenversorgung wird zunehmen. •	Antrag: Ablehnung des Art 52b
--	----	--	---	-------------------------------

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Die in Art. 52b Abs. 5 KVG (neu) angesprochene Periodizität muss mindestens 3 Jahre betragen.	
	59b			Grundsätzlich ist ein Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu begrüßen. Die AeG BL unterstützt die Einführung eines Experimentierartikels daher unter folgenden Voraussetzungen: • Leistungserbringer, Versicherer und Kantone sind gleichwertige Partner. • Ein Obligatorium zur Teilnahme an einem Pilotprojekt wird abgelehnt. Mit dem Experimentierartikel soll die Möglichkeit geschaffen werden, Pilotprojekte durchzuführen. Es darf daraus keine Verpflichtung entstehen. • Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 scheint uns wenig lösungsorientiert. Die AeG BL schlägt vor, dass die Pilotprojekte von den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden. Der Bundesrat soll bewilligen, überwachen und nach erfolgter Evaluation ggf. Antrag auf Überführung der Bestimmungen in das ordentliche Gesetz stellen. • Pilotprojekte dürfen nicht allein aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt werden. Qualität und Versorgungskriterien sind ebenso zu berücksichtigen.	Antrag: Abs. 4 ist entsprechend ersatzlos zu streichen. Ergänzung Pilotprojekte sollten ein Mehrwert für die Patientenbetreuung bringen, in Bezug auf Kontinuität Qualität und Versorgungssicherheit.
	26 56	1,3 1,3 bis UVG		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV im Rahmen eines Kostendämpfungsprojektes für das KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie z.B. die Einführung eines Globalbudgets, welche in diesen weiteren Sozialversicherungszweigen gesetzlich verankert werden sollen. Der Bundesrat will die Bestimmungen über die Steuerung der Kosten (also das Globalbudget) nicht nur im KVG, sondern auch im MVG und UVG einführen. Gesetzliche Bestimmungen im UVG bzw. MVG sollen im Rahmen einer UVG- bzw. MVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherungen	Antrag: Ablehnung dieser beiden Artikel

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				nach dem Naturalleistungsprinzip funktionieren, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die FMH lehnt das Globalbudget auch im MVG und UVG ab. Damit der Bundesrat die Tarife festlegen kann, benötigt er die dafür notwendigen Daten. Dies lehnt die AeG BL gemäss obiger Argumentation ebenfalls ab. Weiter ist hier klar zu erwähnen, dass dieser Gesetzesartikel die Kinder- und Jugendmedizin stark belastet, sind doch 50% der Kinder und Jugendlichen im stationären Bereich IV-versichert.	
	27	6	bis	Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen einer IVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherung nach dem Naturalleistungsprinzip funktioniert, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die AeG BL lehnt das Globalbudget auch im IVG ab. Die Datenlieferung lehnt die FMH gemäss obiger Argumentation ebenfalls ab	Antrag: Ablehnung

Weitere Vorschläge				
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag	
		Eine relevante Kostenreduktion im Schweizerischen Gesundheitswesen liesse sich durch adäquate wirksame Schutzmassnahmen und Tabakwerbeschutz von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes zu Tabakprodukten erzielen. Seit über 20 Jahren ist der Raucheranteil in der Schweiz stabil bei etwa 20% geblieben. Wissenschaftlich ist seit Jahrzehnten bekannt, dass es eine starke kausale Assoziation gibt mit relevanten kostentreibenden Erkrankungen (Tumoren, Herz- und Lungenerkrankungen), die für einen Grossteil der Gesundheitskosten mitverantwortlich sind. Die AeG BL unterstützt deshalb die Forderung «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung». Hier könnte durch eine einfache kostengünstige politische Massnahme überaus sinnvoll und effektiv ein		

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		starker Einfluss auf die Gesundheitskosten erfolgen, analog wie dies dank rascher und effizienter Förderung von Präventionsmassnahmen im Rahmen der HIV-Kampagnen seit 1987 für HIV-Erkrankungen der Fall war und immer noch ist. Würden die Präventionsmassnahmen betreffend HIV nachlassen, käme es rasch zu einer relevanten Kostenexplosion, die wohl wieder der Ärzteschaft in die Schuhe geschoben werden könnte? Ebenfalls wären relevante, kosteneffektive Einsparungen möglich durch intensivere, koordinierte Vorsorgemassnahmen in Bezug auf die bekannten ‚Zivilisationskrankheiten‘ wie Adipositas, Diabetes Typ 2, arterielle Hypertonie und Stresserkrankungen.	
--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Ärztegesellschaft 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 : 20.11.2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularefelder 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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Pauschalen im ambulanten Bereich: Ambulante Patientenpauschaltarife beruhen auf betriebswirtschaftlich und sachgerecht zusammengefassten Positionen aus einem Einzelleistungstarif. Die AeGLu unterstützt Pauschalen, wenn diese plausibel aus einem Einzelleistungstarif berechnet sind. Diesbezüglich braucht keine zusätzlichen subsidiären Kompetenzen des BR, da diese schon geregelt sind.
	Massnahmen zur Steuerung der Kosten: Es ist auch aus Sicht der AeGLU zwingend nötig, Verträge in jährlichen Abständen neu zu beurteilen, Anpassungen an neue Verfahren vorzunehmen, neue Technische Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen und Korrekturen laufend anzupassen. Nur so kann man einen Tarif auf dem neusten Stand halten. Anpassungen ins Tarifsysteem müssen mit den Partnern vorher geklärt werden Dies war leider im bisherigen Tarifsysteem Tarmed infolge Vetorecht der Versicherer nicht möglich. Bei Einigung der Tarifpartner ist der BR zu verpflichten, den Tarif gesetzeskonform umzusetzen. Willkürliche Eingriffe verzerren die berechnete Grundlage und führen zu ungerechten Unterschieden und Kollateralschäden. Nicht näher definierte Steuerungsmassnahmen lehnen wir vehement ab, da diese zu versteckten Rationierungsmassnahmen führen und einem Globalbudget gleichkommen. Die Aerzteschaft distanziert sich klar von einseitig vorzunehmenden Rationierungsmassnahmen durch die Leistungserbringer. Sollten solche Vorstösse angenommen werden, liegt es in der Verantwortung der Politiker und Verwaltungsgremien Entsprechendes zu vertreten. Subsidiäre Eingriffe müssen nicht neu geregelt werden, die gesetzlichen Grundlagen sind vorhanden.
	Datenbekanntgabe im Tarifwesen: Dieses Anliegen ist durch die Datenerhebung MAS des BFS erfüllt. Zudem sind die KK ebenfalls mit einer ZSR Statistik bedient und können kostenpflichtig von der SASIS AG eingesehen werden. Nach Auffassung der AeGLU ist eine weitere Datensammelungsstelle unnötig.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Organisation für Tarifstrukturen: Die Schaffung eines nationalen Tariffbüros/ Organisation für Tarifstrukturen für amb. Behandlungen analog Swiss DRG kann nur zugestimmt werden, wenn die Struktur – und Tarifautonomie gewährleistet ist. Wichtig für die Ärzteschaft ist eine unabhängige Tariforganisation. Bei staatlichen Stellen befürchten wir einen trägen und kostspieligen Neu-Aufbau einer Tarif-Organisation, welche zuerst Know-how erarbeiten müssen. Zudem braucht es nicht nur national, sondern auch in den Kantonen entsprechendes Know-how zur Festlegung der Taxpunktwerte und doppelte Administrationen.
	Pilotprojekte Dieser Artikel als innovativer Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit begrüssen wir. Wir setzen viel Hoffnung in neue Pilotprojekte, wo in Randzonen neue Versicherungsmodelle und integrierte Versorgungsmodelle ausserhalb des KVG unkompliziert und gemeinsam im Sinne der Interprofessionalität mit anderen Leistungserbringern ausprobiert werden können. Durch die verbesserte Zusammenarbeit mit allen Leistungserbringern sollen administrative Kosten verringert, unbürokratisch und unkompliziert lösungsorientierte Modelle ausprobiert und erarbeitet werden. Projekte müssen an Versorgungskriterien gemessen werden. Zu prüfen ist, welcher Patient von welchem Leistungserbringer die richtige Behandlung zur richtigen Zeit am richtigen Ort erhält. So würden evtl. unbürokratisch Patienten mit Problemen am Bewegungsapparat direkt Kontakt mit Physiotherapeuten aufnehmen und erst im Verlaufe bei Beschwerdepersistenz den Hausarzt für weiterführende Abklärungen aufsuchen.
	Referenzpreismodell: Referenzpreismodell lehnen wir klar ab, denn die geforderten Einsparungen lassen sich nicht realisieren bei lediglich 2 grossen Generika-Anbietern auf dem schweizerischen Markt. Auch führt dieses Billigstpreissystem zu vermehrten Versorgungsengpässen mit vermehrten Stock-out-situation, Nichtverfügbarkeit vieler Darreichungsformen und fehlenden wichtigen Arzneimitteln, für die sich die Produktion nicht mehr lohnt. Zudem ist die Patientensicherheit höchstgradig gefährdet, da Medikamente mehrfach jährlich umgestellt werden müssen, um Mehrkosten für Patienten zu vermeiden. Patienten sind schon heute bei der Umstellung von Originalpräparaten auf Generika, resp. bei Stock-outs auf ein anderes gleichwertiges Produkt höchstgradig gefährdet. Für eine optimale Compliance der Patienten ist eine kontinuierliche Abgabe des gleichen Präparates nötig, insbesondere bei der Polypharmazie bei multimorbiden Patienten. Wenn Pat. mehr als 5-6 Medikamente einnehmen müssen und diese mehrfach pro Jahr ausgetauscht werden, sind Verwechslungen, doppelte Einnahme, falsche Applikation vorprogrammiert. Führen wegen Nebenwirkungen und Überdosierungen zu lebensbedrohlichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Interaktionen mit nachweislich massiv vermehrten Hospitalisationen bei komplexen Krankheitsbildern bei multimorbiden Patienten. Geplante Einsparungen werden durch absehbare teure Spitalkosten verunmöglicht und führen mit grosser Wahrscheinlichkeit zu neuen Kosten. Jegliche Form der Gefährdung der Patientensicherheit durch Interaktionen und Nebenwirkungen und falscher Weichenstellung zu Beginn einer Erkrankung führt nachweislich zu hohen Folgekosten! Die Versorgungs- und Patientensicherheit werden akut gefährdet. Auch die Sprechstundenzeiten werden klar verlängert, da wir neben der Besprechung der Einnahme, der Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten die Patientencompliance möglichst optimieren wollen, wird die Ärzteschaft in Diskussionen über wenige Franken verwickelt und können unsere Aufgabe der Therapiebetreuung und -begleitung aus Zeitgründen nicht korrekt wahrnehmen! Dies führt zu Demotivation auf allen Ebenen. Den administrativen sinnlosen Mehraufwand durch das Modell mit Meldesystem ist ebenso klar abzulehnen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Generika nicht immer Wirkungsäquivalent sind d.h. gleicher Wirkstoff mit unterschiedlichen Trägersubstanz gerade am Beispiel der Psychiatrie nicht immer die gleiche Wirkung auslösen und somit nicht einfach ausgetauscht werden können. Dafür hat das bisherige Verordnungssystem eine Position Code 207 eingeführt, damit in solchen Fällen das Originalpräparat ohne 20% Selbstbehalt verschrieben werden darf.
	Koordination zu UV/MV/IV UV/IV und MV sollen diesbezüglich gesondert beurteilt werden. Zudem funktionierten diese Versicherungen nach dem Naturalleistungsprinzip und Globalbudgets sind systemfremd. Die Datenlieferungspflicht für UVG, IVG und MVG lehnen wird ab, da diese anderweitig schon geregelt sind. Für die IV gelten aus unserer Sicht die gleichen Aspekte wie für UV und die MVG. Sowohl eine Globalbudget als auch eine kostenlose Datenlieferungspflicht lehnen wir ab. Im Globalbudget bei den Sozialversicherungen werden Behinderte durch Rationierungen ungleich behandelt, was den geltenden Grundsätzen widerspricht.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	KVG 43	5		Rechnungskopien für Versicherte sind im System Tiers Garant und Tiers Payant schon heute in den Tarifverträgen festgelegt und werden im Kt LU immer den Pat. zugestellt mit anschliessender Weiterleitung an die Versicherer. Die Transparenz der Leistungserbringung durch Rechnungskopien ist gewährleistet und somit unnötig neu einzufordern. Viele Patienten wünschen explizit keine Rechnungskopie und verzichten freiwillig darauf. In diesem Sinne braucht es keine Verschärfung der bisherigen Massnahmen.	<i>... im System des Tier Payant kann die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnungen verlangen, die an den Versicherer gegangen ist.</i>
	KVG 47a	2		Solange die Tarifpartner sich einigen können, muss dem Bundesrat nicht die Möglichkeit eingeräumt werden, Grundsätze betreffend Form und Betrieb aufzustellen.	Ersatzlos streichen
	KVG 47a	4		Die vorgeschlagene Norm könnte dazu führen, dass der Bundesrat die Tarifautonomie der Tarifpartner aushebelt und selbst einen amtlichen Tarif einführt.	<i>Ergänzung: Verweigert der Bundesrat die Genehmigung, haben die Tarifpartner dem Bundesrat einen neuen Vorschlag zu unterbreiten.</i>
	KVG 47b	1-3		Die notwendigen Daten werden durch das BfS bereits gesammelt. Entsprechend sind den Leistungsempfängern und deren Verbänden keine weitere Datenlieferungs-pflichten aufzuerlegen	Ersatzlos streichen
	KVG 47c		1	Die Aerzteschaft distanziert sich klar von einseitig	<i>Die Leistungserbringer oder deren Verbände</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				vorzunehmenden Rationierungsmassnahmen durch die Leistungserbringer. Sollten solche Vorstösse angenommen werden, so liegt es in der Verantwortung der Politiker und Verwaltungsgremien entsprechende Massnahmen zu vertreten	<i>und die Versicherer oder deren Verbände können dem Bundesrat Massnahmen zur Steuerung der Kosten vorschlagen.</i>
	KVG 52a			vgl. obenstehende allgemeine Bemerkungen: Die Massnahme ist ungeeignet, Kosten einzusparen. Dafür wird die Patientensicherheit massiv gefährdet.	Ersatzlos streichen
	KVG 52b			vgl. obenstehende allgemeine Bemerkungen: Die Massnahme ist ungeeignet, Kosten einzusparen. Dafür wird die Patientensicherheit massiv gefährdet.	Ersatzlos streichen
	KVG 53	1 ^{bis}		Weshalb die Versicherer weitere Möglichkeiten für Beschwerden eingeräumt werden, ist nicht nachvollziehbar. Falls dem so wäre, müssten die Norm auch auf die Leistungserbringer und deren Verbände ausgedehnt werden.	Ersatzlos streichen.
	KVG 59b	1 lit.f		Die vorgeschlagene Norm ist viel zu offen.	Ersatzlos streichen
	KVG 59b	2		Um Klarheit zu haben sind Pilotprojekte in zeitlicher Hinsicht zu begrenzen.	<i>Die Pilotprojekte dauern höchstens 2 Jahre und sind inhaltlich und räumlich zu begrenzen.</i>
	KVG 59b	4		Bei solchen Modellen der integrierten Versorgung muss Freiwilligkeit gelten, da Erfahrungen zeigen, mitmachen werden nie alle und Zwänge führen zu Blockaden und verhindern Entwicklungen.	<i>Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung sind freiwillig.</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	MV 26	3 ^{bis}		vgl. obenstehende allgemeine Bemerkungen	Ersatzlos streichen
	UVG 56	3 ^{bis}		vgl. obenstehende allgemeine Bemerkungen	Ersatzlos streichen
	IVG 27	6		vgl. obenstehende allgemeine Bemerkungen	Ersatzlos streichen
	IVG 27 ^{bis}			vgl. obenstehende allgemeine Bemerkungen	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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	52b	6	
	52b	7	
	53		

HERR BUNDESRAT ALAIN BERSET

P.A. BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT
DIREKTIONSBEREICH KRANKEN-
UND UNFALLVERSICHERUNG
ABTEILUNG LEISTUNGEN
SCHWARZENBURGSTRASSE 157
3003 BERN

PER E-MAIL
ABTEILUNG-LEISTUNGEN@BAG.ADMIN.CH

ZÜRICH, 21. NOVEMBER 2018

**TEILREVISION DES BUNDESGESETZES VOM 18. MÄRZ 1994 ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG:
MASSNAHMEN ZUR KOSTENDÄMPFUNG – PAKET 1
VERNEHMLASSUNGSANTWORT AGZ**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die AGZ ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTON ZÜRICH vertritt die Interessen von rund 5800 diplomierten Ärztinnen und Ärzten im Kanton Zürich, in deren Namen wir uns erlauben, Stellung zu den vorgeschlagenen Massnahmen zu beziehen. Unsere Stellungnahme geben wir aber auch als Anwältin der von unseren Ärztinnen und Ärzten betreuten Patienten sowie der Menschen ab, die im Bedarfsfall auf eine gute Versorgung durch die Ärzte vertrauen.

Die AGZ zeigt sich sehr besorgt über die Stossrichtung und die einzelnen Massnahmen der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG. Der Bundesrat verfolgt nach wie vor das prioritäre gesundheitspolitischen Ziel einer Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Die AGZ erkennt nicht die Notwendigkeit, dass auch in der Schweiz als einem der reichsten Länder der Welt über die Kosten des hochentwickelten Schweizer Gesundheitssystems diskutiert werden muss. Die AGZ ist aber der Auffassung, dass in dieser Diskussion zurzeit die falschen Schlüsse gezogen und die falschen Massnahmen ergriffen werden.

I. ZUR KOSTENSITUATION ALLGEMEIN

Die Vorlage steht im Kontext der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 und der Legislaturziele 2015 - 2019, in denen der Bundesrat eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung zu einem seiner Hauptziele erklärte. Um dies zu erreichen, will der Bundesrat Kostendämpfungsmassnahmen in allen grossen Kostenblöcken („Spital stationär“, „Arztbehandlungen ambulant“, „Arzneimittel“, „Spital ambulant“) und – aufgrund der Kompetenzaufteilung im Schweizer Gesundheitswesen – auf allen Ebenen und bei allen Akteuren implementieren.

Wir erlauben uns, zum wiederholten Mal darauf hinzuweisen, dass es bei einer sachlichen Betrachtungsweise kein wirkliches Kostenproblem für die Volkswirtschaft und den Grossteil der Bevölkerung gibt. Die Schweizer Gesundheitsversorgung ist zurzeit finanziell tragbar und wäre auch in der Zukunft noch finanziell tragbar, wenn für

Gesundheitsausgaben bspw. 15% des Bundesinlandsprodukts verwendet würden. Es ist auch nicht so, dass das KVG, trotz der Einführung zahlreicher zusätzlicher Leistungen, der starken Bevölkerungszunahme und der demografischen Alterung, keinen Kostendämpfungseffekt gehabt hätte. Der inflationsbereinigte reale jährliche Kostenanstieg betrug in 20 Jahren KVG 3.5% im Vergleich zu 3.7% vor der Einführung des KVG.¹

Diese im internationalen Umfeld vergleichbaren Kostensteigerungen haben hingegen bewirkt, dass das Schweizer Gesundheitssystem mittlerweile eine Versorgungsqualität erreicht hat, die in anderen Ländern, mit denen sich der Bundesrat vergleicht, nicht vorhanden ist. Die aus unserer Sicht ohne finanzielle Not vorgeschlagenen, umfangreichen Kostendämpfungsmassnahmen werden zwangsläufig negative Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung haben. Wir vermissen in der Kostendämpfungsstrategie des Bundesrates die Bezugnahme auf den exzellenten Leistungsausweis des Versorgungssystems zugunsten der Schweizer Bevölkerung, und ein «Health Impact Assessment» seiner von ihm vorgeschlagenen Massnahmen:

Von einer Gesetzesrevision, die gravierende Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat, darf die Bevölkerung nicht nur eine Antwort darauf erwarten, welche finanziellen Auswirkungen die Revision hat (nicht einmal darüber gibt die Gesetzesvorlage eine Antwort), sondern auch darauf, welche Auswirkungen auf ihre Gesundheitsversorgung die Kostendämpfungsmassnahmen haben.

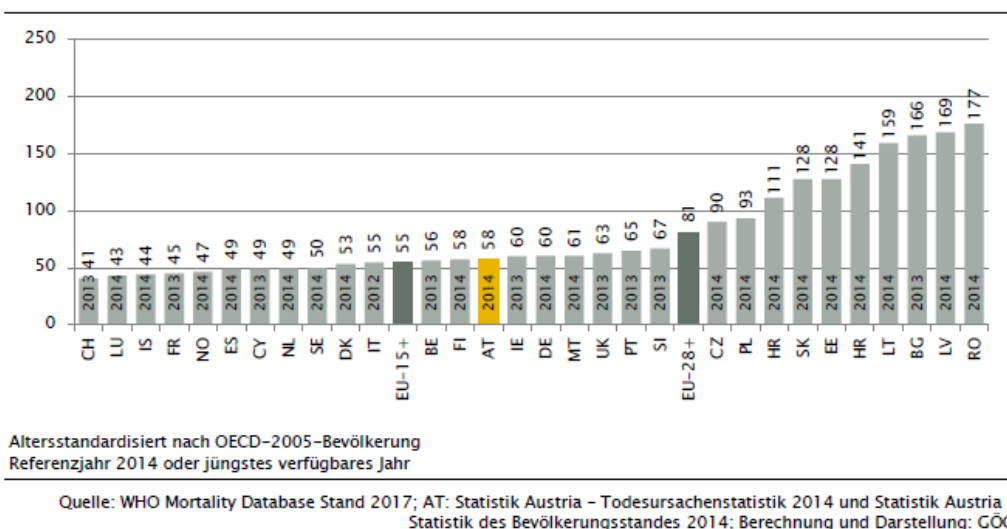
Wir erwähnen hier nur einige wesentliche Indikatoren, auf deren Auswirkungen wir Antworten erwarten:

Beste Versorgungsqualität bei der durch Medizin beeinflussbaren vorzeitigen Sterblichkeit

Zurecht wird betreffend Beeinflussung der in der Schweiz sehr hohen Lebenserwartung der Bevölkerung darauf hingewiesen, dass die hohe Lebenserwartung nicht nur auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zurückzuführen ist, und daneben das natürliche und soziale Umfeld und der Lebensstil einen wesentlichen Einfluss haben. Die unmittelbare Wirkung des Gesundheitsversorgungssystems auf die Lebensdauer kann besser durch den Indikator «Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (Mortality Amenable to Health Care, MAHC)» gemessen werden. Vorzeitig bezieht sich dabei in den meisten Fällen auf ein Alter von unter 75 Jahren. In die Berechnung fliessen Todesursachen ein, die unmittelbar durch das Gesundheitsversorgungssystem beeinflussbar gewesen wären. Dieser Indikator verweist damit direkt auf die Versorgungsqualität von Gesundheitssystemen. In der Schweiz gibt es pro 100'000 Einwohner nur 41 Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetreten wären. Das ist gemäss dem in der nachfolgenden Tabelle abgebildeten OECD-Vergleich der absolut tiefste Wert.²

Abbildung 2.27:

MAHC im europäischen Vergleich, 2014



¹ Quelle: A. Froidevaux, Ch. Kilchenmann, Ein statistischer Rückblick auf 20 Jahre KVG, Soziale Sicherheit, 3/2016

² Quelle: Outcome-Messung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, S. 59

Ein ähnliches Bild zeigt die OECD-Statistik über die «Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren», die vom BAG in der Strategie Gesundheit2020 als Ergebnis-Indikator herangezogen wird, und die «einen Überblick gibt, ob sich die Gesundheitsversorgung eines Landes in die richtige Richtung bewegt.»³

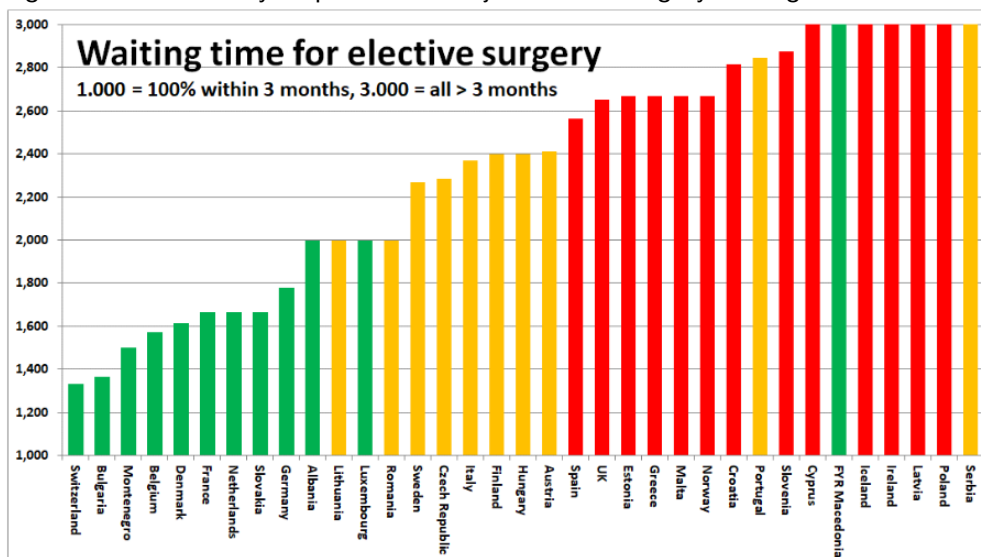
Es werden nun vom Bundesrat Kostendämpfungsmassnahmen für ein Gesundheitssystem vorgeschlagen, das die Bevölkerung im internationalen Vergleich am besten vor vorzeitiger Sterblichkeit schützt, beste Versorgungsqualität anbietet, und sich in die richtige Richtung bewegt.

Wir erwarten vom Bundesrat Antworten auf die Frage, mit welchen Auswirkungen auf das Ansteigen von vermeidbaren Todesfällen er durch seine Kostendämpfungsstrategie rechnet.

Bester Leistungsausweis betreffend kurze Wartezeiten und gleichem Zugang zu Leistungen für alle

Der Gesundheitszustand der verschiedenen sozioökonomischen Gruppen in der Schweiz unterscheidet sich weniger stark als in anderen Ländern, was nicht zuletzt auf einen umfassenden Zugang der Bevölkerung zu den Gesundheitsdienstleistungen zurückzuführen ist. In anderen europäischen Ländern, in denen Kostendämpfungs- und Rationierungsmassnahmen ergriffen wurden, sind bspw. zum Teil hohe Wartezeiten auf «Wahleingriffe», d.h. Operationen in nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Situationen zu verzeichnen. Gemäss nachfolgender Tabelle aus dem Euro Health Consumer Index 2017 EHCI hat die Schweiz in der OECD die kürzesten Wartezeiten auf koronare Bypass-Operationen/PTCA (Herzkranzgefässerweiterungen) und Hüft- und Knie-Operationen:⁴

Figure 7.10.2.3 Survey responses on major elective surgery waiting times.



Als Beispiel für ein von der internationalen Expertengruppe des Bundesrats für die Schweiz attestiertes, auf keinerlei Datengrundlagen gestütztes, 20%iges Einsparungspotenzial in der OKP werden immer wieder «unnötige» chirurgische Eingriffe an Gelenken genannt – Zitat Verena Diener, Leiterin der Expertengruppe: «Es gibt chirurgische Eingriffe, bei denen grosse Skepsis besteht, ob alles, was gemacht wird, sinnvoll ist. Vor allem bei den Gelenken, beim Rücken oder der Gebärmutter. Neue Studien aus Deutschland zeigen erschreckende Resultate: Die Ärztedichte und die Spezialisierung von Kliniken liessen die Zahl von medizinisch nicht klar indizierten Behandlungen hinaufschnellen. Das hat mit Angebot und Nachfrage zu tun. In vielen Fällen entscheidet der Arzt, ob operiert wird oder nicht.»⁵

³ Quelle: Indikatoren «Gesundheit 2020», OBSAN, 2016, S. 9

⁴ Quelle: Euro Health Consumer Index 2017, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf> S. 69

⁵ Interview im «Tagesanzeiger» vom 21.12.2017

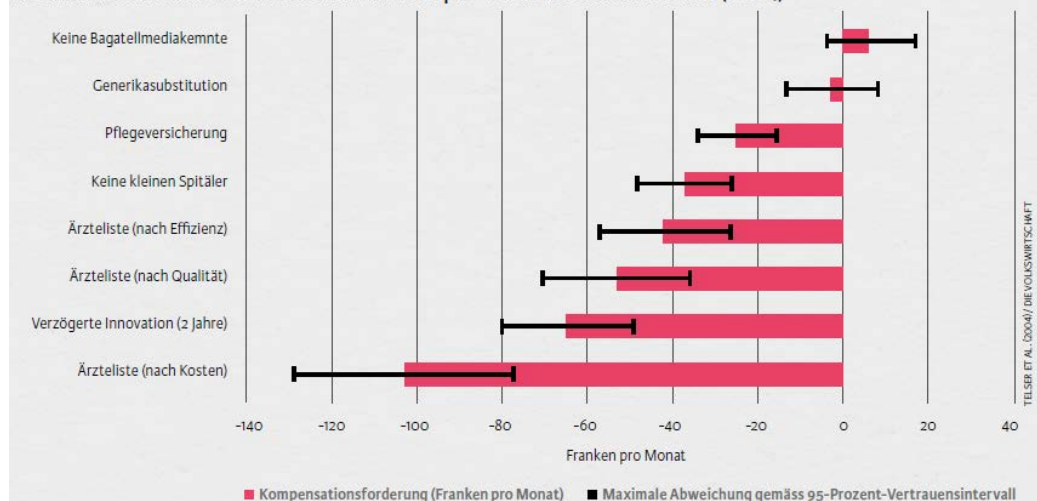
Im Hinblick darauf, dass bspw. in den umliegenden Ländern v.a. ältere, nur grundversicherte Patienten von Rationalisierungsmassnahmen oder langen Wartezeiten für Endoprothesen oder andere Wahleingriffe betroffen sind, erwarten wir vom Bundesrat, der gestützt auf die Empfehlung der Expertengruppe dieses angebliche Einsparungspotenzial durch Kostendämpfungsmassnahmen nützen will, Antworten auf die Fragen: Bei welchen Indikationen sollen welche Bürger/Versicherten keine Hüft- oder Knie-Gelenksprothesen oder keine sonstigen «Wahleingriffe» erhalten, respektive länger als bisher darauf warten? Soll es eine Altersselektion geben? Sollen gewisse Leistungen nur für Zusatzversicherte erbracht werden?

Nutzen der Gesundheitsversorgung, Sichtweise der Patienten bzw. Versicherten und Finanzierbarkeit

Man sollte meinen, dass die Kostendämpfungsmassnahmen vom Bundesrat vorgeschlagen werden, weil der Nutzen der Gesundheitsversorgung den Kosten nachhinkt, und die Bevölkerung nicht angemessen von den Leistungen des Schweizer Spitzengesundheitssystems profitiert. Demgegenüber 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.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. Die folgende Abbildung zeigt, wie stark aus Sicht der Versicherten die Krankenkassenprämie sinken müsste, damit eine Leistungseinschränkung in der OKP akzeptiert würde.⁷

Abb. 1: Nutzenverluste von Reformvarianten pro Versicherten und Monat (2004)



Die Haushaltsbudgeterhebungen des Bundesamtes für Statistik bestätigen auch, dass sich die Schweizer Volkswirtschaft die Gesundheitskosten aggregiert betrachtet gut leisten kann, und dass sich die Budgetsituation der Haushalte durch die steigenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien nicht verschlechtert hat: Den Haushalten stand im Durchschnitt nach Abzug von Steuern, Krankenkassenprämien und sonstigen Sozialabgaben im Jahr 2015 sogar um 14% mehr frei verfügbares Einkommen zur Verfügung als im Jahr 2008.⁸

⁶ Quelle: gfs Gesundheitsmonitor 2018

⁷ Quelle: H. Telser, Wie viel ist uns die Qualität im Gesundheitswesen wert?, Die Volkswirtschaft 3 / 2017

⁸ Tabellen der Haushaltsbudgeterhebungen auf Website des BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/einkommen-verbrauch-vermoegen/haushaltsbudget>.

Somit ist die Finanzierbarkeit des hohen Niveaus an Gesundheitsleistungen weder ein volkswirtschaftliches Problem, noch ein Problem für den Durchschnittsbürger.

Die Krankenkassenprämien dürften auch im Kontext der Sozialausgaben nicht für sich allein betrachtet werden. Die Fiskalquote, die die effektiven Steuereinnahmen und Sozialversicherungsabgaben im Verhältnis zum nominalen Bruttoinlandprodukt (BIP) darstellt, ist in der Schweiz im OECD-Vergleich gemäss nachfolgender Tabelle sehr tief, umfasst aber in der Schweiz nicht so wie auch in anderen Ländern die Einnahmen aus Krankenkassenprämien.⁹

Tabelle 2: Internationaler Vergleich der Fiskalquoten, in % des BIP, 1990-2016

In % des nominalen BIP	1990	1995	2000	2005	2012	2013	2014	2015	2016
Schweiz	23.8	25.7	27.7	26.7	27.0	27.1	26.9	27.6	27.8
Belgien	41.2	42.6	43.5	43.2	44.2	45.2	45.0	44.8	44.2
Dänemark	44.4	46.5	46.9	48.0	45.5	45.9	48.6	45.9	45.9
Deutschland	34.8	36.2	36.2	33.9	36.4	36.8	36.8	37.1	37.6
Finnland	42.9	44.5	45.8	42.1	42.7	43.6	43.8	43.9	44.1
Frankreich	41.0	41.9	43.1	42.8	44.3	45.2	45.3	45.2	45.3
Grossbritannien	32.9	29.8	33.2	32.9	32.8	32.6	32.2	32.5	33.2
Irland	32.4	31.7	30.8	29.4	27.5	28.2	28.5	23.1	23.0
Italien	36.4	38.6	40.6	39.1	43.9	44.1	43.5	43.3	42.9
Japan	28.2	25.8	25.8	26.2	28.2	28.9	30.3	30.7	..
Kanada	35.2	34.8	34.8	32.2	31.0	30.9	31.2	32.0	31.7
Luxemburg	33.5	34.9	36.9	37.8	38.4	38.2	37.4	36.8	37.1
Neuseeland	36.2	35.6	32.5	36.1	32.1	31.1	32.4	33.0	32.1
Niederlande	40.2	37.7	37.2	35.4	36.0	36.5	37.5	37.4	38.8
Norwegen	40.2	40.0	41.9	42.6	41.5	39.9	38.9	38.3	38.0
Österreich	39.4	41.4	42.4	41.2	42.0	42.8	43.1	43.7	42.7
Schweden	49.5	45.6	49.0	46.6	42.6	42.9	42.6	43.3	44.1
Spanien	31.6	31.3	33.2	35.1	32.2	33.1	33.7	33.8	33.5
Vereinigte Staaten	26.0	26.5	28.2	25.9	24.1	25.7	25.9	26.2	26.0
OECD Durchschnitt	31.9	33.3	33.9	33.5	33.3	33.6	33.9	34.0	34.3

Quelle: OECD 2017, EFV 08.03.2018

Wenn schon vom Bundesrat die Finanzierbarkeit des Gesundheitsversorgungsystems zur Diskussion gestellt wird, sollte in dieser Diskussion analysiert werden, welcher Anteil des BIP für Steuern und andere Sozialabgaben inklusive Krankenkassenprämien aufgewendet wird. Es erscheint aus dieser Perspektive zumindest überraschend, warum in der Schweiz als einem Land mit einer international sehr tiefen Steuerbelastung gerade jetzt die Steuer-finanzierten Prämienverbilligungen zurückgehen, und damit die Prämienbelastung für Versicherte mit tiefen Einkommen erhöht wird.

Von einer gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrats könnten zugunsten der Aufrechterhaltung einer hochstehenden Gesundheitsversorgung für alle Einkommensklassen Vorschläge im Hinblick auf eine bessere Verteilung der Finanzierungslast, insbesondere durch einen Ausgleich aus Steuermitteln erwartet werden.

Zusammenfassung zur Kostensituation

Es ist eine Paralyse der Gesundheitspolitik festzustellen, die sich seit Jahren in einer nahezu irrationalen Weise exklusiv mit mehr oder weniger untauglichen Mitteln zur Kostendämpfung beschäftigt, entgegen der Faktenlage die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung in Frage stellt und konsequent verweigert, sich mit dem Nutzen einer guten Gesundheitsversorgung für alle auseinanderzusetzen. Es stellt sich die Frage, welche Interessen im Hintergrund tatsächlich verfolgt werden. Diese deutlichen Worte müssen gerade jetzt ausgesprochen werden, weil sich das Gesundheitsversorgungssystem mit den angedrohten Massnahmen an einem Scheideweg befindet, und etwas zerstört zu werden droht, was nicht mehr repariert werden kann.

⁹ Quelle : Eidgenössische Finanzverwaltung EFV, Fiskal- und Steuerquote der Schweiz im internationalen Vergleich, 19.06.2018

Die staatlich verordnete Ökonomisierung der Spitalversorgung durch das DRG-System hat keine Einsparungen gebracht und zur Verschiebung von Leistungen und Kosten geführt, indem vorher in Spitälern erbrachte, von den Tagespauschalen abgegoltene Leistungen in den ambulanten Sektor ausgelagert wurden. Stellte das alte System einen Anreiz für zu lange Spitalaufenthalte dar, stellt das neue System einen Anreiz zur Mengenausweitung von stationären und ambulanten Leistungen in Spitälern und von ambulanten Leistungen ausserhalb von Spitälern dar. 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.

Mitten in diese Verlagerungsstrategien von Leistungen in den ambulanten Sektor hinein bezweckt nun der Bundesrat, insbesondere mit den **Steuerungsmassnahmen der ambulanten Kosten gemäss Art. 47c KVG und Art. 59b Abs. 1 lit. f**, die ambulanten Leistungen zu deckeln und ein Globalbudget einzuführen. Es gibt aber 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 Gesundheitsleistungen. Diese Strategie verfolgt der Bundesrat ohne finanzielle Not, ohne Datengrundlage und ohne «Health Impact Assessment». Dass diese Rationierung negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung haben wird, liegt auf der Hand. Der schwarze Peter dafür wird den Leistungserbringern zugeschoben, denen zugemutet wird, Leistungen zu nicht kostendeckenden Tarifen oder sogar auf unbezahlte Weise zu erbringen.

Die AGZ fordert daher den Bundesrat auf, die Teilrevision des KVG mittels der vorliegenden, unreflektierten Steuerungsmassnahmen der ambulanten Kosten zurückzuziehen. Der Bundesrat soll die ihm seit 2015 auch für den ambulanten Sektor vorliegenden Strukturdaten zur Hand nehmen und zusammen mit anderen Daten in ein umfassendes Assessment der Leistungsfähigkeit, der Kosten-Nutzensituation, der volkswirtschaftlichen Finanzierbarkeit, von Finanzierungslösungen und von Effizienzpotenzialen des Schweizer Gesundheitsversorgungssystems mit einbeziehen. Danach sollen neue Vorschläge gemacht werden, deren erstes Ziel die Aufrechterhaltung des Leistungsniveaus und des Nutzens, und deren nachgelagertes Ziel die Finanzierbarkeit sein soll. Die Leistungserbringer, die in der aktuellen Strategie ohne Gehör mit Kostendämpfungsstrategien bedient werden, sollen in diese Analyse und Ausarbeitung von Lösungsvorschlägen mit einbezogen werden.

Die AGZ teilt offen mit, dass sie für den Fall, dass das Gesetzesvorhaben mit der Deckelung der ambulanten Kosten in dieser Form durchgezogen werden soll, das Referendum ergreifen bzw. ein von der Ärzteschaft ergriffenes Referendum mittragen wird.

II. ANGEBOT DER AGZ: VORLEISTUNG DER ZÜRCHER ÄRZTE FÜR GESUNDHEITSREFORMEN

Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen sich nach Auffassung der AGZ zuerst am Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen orientieren, die die Versorgungsleistungen benötigen (mit dem unschönen technologischen Begriff als «Leistungsempfänger» bezeichnet). Das Gesundheitsversorgungssystem und seine Reformierung müssen zweitens die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Angehörigen der Gesundheitsberufe (mit dem unschönen technologischen Begriff als «Leistungserbringer» bezeichnet) 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.

Wie oben dargelegt, geht der Bundesrat nach Beurteilung der AGZ in seiner 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 aufgeleistet werden könnte. Dazu hat die AGZ ein umfassendes Projekt lanciert.

Der Vorstand der AGZ hat 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 werden 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 wird 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 wird aufgrund der Erkenntnisse der Fokusgruppen-Interviews eine repräsentative quantitative Erhebung durchgeführt.

Die Ergebnisse dieser Studie werden im April 2019 vorliegen. Die AGZ wird somit im Frühjahr 2019 aufzeigen können, wie das Versorgungssystem aus Sicht der Betroffenen aussehen sehen sollte. Gerne werden wir diese Studienergebnisse dem Bundesrat zu Verfügung stellen, damit er sie in seinen weiteren Reformüberlegungen berücksichtigen kann.

III. ZU DEN GESETZESÄNDERUNGSVORSCHLÄGEN

Basierend auf dem Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» werden die folgenden Gesetzesanpassungen vorgeschlagen:

1. Einführung eines **Experimentierartikels**, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglicht.
2. Zwingende **Rechnungskopie** des Leistungserbringers für die versicherten Personen inkl. Sanktionsmöglichkeiten.
3. Schaffung einer **Tariforganisation** im ambulanten Bereich, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten Tarifstrukturen zuständig ist.
4. Pflicht der Leistungserbringer und Versicherer, dem Bundesrat diejenigen **Daten kostenlos bekanntzugeben**, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind inkl. Sanktionsmöglichkeit.
5. Leistungserbringer und Versicherer sehen in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen **Massnahmen zur Steuerung der Kosten** vor. Die Verträge sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten und bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Massnahmen fest.
6. Auf ambulante Behandlungen bezogene **Patientenpauschaltarife** müssen gleich wie Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates zur Anpassung und Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen werden auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife ausgeweitet.
7. Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis (Referenzpreis) festgelegt werden. Nur dieser Referenzpreis wird von der OKP vergütet. Damit die versicherten Personen nicht übermässig belastet werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer höchstens in Rechnung stellen dürfen. In Anlehnung an Referenzpreissysteme im Ausland werden zwei Varianten zur Diskussion gestellt.
8. Das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung wird erweitert auf Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen dieses Gesetzes widmen.
9. UVG/MVG/IVG: Parallele oder ähnliche Ausgestaltung wie im KVG betreffend Massnahmen zur Steuerung der Kosten sowie Datenlieferungspflicht

Die AGZ bezieht zu den Vorschlägen 1 bis 6 in dieser Reihenfolge Stellung.

1. Experimentierartikel: Art. 59b KVG

Die AGZ begrüsst grundsätzlich Projekte mit den Versicherern, die zu Innovationen führen. Es ist aber nicht ersichtlich, aus welchem Grund der vorgeschlagene Experimentierartikel zu mehr Innovationen führen sollte. Das bisherige Fehlen einer gesetzlichen Grundlage dürfte nicht der Grund für die Abwesenheit der Innovationen sein. Eher wahrscheinlich ist, dass der nach geltendem Recht bestehende Handlungsspielraum des KVG nicht genutzt wurde, weil es schwierig ist, effektive Innovationen mit einem tatsächlichen Kostenhebel auf dezentraler Ebene zu implementieren. Vielmehr müssten grundsätzliche Fehlanreize im Gesundheitssystem zentral beseitigt werden und bedürfen einer sektorenübergreifenden Sichtweise. Bisherige zentrale, nicht sektorenübergreifend durchdachte Strategien wie die bspw. oben erwähnte Ökonomisierung des Spitalsektors oder die Strategie «ambulant vor stationär» haben im Gesamtkontext aber zu keiner Kostendämpfung geführt, konnten es auch nicht tun. Von einem innovationsförderlichen Klima sind wir gerade aus dem Grund, dass die Beziehung zu den Versicherern immer durch den permanenten Kostenneutralitäts- und Kostensenkungsdruck belastet wird, weit entfernt. So hat die AGZ bspw. den Versicherern vorgeschlagen, parallel zu Taxpunktverhandlungen auf einer zweiten Ebene Gespräche über die Versorgung, ohne eine vordergründige Fokussierung auf Kosten und Preise zu führen. Dazu bestand seitens der Versicherer keine Bereitschaft. Innovative, effizientere Versorgungslösungen werden aber nicht unter Preis- oder Kostendämpfungszielen gefunden werden können, v.a. nicht, wenn wie vorgeschlagen die Projektregeln und Verfahrensbedingungen per Dekret vorgegeben, und eine zwangsweise Verpflichtung zur Teilnahme bei fehlender Freiwilligkeit angedroht werden.

Rechtlich bzw. politisch fragwürdig sind einzelne Anwendungsfelder des Experimentierartikels:

- lit. a. Natural(Sach-)leistungsprinzip: Was ist damit gemeint? Bspw. hat das im KVG ausnahmsweise mögliche Tiers Payant-Prinzip einen Sachleistungscharakter im Vergleich zum prioritären Tiers garant-Prinzip: und der Tiers Garant hat wohl eher einen Kostendämpfungseffekt als der Tiers Payant.
- lit. b. Übernahme von Behandlungen im Ausland: das ist im Rahmen der gemäss Art. 34 Abs. 2 KVG möglichen grenzüberschreitenden Zusammenarbeit sinnvoll; eine Erweiterung würde einen unfairen Wettbewerb schaffen und gesundheitsaufsichts-technische Anforderungen untergraben.
- lit. c. und f. Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer, koordinierte und integrierte Versorgung: das gibt es bereits in hohem Masse, die Mehrheit der Versicherten sind in derartige Versicherungsmodelle integriert.
- lit. f. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten: isolierte Pilotprojekte sollen nicht mit einem Kostendämpfungsziel geführt werden, weil es nicht möglich sein wird, Aussagen über ökonomische Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem zu machen. Die Ärzteschaft hat sehr negative Erfahrungen mit Strategien der Kostensteuerung über (zu tiefe) Preise gemacht, die nur zu Qualitätsverlusten, Schliessungen von Praxen und Formen der Praxisführung mit «Massenproduktion» führen und daher dezidiert abgelehnt werden.

Eine unter dem Regime des Art. 59b KVG zu befürchtende Projektitis würde keine Erkenntnisgewinne betreffend Kostendämpfungsaspekte im Gesamtsystem bringen. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, dass aus isolierten Projekten dauerhafte Massnahmen abgeleitet werden, die im Gesamtsystem einen gegenteiligen Effekt bewirken.

Art. 59b KVG ist daher in der vorliegenden Form ersatzlos zu streichen.

2. Rechnungskopie im Tiers Payant: Art. 42 Abs. 3 dritter Satz

Die Übermittlung von Rechnungskopien an die versicherte Person sollte in jedem Fall erfolgen; dies nicht nur bei Arztrechnungen, sondern auch bei Rechnungen von Apothekern oder Detailabrechnungen von Physiotherapeuten. Im System des Tiers Payant erhält die versicherte Person vom Versicherer ohnehin eine Abrechnung der Leistungen mit Rechnungshöhe, Deckung, Kostenbeteiligung, etc.. Es ist daher aus prozesstechnischen Effizienzgründen wesentlich sinnvoller, wenn die Übermittlung der Rechnungskopie nicht durch den Leistungserbringer, sondern durch den Versicherer erfolgt. In vielen Fällen gewähren Versicherer ihren Versicherten heute elektronisch Zugang auf diese Informationen. Es wäre daher eine effizientere Lösung, wenn die Abrechnungsinformationen vom Versicherer zugänglich gemacht werden; damit wären die Administrativkosten geringer.

Änderungsvorschlag: ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person vom **Versicherer** eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist... .

Ob das Ziel des Vorschlags, das Kostenbewusstsein der Leistungsbezieher zu fördern, dadurch erreicht werden kann, ist hingegen fraglich. Die AGZ würde eher zielführende Bestrebungen unterstützen, die Rechnungen bzw. Rechnungskopien für die Versicherten verständlicher zu machen.

3. Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen: Art. 47a

Die Schaffung einer paritätisch zusammengesetzten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Arztbereich ist grundsätzlich positiv zu bewerten, da sie für die Weiterentwicklung und regelmässige Überarbeitung der Tarifstruktur deblockierend wirken kann. Zu diesem Zweck müsste in der Organisation des Tarifbüros auf jeden Fall sichergestellt werden, dass Tarifpartner Mehrheitsbeschlüsse fassen können.

Die Tarifpartner sollen die Organisation dieses Büros jedoch autonom gestalten können. Die in Absatz 2 vorgeschlagene Kompetenz des Bundesrats, Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufzustellen, ist nicht nötig, und so auch nicht im stationären Bereich (SwissDRG) vorgesehen.

Art. 47a Abs. 2 ist daher ersatzlos zu streichen.

Ein Tarifbüro für den gesamten ambulanten Bereich (inkl. Physiotherapeuten, Hebammen, etc.) erachten wir für nicht notwendig.

4. Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen: Art. 47b

Das nationale Tarifbüro muss über die Daten verfügen können, die es für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen benötigt. Jede Datenerhebung, -konsolidierung, -lagerung und -lieferung verursacht aber Kosten. Analog zum DRG-System müssen daher auch die durch das KVG verursachten Kosten der ambulanten Leistungserbringer für die Datenbereitstellung über die Tarife finanziert werden.

Änderungsvorschlag: Art. 47b Abs. 1 ist zu ergänzen: «...nach Artikel 47a diejenigen Daten bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie.... **Die dabei entstehenden Betriebskosten werden bei der Tarifierung berücksichtigt.**»

Nach dem vorgeschlagenen Art. 47b KVG Abs. 2 müssten dem Bundesrat unentgeltlich Daten geliefert werden, und zwar auch dann, wenn kein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Dazu besteht keine Notwendigkeit, denn Art. 59d KVV enthält eine ausreichende Regelung, welche Unterlagen dem Bundesrat bei der Genehmigung eines Tarifvertrags vorzulegen sind. Es gibt bereits genug Belastungen der Ärzte durch Datensammlungen, insbesondere an das Bundesamt für Statistik im Rahmen der Erhebung MAS. Eine unnötige weitere Datenlieferung an den Bundesrat, noch dazu verbunden mit einer Sanktionskompetenz, würde von unseren Mitgliedern keinesfalls akzeptiert werden.

Art. 47b Abs. 2 und Abs. 3 sind daher ersatzlos zu streichen.

5. Massnahmen zur Steuerung der Kosten: Art 47c

Diese Bestimmung wird dezidiert abgelehnt, weil sie unweigerlich zur staatlichen Kostensteuerung, einem Globalbudget und zu Rationierungen führen würde.

Bei den Verhandlungen über Massnahmen zur Kostensteuerung bzw. die Notwendigkeit für Massnahmen zur Kostensteuerung würde es ausschliesslich um die Frage gehen, ob beobachtete Kostenerhöhungen gerechtfertigt oder akzeptabel wären. Hier würden die Meinungen der Versicherer und der Ärzte immer auseinandergehen, und die Einigung darüber scheint eine Illusion. Im Rahmen der Taxpunktwertverhandlungen konnten dazu von der Ärzteschaft viele Erfahrungen dazu gesammelt werden. So wurde im Rahmen der Taxpunktwertverhandlungen von Seiten der Ärzteschaft argumentiert und aufgezeigt, dass Erhöhungen von Mengen und Kosten in erster Linie auf neue Pflichtleistungen, medizinischen Fortschritt, demographische Entwicklung, Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung, strukturelle Angebots- und Nachfrageentwicklungen, Änderungen der gesetzlichen

Rahmenbedingungen, etc. zurückzuführen sind. Diese Kriterien messbar zu machen und der Kostenentwicklung so gegenüberzustellen, dass ihre Auswirkung quantifiziert werden können, ist aber quasi unmöglich, geschweige denn innerhalb von zwei Jahren realisierbar.

Ausserdem würden mit der Androhung, dass der Bundesrat bei Ausbleiben einer Einigung der Tarifpartner innerhalb von zwei Jahren seinerseits Massnahmen festlegt, die Versicherer überhaupt kein Interesse oder einen Anreiz haben, eine Verhandlungslösung zu erzielen. Dies kommt der Vorwegnahme eines Verhandlungsergebnisses durch staatliche Steuerungsmassnahmen gleich.

Die durch die Bestimmung drohenden Massnahmen wie Globalbudgets, Kostenneutralität oder nicht kostendeckende, zu tiefe Taxpunktswerte konterkarieren die bestehenden Tarifgrundsätze der Betriebswirtschaftlichkeit und einer qualitativ hochstehenden und effizienten Versorgung. Es wird der Anreiz geschaffen, systematisch aufgrund der Kostenentwicklung von diesen Grundsätzen abzuweichen. Feste, willkürliche Globalbudgets oder nicht kostendeckende Preise (Taxpunktswerte) führen zu Rationierung, Patientenselektion oder Qualitätseinbussen und sind aus diesem Grund – auch als subsidiäre Massnahme beim Scheitern von Verhandlungen – vehement abzulehnen.

Fraglich ist ausserdem, wie gesamtschweizerische Vereinbarungen zwischen den Tarifpartnern in Bezug auf Taxpunktswerte, die ja kantonale Besonderheiten abbilden sollen, aussehen sollen.

Art. 47c ist daher ersatzlos zu streichen.

6. Pauschaltarife: Art. 43 Abs. 5 erster Satz

Wir begrüssen es grundsätzlich, dass Tarifpartner im Rahmen einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur Pauschaltarife vereinbaren können. Es sollten hingegen auch regionale/kantonale Pauschalen möglich sein, wenn die Vergleichbarkeit der Tarife gesamtschweizerisch nicht möglich oder nicht notwendig ist.

Änderungsvorschlag: Nach dem ersten Satz des § 43 Abs. 5 wäre folgender Satz einzufügen: «Die Tarifpartner können von diesem Grundsatz abweichen, wenn die Vergleichbarkeit der Tarife gesamtschweizerisch nicht möglich oder nicht notwendig ist».

Wir bedanken uns für die Kenntnisnahme und ersuchen Sie dringend, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Freundliche Grüsse

ÄRZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH



Dr. med. Josef Widler
Präsident



Dr. iur. Michael Kohlbacher, MPH
Generalsekretär

Kopie an:

FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften (KKA)
Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften (VEDAG)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **Aargauischen Gesellschaft für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (AGPKJP)**

Abkürzung der Firma / Organisation : AGPKJP

Adresse : Stadtturmstrasse 19

Kontaktperson : Dr. med. M. Frosch

Telefon : 078 83 10 62

E-Mail : maya.frosch@hin.ch

Datum : 23.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	7

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Für den Vorstand AGPKJP Dr. med. Maya Frosch	Gerne nehmen wir als Vorstand der Psychiatrischen Fachgruppe Kanton AG Stellung: - Bezüglich Ausgestaltung des Experimentierartikels wünschen wir uns als psychiatrische Fachgruppe Mitgestaltungsrecht, sollten uns diese Projekte unser Fachgebiet betreffen. Wir erleben die Auswirkung fehlender ambulanter Therapieplätze täglich und sorgen uns, dass diese Situation durch das Massnahmenpaket noch verschärft wird. - Die Referenzpreise für Medikamente befürworten wir, da wir sie als einen vertretbaren Beitrag an die Kostendämpfung beurteilen.

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



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

Per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Basel/St. Gallen/Zürich, 14. Dezember 2018

**Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP):
Vernehmlassung zur KVG-Teilrevision betreffend Massnahmenpaket 1**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Besten Dank für die Möglichkeit, Ihnen zu den Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP unsere Meinung darlegen zu dürfen. AllKidS, die Allianz der Kinderspitäler Schweiz, teilt die Sorge des Bundesrates über die ungebremsen Kostensteigerungen im Schweizer Gesundheitswesen. Die steigenden Gesundheitsausgaben werden zu einer zunehmenden Belastung breiter Bevölkerungskreise. Es ist verständlich, dass diese Entwicklung vermehrt Politik und Behörden auf den Plan ruft.

Auf der anderen Seite machen wir uns aber auch Sorgen darüber, dass weitere «Eingriffe von oben» neben den bereits erfolgten die Versorgungsqualität beeinträchtigen – insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin, die uns natürlich besonders am Herzen liegt. Wir kommen deshalb nicht umhin, trotz unserem klaren Bekenntnis zum haushälterischen Umgang mit den verfügbaren Mitteln auch kritische Töne und Vorbehalte an der Vorlage anzubringen. Damit wollen wir verhindern, dass auf dem Buckel von Minderjährigen und ihren Familien gespart wird, obwohl die Potenziale andernorts sehr viel grösser sind. Diese Haltung ist dem Bundesamt für Gesundheit bekannt. Im Gespräch mit den zuständigen BAG-Verantwortlichen konnten wir unsere Sorgen Ende Mai persönlich anbringen.

Der offene und konstruktive Austausch unserer Delegation, der neben Exponenten von AllKidS auch vier Vertreterinnen und Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie angehörten, ist noch in bester Erinnerung und hat uns darin bestärkt, dass dem Bundesrat Kinder und Familien sehr wichtig sind. Aus dem Gespräch ging aber auch hervor, dass sich die Rahmenbedingungen der Kinder- und Jugendmedizin zunehmend verschlechtern, weil unsere Tarifsysteme auf die Erwachsenenmedizin

ausgerichtet sind. Das wird einmal mehr auch in der vorliegenden KVG-Revision deutlich, mit welcher der Bundesrat versucht, «die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen.» Zudem unterstreicht der Bundesrat: «Mit den Massnahmen soll die Kostenentwicklung in den vier grossen Kostenblöcken – insbesondere jedoch für die ambulanten Bereiche – gebremst werden.» Die Absicht läuft darauf hinaus, die Basis für eine langfristig bezahlbare und qualitativ gute Medizin zu bewahren.

Grundsätzliche Position von AllKidS zur KVG-Teilrevision betreffend Massnahmenpaket 1

Im Grundsatz unterstützt AllKidS die Absicht des Bundesrates. Gelingt keine Eindämmung des Gesundheitskostenanstiegs, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit drastischer staatlicher Einschnitte in das über weite Strecken privat organisierte Gesundheitswesen. Allerdings ist dabei auch Augenmass Differenzierung erforderlich. Stellt man die Kostenquote der Medizin für Minderjährige derjenigen von Erwachsenen gegenüber, zeigt sich klar, dass die Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen (ca. 20 Prozent der Bevölkerung) kein Thema ist. Der Anteil an den gesamten Gesundheitskosten der Kinder- und Jugendmedizin beträgt gerade mal 5 Prozent. Im Vergleich zur Medizin für Erwachsene ist die Kinder- und Jugendmedizin sehr günstig – stationär wie ambulant.

Kinder verbringen weniger Zeit im Spital als Erwachsene, weil sie von Natur aus schneller genesen. Zudem wollen Eltern, dass die Kinder möglichst schnell wieder nach Hause dürfen. Allerdings ist hier auch ein anderer, gegenläufiger Kostenfaktor zu erwähnen. Obwohl Kinder stationär insgesamt günstiger sind als Erwachsene, kosten sie pro Tag mehr (vgl. Fallpauschalen Swiss DRG AG). Zwei Gründe sind dafür verantwortlich:

- Eingriffe bei Minderjährigen sind in der Regel mit einem höheren Personalaufwand verbunden (mehr Personal, längere Einsätze pro Patient).
- Die Bandbreite der Versorgung von Kindern in spezialisierten Kinderkliniken ist viel breiter. Die Infrastruktur ist auf Menschen von 300 Gramm bis 120 Kilo bzw. mit einer Grösse zwischen 25 Zentimetern und 2 Metern ausgelegt. Über ein Drittel der Patienten leiden an irgendeiner Form einer seltenen Krankheit. Angesichts verhältnismässig tiefer Fallzahlen und längerer Interventionszeiten in der Kinder- und Jugendmedizin ist die Auslastung der für eine gute Versorgung benötigten Infrastruktur nicht so hoch wie in der Erwachsenenmedizin.

Im ambulanten Sektor ist die Kinder- und Jugendmedizin pro Fall und Altersgruppe ebenfalls um einiges günstiger als die Erwachsenenmedizin. Aktuelle Zahlen des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass die Behandlungskosten unserer Jüngsten weit unter den mittleren Kosten pro Einwohner liegen. Teuer wird die medizinische Versorgung erst ab Alter 40 bzw. 50. Ein klarer Hinweis, dass es auch in der Medizin mehr und weniger lukrative Lebensphasen und Disziplinen gibt. Vor dem Hintergrund, dass ein Kind in seinem ersten Lebensjahr in der Regel auf rund ein Dutzend Konsultationen beim Kinderarzt kommt, sind die dadurch entstehenden Kosten sicherlich kein Problem für das Gesamtsystem.

In den aktuellen Tarifsystemen werden minderjährige Patientinnen und Patienten grundsätzlich wie «kleine Erwachsene» behandelt. Das wird der Kinder- und Jugendmedizin alles andere als gerecht. Wir verknüpfen daher unsere Stellungnahme bezüglich dem Massnahmenpaket 1 zu den vom Bundesrat geplanten Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP mit dem dringenden Appell, auf eine grundsätzliche Differenzierung von Kinder- und Erwachsenentarifen hinzuarbeiten.

Es ist uns bewusst, dass diese Differenzierung über die Absicht und Möglichkeiten der aktuellen KVG-Revision hinauszielt. Aber es ist erforderlich, jetzt aktiv zu werden. Wie dringlich die Lage ist, zeigt der letzte Tarifeingriff des Bundesrates, dessen kollaterale Folgen bei den AllKidS-Mitgliedern weiter andauern. Mit dem grundsätzlich nachvollziehbaren Wunsch nach ambulanten Pauschaltarifen droht sich die Lage in der ambulanten Versorgung weiter zu verschlimmern. Es gibt also gute Gründe, die medizinische Versorgung von Gross und Klein unterschiedlich zu tarifieren. Nur so werden wir sicherzustellen, dass in Zukunft weiterhin genügend personelle und finanziellen Mittel in die Kinder- und Jugendmedizin fliessen. Werden ihr jedoch immer mehr Mittel entzogen, drohen mittel- und langfristig Qualitätseinbussen. Das ist nicht nur ungerecht gegenüber der verletzlichsten Gesellschaftsgruppe und ihren Familien, sondern auch volkswirtschaftlich ungünstig. Weitere Sparmassnahmen bei Minderjährigen können also kaum einen messbaren Spareffekt haben, aber durchaus ein grosses Schadenspotenzial. Zudem steht ausser Frage, dass Gesundheitsmassnahmen bei den Jüngsten volkswirtschaftlich am Nachhaltigsten sind. Kinderärzte und -spitäler tagen mit ihrer Arbeit nämlich wesentlich dazu bei, junge Menschen erwerbs- und gesellschaftsfähig zu halten.

Wir hoffen, dass wir mit unserer Stellungnahme einen weiteren Impuls für die angemessene Tarifierung der Kinder- und Jugendmedizin leisten, danken Ihnen für das Verständnis und freuen uns, wenn wir in dieser Sache weiterhin mit ihrem Departement und den zuständigen Bundesämtern einen offenen und konstruktiven Dialog führen dürfen.

Mit freundlichen Grüssen



CEO Kinderspital Zürich



Generalsekretärin AllKidS

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Allianz Kinderspitäler der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : AllKidS

Adresse : c/o Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Spitalstrasse 33, 4031 Basel

Kontaktperson : Dr. med. Agnes Genewein, Generalsekretärin

Telefon : +41 61 704 23 05

E-Mail : agnes.genewein@allkids.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
AllKidS	Für eine allgemeine Würdigung verweisen wir auf das Begleitschreiben
AllKidS	Massnahmen in der Invalidenversicherung (Art. 27 Abs. 6 und Art. 27bis IVG) Es ist nicht nachvollziehbar, warum das IVG, das ein separater/eigenständiger Sozialversicherungsbereich darstellt und der im Unterschied zum KVG nach dem Naturalleistungsprinzip und nicht nach dem Kostenerstattungsprinzip funktioniert, im Rahmen dieser KVG-Teilrevision angepasst werden soll. Der Bundesrat erwägt im IVG mit dem Globalbudget oder mit der kostenlosen Bekanntgabe der für die Tarifierung notwendigen Daten dieselbe Massnahme zur Steuerung der Kosten wie im KVG und begründet dies mit der Annäherung von IVG und KVG im Zuge der «Weiterentwicklung der IV». AllKidS ist der Meinung, dass die gesetzlichen Bestimmungen im IVG im Rahmen der bereits im Gang befindlichen IVG-Revision zu regeln sind und nicht im Rahmen eines KVG-Kostendämpfungspakets.
AllKidS	Massnahmen in der Unfall- und Militärversicherung (Art. 56 Abs. 1 und 3bis UVG und Art. 26 Abs. 1 und 3 MVG) Derselbe Vorbehalt wie beim IVG, wobei AllKidS bzw. die Kinder- und Jugendmedizin in Spitälern vom UVG/MVG kaum betroffen sind.

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AllKidS	42	3		Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie ist zurzeit auf Verordnungsstufe geregelt (Art. 59 Abs. 4 KVV). Neu wird auf Gesetzesstufe die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie erwähnt. AllKidS findet das unnötig, zumal der Papierversand von Kopien nicht zeitgemäss ist und Zusatzkosten produziert. Es wäre besser, elektronische Rechnungskopie im Tiers payant auf Verlangen im geschützten Bereich des Elektronischen Patientendossier EPD zu hinterlegen. Dafür wäre hingegen eine KVG-Änderung nötig.	3 ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person auf Verlangen vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist, und teilt dem Leistungserbringer bei der Patientenaufnahme mit, ob dieser die Rechnungskopie im Elektronischen Patientendossier EPD ablegen kann... .
AllKidS	43	5		Ambulante Pauschalen sind bei einer hohen Zahl vergleichbarer Fälle grundsätzlich sinnvoll, sofern sie auf einer sachgerechten	Für Minderjährige gelten separate, auf deren spezifischen Bedürfnisse und Begebenheiten

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				und betriebswirtschaftlich sauberen Basis kalkuliert werden. Sie haben aber im Bereich der Kinderspitäler, insbesondere bei jenen, die eine hoch spezialisierte Medizin leisten, eine problematische Seite. Die ambulante Versorgung in Kinderspitälern umfasst z.B. zu gut einem Drittel seltene Krankheiten. Hier bestehen erheblich Unterschiede gegenüber Kinderarztpraxen. Es ist nötig, hier zu differenzieren und ambulante Pauschalen wie unter DRG auf Basis von Diagnose. (Siehe dazu auch den Begleitbrief.) Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Behandlung von Kindern oft viel aufwändiger ist und auch höhere Anforderungen an die Betreuung der Familie/Angehörigen stellt	angepasste Kinder- und Notfallpauschalen.
AllKidS	47a	1 + 2		AllKidS unterstützt die Schaffung eines nationalen Tariffbüros für den ambulanten Bereich nach Vorbild und/oder in Anlehnung an die Swiss DRG AG. Die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner muss gewahrt bleiben. Es ist zu begrüßen, dass die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer paritätisch vertreten sind. Analog Swiss DRG braucht der Bundesrat auch im ambulanten Bereich Form und Organisation nicht vorzuschreiben.	1: Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, welche die ambulante Tarifstruktur erarbeitet, anpasst, weiterentwickelt und pflegt. Alle Tarifpartner im KVG und UVG bzw. IVG und MVG müssen an der Organisation beteiligt sein. 2 ((Version H+)): Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufstellen und stellt sicher, dass die Tarifstruktur datenbasiert, KVG-konform und sachgerecht erarbeitet wird ohne politische Vorgaben. 2 ((Version FMH)): Absatz 2 streichen
AllKidS	47a	3		Der Bundesrat kann Amtstarife erlassen, sofern die Kantone und Tarifpartner keine einmütige Lösung finden. Er zeichnet selbst für den Tarif verantwortlich und kann das BAG beauftragen, Revisionen durchzuführen, um die Sachgerechtigkeit einer veralteten Tarifstruktur wiederherzustellen.	Streichen
AllKidS	47a	4		Kein Tarifpartner darf ein Vetorecht für sich beanspruchen, weshalb auch Tarifstrukturen mit Mehrheitsbeschlüssen zur Genehmigung eingereicht werden können.	Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

AllKidS	47b	2		((Version H+)) Einschränkungen im letzten Satz ergänzen. ((Version FMH)) Gegenüber geltender Regelung erhält der Bundesrat neu das Recht, Daten der Tarifpartner jederzeit und kostenlos einzufordern, unabhängig davon, ob ein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Dadurch wird die Autonomie der Tarifpartner verletzt. Diese neue gesetzliche Regelung ist weder zweckmässig noch verhältnismässig.	((Version H+)): ... unter Wahrung der Verhältnismässigkeit, des Datenschutzes und der Betriebsgeheimnisse der Leistungserbringer und Versicherer. ((Version FMH)): Absatz 2 streichen
AllKidS	47b	3		Keine Sanktionen	Streichen
AllKidS	47c			((Version H+)) Einbezug von Patientenorganisationen ergänzen. Die Eindämmung der Kosten ist nötig und sinnvoll, aber Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung gehen zu weit und leisten einer möglichen Rationierung Vorschub. ((Version FMH)) Die Verpflichtung der Tarifpartner bei der Überschreitung vorgegebener Kostenziele Korrekturmassnahmen in ihren Tarifverträgen vorzusehen, läuft auf die Einführung von Globalbudgets und eine zwingende Anwendung von degressiven Tarifen hinaus. AllKidS stellt diesen radikalen Eingriff in die Autonomie der Tarifpartner grundsätzlich in Frage.	1 ((Version H+)): Die Tarifpartner oder deren Verbände erarbeiten mit Patientenorganisationen Massnahmen zur Steuerung der Kosten. Absätze 5 – 7 streichen. ((Version FMH)): Streichen
AllKidS	52			AllKidS lehnt das Referenzpreissystem ab, da dies aufgrund seiner Ausgestaltung zu Versorgungsengpässen auf dem Schweizer Markt führen kann bzw. die Medikamentenversorgung in den Spitälern massiv bedroht.	Streichen
AllKidS	53	1bis		AllKidS lehnt ein zusätzliches Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung/Listung von Spitälern, Geburtshäuser und Pflegeheime ab, weil ihnen in diesem sowohl die Legitimation als auch die Expertise fehlt.	Streichen
AllKidS	59			Grundsätzlich ist ein Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				begrüssen. AllKidS unterstützt daher dessen Einführung im KVG, sofern folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: • Leistungserbringer, Versicherer und Kantone sind gleichwertige Partner. • Kein Obligatorium zur Teilnahme an einem Pilotprojekt. Mit dem Experimentierartikel soll die Möglichkeit geschaffen werden, Pilotprojekte durchzuführen. Es darf daraus keine Verpflichtung entstehen. Abs. 4 ist entsprechend ersatzlos zu streichen. • Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 scheint wenig lösungsorientiert. Nach Ansicht von AllKidS sollen Pilotprojekte von den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden. Der Bundesrat soll bewilligen, überwachen und nach erfolgter Evaluation ggf. für die Überführung der Bestimmungen ins Gesetz sorgen. • Pilotprojekte dürfen nicht alleine aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt werden. Versorgungskriterien sind ebenso zu berücksichtigen.	
	59	4		Siehe Ausführungen im Abschnitt oben	Streichen
	59	5		Siehe Ausführungen im Abschnitt oben	Präzisieren

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Vereinigung der Ärzte mit Patientenapotheke

Abkürzung der Firma / Organisation : APA

Adresse : Kolumbanstrasse 2, 9008 St.Gallen

Kontaktperson : Dr. Sven Bradke

Telefon : +41 71 246 51 00

E-Mail : info@patientenapotheke; sven.bradke@mediapolis.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	_____ 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
APA	Sehr geehrte Damen und Herren Wir vertreten über 1000 selbstdispensierende Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, die von der Einführung eines Referenzpreissystems vital betroffen wären. Infolgedessen verfolgen wir die Entstehungsgeschichte zu diesem Thema bereits seit Jahren. Wir äussern uns deshalb im Folgenden auch nur zu diesem Thema. Für alle anderen Massnahmen verweisen wir auf die offizielle Stellungnahme der FMH. Wir anerkennen vollends, dass die Generika-Abgabe zu fördern ist. Wir sehen auch Potential bezüglich einer vermehrten Abgabe von Generika. Auch wenn unsere selbstdispensierenden Ärztinnen und Ärzte bereits heute, wie alle wissenschaftlichen Studien der vergangenen Jahre belegen, mehr Generika im Alltag abgeben als ihre verschreibenden Kolleginnen und Kollegen in den Nicht-SD-Kantonen. Dies erfolgt, weil sie den Medikamentenmarkt und die jeweiligen Preise der Präparate besser kennen und somit auch kostenbewusster abgeben. Die Einführung eines Referenzpreissystems sehen wir in vielfacher Hinsicht als falsche Massnahme zur Steigerung der Generika-Abgabe. Hiergegen sprechen folgende Argumente: 1. Die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte wird massgeblich eingeschränkt. Wir sehen es als unerlässlich an, dass die Ärzteschaft Arzneimittel auf der Basis des Krankheitsbildes und – wie vom Gesetz gefordert – nach Massgabe «der anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften» (HMG Art. 26) frei verschreiben und abgeben können. Preisliche Vorgaben schränken die Therapiefreiheit ungebührlich ein und verursachen bei Ärzten und Patienten Unmut. 2. Dauernde Preiswechsel haben zur Folge, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten immer wieder neu eingestellt werden müssen. Dies verursacht unnötige Gesundheitskosten und vermindert die Therapietreue (Compliance). Allfällige Ersparnisse wären somit schnell wieder «kompensiert». 3. Die angedachte Preissenkung kann zu Versorgungsengpässen führen. Leben wir doch in einem sehr kleinen Land, das eine eigene Registrierung fordert, mehrsprachige Beipackzettel voraussetzt und vom Volumen her geringe Absatzzahlen ermöglicht. Wir befürchten deshalb nicht nur «out of stock-», sondern sogar «out-of-market-Probleme». Ganz abgesehen davon, dass viele Wirkstoffe nur von sehr wenigen Anbietern im Fernen Osten hergestellt und vertrieben werden, was uns bei Unfällen, Verunreinigungen oder ähnlichen Vorkommnissen vor Ort weitere

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Versorgungsschwierigkeiten bescheren könnte.

4. Trotz fortgeschrittener Informatik in den (Haus-) Arztpraxen lösen beide vorgeschlagenen Systeme grosse bürokratische Aufwände aus. Einerseits besteht eine stete Gefahr, die «falschen» Arzneimittel an Lager zu haben. Andererseits müssen die aktuellen Preise permanent überprüft werden. Dies verursacht, ökonomisch gesprochen, hohe **Informationskosten**. Da in den meisten Arztpraxen nur sehr wenige Personen beschäftigt sind, führt dies zu einem ungebührlichen zusätzlichen Aufwand.

5. Wir befürchten, dass die neue gesetzliche Regelung auch als **«Eintrittspforte» zur Schaffung eines neuen Preissystems für patentgeschützte Originalpräparate** dienen könnte. Wir sähen dies als unredlich an, da diese Vorlage immer unter dem Titel patentabgelaufener Arzneimittel erfolgte. Insofern bitten wir hier um eine Klärung und Präzisierung.

6. Eine Senkung der Arzneimittelpreise bei patentabgelaufenen Medikamenten, Generika und Biosimilars hätte beim aktuellen Preisgestaltungsmodell zur Folge, dass nebst der Pharma-Industrie auch die Leistungserbringer wieder Sparbeiträge zu erbringen hätten. Dies zusätzlich zur vorgesehenen Anpassung der Margenordnung per 1. Juli 2019 mit rund CHF 50 Millionen. Aus (haus-)ärztlicher Sicht widerspricht dies dem Artikel 117a der Bundesverfassung, der eine angemessene Abgeltung der hausärztlichen Leistungen vorsieht.

7. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass die Einführung eines Referenzpreissystems nicht jene Ergebnisse zeitigt, die ehemals erwartet wurden.

Selbstredend haben wir auch die beiden Modelle näher angeschaut. Wir lehnen beide ab, würden aber notfalls das Modell «Preisabschlag» bevorzugen. Das Modell «Meldesystem» ist aufwendig, bürokratisch, interventionistisch und fern des Alltags einer Arztpraxis. So oder so sollten administrierte Preisanpassungen höchstens einmal pro Jahr erfolgen. Die Stichtage und die neuen Preise sollten zudem früh im Voraus bekannt sein.

Wir hoffen, Ihnen hiermit unsere Haltung zur Einführung eines Referenzpreissystems verständlich dargelegt zu haben. Wir sehen darin mehr Nach- als Vorteile und hoffen, dass eine solche Gesetzgebung nicht weiterverfolgt wird. Für alle weiteren Massnahmen der Vernehmlassung verweisen wir auf die Stellungnahme der FMH.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Einreichung unserer diesbezüglichen Überlegungen.

Freundliche Grüsse

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Dr. Sven Bradke Geschäftsführer
--	------------------------------------

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Argomed Ärzte AG

Abkürzung der Firma / Organisation : Argomed

Adresse : Bahnhofstrasse 24, 5600 Lenzburg

Kontaktperson : Dr. Claudine Blaser

Telefon : +41 56 483 03 33

E-Mail : claudine.blaser@argomed.ch

Datum : 13.12.2018

Wichtige Hinweise:

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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Argomed.	Allgemeine Ausführungen zu Innovation und zum Experimentierartikel
	Wir stehen der Idee eines Experimentierartikels als Signal, um Innovationen im stark reglementierten Umfeld zu ermöglichen, grundsätzlich sehr positiv gegenüber, können aber den nun vorliegenden Vorschlag aus folgenden Gründen nicht gutheissen: Innovation lässt sich nicht top-down verordnen. Einerseits ist Experimentieren im Kleinen unbedingt notwendig und gehört gefördert, um kleine Fehler rasch korrigieren zu können und nicht im Grossen an grossen Fehlern festhalten zu müssen. Dies gilt für alle Bereiche (Arztpraxen, Apotheken, Spitäler, Spitex etc.). Und zweitens gelingen innovative Projekte dann gut, wenn sie auf freiwilliger Basis zwischen interessierten Leistungserbringern und weiteren Partnern initiiert und umgesetzt werden. Auf eine Verpflichtung zur Teilnahme an solchen Projekten ist deshalb zu verzichten. Mit KVG Art. 62 «Besondere Versicherungsformen» wurde vor 20 Jahren für Managed Care eine Ausnahmeregelung geschaffen, welche innovative Projekte und deren Umsetzung zulies und förderte. Mit Erfolg, wie wir heute wissen, konnten die Patienten in den letzten 20 Jahren in den Ärztenetzen und HMO-Praxen dank verbindlichen Hausarztmodellen nicht nur von einer qualitativ hochwertigen Medizin profitieren, sondern gleichermassen auch von realisierten Kosteneinsparungen in der Grössenordnung von 15% im Vergleich zu OKP. Gleichzeitig wurde die hausärztliche Grundversorgung durch Vernetzung (vorab in Ärztenetzen und Qualitätszirkeln) gestärkt, nutzbringend letztlich für alle Versicherten und Prämienzahler. Was hierbei unbedingt hervorgehoben werden muss: der obige Ansatz basiert auf dreifacher Freiwilligkeit. Der Versicherte, der Arzt und die Versicherung entscheiden, ob sie in einen solchen Vertrag eintreten wollen. Diese Freiwilligkeit ist Teil des Erfolgs von solchen alternativen Modellen und die so erbrachten Leistungen müssen weiterhin partnerschaftlich und durch die Willigen vorangebracht werden. Der vorliegende Vorschlag zum Experimentierartikel kann aus unserer Sicht keine Verbesserung oder Unterstützung zu solchen Vorhaben leisten. Will man Innovation fördern, so ist dazu eine objektive und wissenschaftlich fundierte Evaluation der Projektvorhaben nötig. Der vorliegende Vorschlag zum Experimentierartikel lässt diesen Ansatz vermissen. Es gibt bereits gut funktionierende Fördermodelle in der Schweiz. Wir schlagen deshalb vor, sich für die Umsetzung eines solchen Experimentierartikels an den Prozessen, wie sie bei der Innosuisse in der angewandten Forschung zur Anwendung kommen, zu orientieren (www.innosuisse.ch). Innosuisse, vormalig KTI, fördert wissenschaftsbasierte Innovationsprojekte zwischen Unternehmen und Forschungspartnern für Produkt-, Prozess- oder Dienstleistungsinnovationen. Die eingereichten Projekte werden in einem standardisierten Prozess vom Innovationsrat sowie beigezogenen Experten auf ihren Innovationsgehalt, die Kompetenz der Projektpartner sowie auf ihre Nachhaltigkeit und Mehrwert für

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	die Schweiz beurteilt. Ähnliche Modelle mit den entsprechenden Anreizen können auch für Projekte im Gesundheitswesen im Rahmen eines Experimentierartikels angedacht werden. In Analogie könnte zB. ein Innovationsrat mit Vertretern der verschiedenen Stakeholder gebildet werden, welcher die Förderkriterien verabschiedet, die Experten benennt und gestützt auf deren Beurteilung die Projekte fördert. Gleichzeitig schlagen wir vor, für die Finanzierung solchermaßen ausgewählter Projekte eine Art Innovationsfonds zu schaffen.
--	--

	Im Rahmen dieser einmaligen Gelegenheit eines solchen Experimentierartikels sollte auch die Chance genutzt werden, nicht nur falsche Anreize eliminieren zu wollen, sondern vielmehr auch die richtigen Anreize zu setzen. Hier verdienen bereits etablierte Initiativen wie „choosing wisely“ und „smarter medicine“ gezielte Unterstützung. Es muss sich für den Arzt / die Ärztin lohnen, etwas <u>nicht</u> zu verordnen, weil es medizinisch im konkreten Einzelfall so am besten ist. Im Rahmen der koordinierten Versorgung in Ärztenetzen mit Budgetmitverantwortung gibt es solche Steuerungsprozesse bereits heute. Von diesen kann man lernen. Zentral ist die Verbindlichkeit aller Beteiligten im Behandlungsprozess, insbesondere auch des Patienten, sowie die Sichtbarmachung der medizinischen Qualität.
--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Argomed	59b			Experimentierartikel Wir lehnen den Experimentierartikel in der vorliegenden Formulierung ab. Die detaillierten Gründe sind dem obigen Abschnitt «Allgemeine Ausführungen zu Innovation und zum Experimentierartikel» unter Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision zu entnehmen.	Artikel 59b ist in der vorliegenden Formulierung zu streichen.
Argomed	42	3	Dritter Satz	Rechnungskopie an Patient Wir erachten diese Massnahme (im System des Tiers payant) als sinnvoll. Die damit einhergehende Kostentransparenz gelingt damit nicht nur auf der Ebene Arzt-Krankenkasse, sondern kann auf der Ebene Arzt-Patient bzw. insbesondere Spital-Patient deutlich verbessert werden. Dies ist im Hinblick auf eine verstärkte Übernahme der Selbstverantwortung durch den Patienten in seinem Behandlungspfad zu begrüssen. Ob damit eine relevante Kostendämpfung erreicht werden kann, ist fraglich. Es gilt im Prozessablauf jedoch unbedingt zu beachten, dass damit keine administrativen Mehraufwände in Praxen und Spitälern verbunden sind, insbesondere dann, wenn die Rechnungskopie nicht nur eine eigentliche Kopie darstellt, sondern zusätzlich für den Laien verständlich dargestellt werden soll. Die Rechnungskopie muss deshalb automatisiert und möglichst digital übermittelbar sein. Es muss vermieden werden, dass zwei	Für die Krankenkasse soll die gleiche laienverständliche Rechnung verwendet werden, wie für die Patientenkopie, zusätzlich zu den aufgeführten genauen Tarifpositionen, die nach wie vor ebenfalls auf der Rechnung sind. Die elektronische Übermittlung sowohl an Krankenkassen als auch an Patienten ist als «Default» zu definieren

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				verschiedene Rechnungen erstellt werden müssen. Der dazu nötige Mehraufwand würde die mit der Massnahme zu erzielenden Einsparungen zunichtemachen. Wir schlagen vor, dass für die Rechnung an die Krankenkasse die gleiche laien-verständliche Sprache verwendet wird, wie für die Patientenkopie, zusätzlich zu den aufgeführten genauen Tarifpositionen, die nach wie vor ebenfalls auf der Rechnung sind. Die elektronische Übermittlung sowohl an Krankenkassen als auch an Patienten ist als «Default» zu definieren, zu automatisieren und mittels entsprechender Anreize zu fördern.	und zu automatisieren.
Argomed	47c		1-7	Steuerung der Kosten durch Tarifpartner Wir stehen den vorgeschlagenen Bestimmungen in der vorliegenden, sehr weitgehenden, Form ablehnend gegenüber. Bereits heute arbeiten Ärztenetze wie die der Argomed auf der Basis von Managed Care Verträgen mit den Krankenversicherern zusammen, in denen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen abgebildet und an definierte Kosten-Ziele geknüpft sind (sogenannte Budgetmitverantwortung). Nachweislich führt diese Steuerung zu realisierten Einsparungen von etwa 15% im Vergleich zu einem definierten Vergleichskollektiv an OKP Versicherten. Eine Hochrechnung über alle Argomed-Netze mit etwa 400'000 im Hausarztmodell versicherten Personen zeigt realisierte Einsparungen von rund CHF 200 Millionen pro Jahr (Basis: Kostendaten der Versicherer 2016). Diese reale Einsparung wird auf Basis einer dreifachen Freiwilligkeit erreicht: der Versicherte, der Arzt und die Krankenkasse schliessen sich freiwillig der Vereinbarung an. Ein gut funktionierendes Bottom-up System. Die gemäss Art 47c geforderte rechtliche Grundlage entbehrt dieses Prinzip der Freiwilligkeit der Akteure und stellt einen Eingriff in die Autonomie der Vertragspartner dar. Kein Globalbudget durch die Hintertür! Kostensteuerung durch die Tarifpartner darf nicht mit einem politisch vorgegebenen Globalbudget	Anpassung des Gesetzestextes basierend auf Argumentation

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			verknüpft werden, sondern hat sich am Optimierungspotenzial des Versorgungssystems ohne Rationierungsmassnahmen zu orientieren. Es muss vielmehr um die sachgerechte Allokation der eingesetzten Mittel gehen. Die bisherigen Erfahrungen zur Steuerung der Kosten im Rahmen der speziellen Versicherungsformen sollten in den Gestaltungsprozess einbezogen werden. Was keinesfalls geschehen darf, ist, dass mit einer übergeordneten Massnahme in Bezug auf Mengen- und Kostenentwicklung analog eines Giesskannenprinzips (zB. durch eine mengenabhängige, pauschale Taxpunktwerterhöhung), all diejenigen bestraft werden, die in der Vergangenheit gut gewirtschaftet und das System nachweislich entlastet haben. Generell dürfen wir festhalten, dass Hausärzte heute auch unabhängig von Managed Care, gut 94% der Fälle abschliessend in ihrer Praxis behandeln, und in nur rund 6% eine Überweisung ins Spital oder zum Spezialisten erfolgt. Ebenfalls festzuhalten ist, dass die Behandlung beim Hausarzt für das gleiche Resultat deutlich kostensparender erfolgt, da Spezialisten häufig mehr Konsultationen, mehr Röntgenbilder etc. durchführen und doppelt so viele Patienten hospitalisieren. Eine Mengenbeschränkung auf Ebene der (hausärztlichen) Grundversorgung hätte damit die Folge, dass Patienten (inadäquat) in spezialisiertere Ebenen verschoben werden und damit einen kontraproduktiven Effekt. Hingegen sind Bestrebungen zu begrüssen und zu fördern, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und auf diesem Weg die Inanspruchnahme des Versorgungssystems zu verwasentlichen. Das persönliche Gespräch und das dabei entwickelte Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Hausarzt sowie abwartendes Offenhalten, Verlaufsbeobachtung und sinnvolle Priorisierung aufgrund der Gesamtsicht auch über die Zeit sind wichtige Faktoren für den Kostenspareffekt. Es müsste also im ureigenen Interesse der Krankenkassen, der Kantone, des Bundes und der Prämienzahler sein, ausreichende Kapazitäten in diesem Bereich zu fördern und die Attraktivität der Hausarztmedizin gezielt und	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				engagiert weiter zu steigern. Auch internationale Vergleiche zeigen, dass hausarztbasierte Versorgungssysteme kosteneffektiver sind.	
Argomed	43	5	1. Satz	Pauschalen im ambulanten Bereich Pauschalierte Abgeltungen haben ihren Platz da, wo Leistungen standardisiert erbracht werden können, was im ambulanten Bereich umso eher der Fall ist, je klarer definiert und fokussiert das Portfolio eines Anbieters ist und je unabhängiger vom Gesamtkontext ein Problem bzw. eine Diagnose abgehandelt werden kann. Konkret betrifft dies eher Spezialarztpraxen. Die Arbeiten in der Hausarztpraxis insbesondere mit mehrfach und chronisch kranken Patienten oder auch mit Kindern sind häufig nicht standardisierbar. Der durchschnittliche Hausarztpatient kommt mit mehreren Diagnosen und 3-4 aktuellen Problemen in die Praxis. Bei pauschalem Tarif müsste für jedes Problem separat eine Sitzung eröffnet und separat abgerechnet werden – oder ein administratives Monster ambulanter «Diagnosis-related Groups» (DRG) geschaffen werden. Das kann nicht das Ziel in der ambulanten Versorgung sein. Standardisierung setzt mitunter eine eindeutige Zuordnung eines vorliegenden Problems zu einer Diagnose oder einem Prozess voraus. Diese Zuordnung im breitest gestreuten Niedrigprävalenzbereich unselektionierter Patienten ist eine Kernkompetenz der Hausärzte. Diese Zuordnung kann aber im Einzelfall nicht prospektiv standardisiert werden, weil ein stufenweiser, individuell angepasster und ausgehandelter, ergebnisoffener Beurteilungsprozess ja gerade ein konstituierendes Element dieser grundlegenden hausärztlichen Tätigkeit ist. Eine sehr weitgehende Pauschalvergütung in Form von Kopfpauschalen (Capitation) werden von einzelnen Managed Care Organisationen bereits umgesetzt, allerdings unter Rahmenbedingungen, die sehr verschieden sind von einer flächendeckenden Anwendung. Ob eine Ausweitung dieses Systems machbar und nützlich ist, wäre vorgängig eingehend zu prüfen,	Anpassung des Gesetzestextes basierend auf Argumentation

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			allenfalls im Rahmen eines Experimentierartikels. Ein Blick auf die Fallpauschalen im stationären Bereich zeigt, dass dieses an sich logische und einleuchtende System in der Umsetzung sehr komplex und punkto Fehlanreizen ebenso anfällig ist wie andere Tarifsysteime. Die Anwendung gelingt nur unter einem geradezu grotesken Codierungs- und Kontrollaufwand. Das immanente Problem der Überdiagnostik und potenziellen Unterbehandlung im Fallpauschalensystem ist ungelöst. Argomed ist nicht prinzipiell gegen pauschale Vergütungen und anerkennt die Nachteile und Fehlanreize, welche der aktuelle Einzelleistungstarif Tarmed auf Systemebene mit sich bringt. Dennoch ist in der Grundversorgung noch weitestgehend unklar, in welchen Bereichen eine Pauschalierung wirklich Vorteile hätte.	
Argomed	52		Referenzpreissystem Der Hauptanreiz für einen Umstieg von Originalpräparaten zu Generika ist mit der Selbstzahlung von 20% bereits gesetzt. Man kann diese auf 30% erhöhen, um noch grösseren Anreiz zu schaffen, völlig ohne neue Regulierungsmassnahmen einzuführen. Ferner können die Anforderungen an die Rechtfertigung «Original aus medizinischen Gründen» erhöht und Pseudoargumente aus den Marketingabteilungen der Originalhersteller widerlegt und eliminiert werden. In die gleiche Richtung zielt auch die Forderung, dass in der Schweiz bezogene Generika kaufkraftbereinigt gleich teuer sein sollen, wie im Ausland, bzw. dass auf Rezept verordnete Generika auch im Ausland gekauft und von den Kassen entsprechend vergütet werden dürfen. Wenn man tatsächlich generell die Generikaquote erhöhen will, so kann man das in einem ersten einfachen Schritt damit tun, dass Ärzte mit Selbstdispensation im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen einen entsprechenden Anreiz dazu erhalten. Eine weitere Möglichkeit kann sein, den Ärzten mit Selbstdispensation bei Abgabe von Generika eine	Erhöhung des heutigen Selbstbehalts bei Original mit verfügbaren Generika von 20% auf 30%. Anreiz für Generika bei selbstdispensierenden Ärzten im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen setzen Anreize für Generika bei selbstdispensierenden Ärzten durch eine höhere Vertriebsmarge bei Generika setzen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				höhere Vertriebsmarge zuzugestehen. Damit wird zwar das bislang Günstigere etwas teurer, der Anreiz auf das Teurere zu verzichten aber erhöht. In rezeptierenden Regionen funktioniert das bisher nicht, da Verschreibungsverantwortung und ökonomisches Interesse zwischen Arzt und Apotheker durch eine antiquierte Regulierung aufgeteilt sind. Bei Einführung eines Referenzpreissystems wäre vorgängig diese Problematik zu adressieren und ohne neue Fehlanreize zu lösen. Wichtig ist zu vermeiden, dass wegen ein paar wenigen Rappen Differenz auf ein günstigeres Präparat gewechselt werden muss. Das würde zusätzlichen administrativen Aufwand in der Arztpraxis bedeuten (Aufklärung des Patienten, Compliance, Dokumentation etc.), was den zu erwartenden Einspareffekt vermutlich mehr als aufhebt.	
--	--	--	--	--	--

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Association romande des logopédistes diplômés

Abréviation de la société / de l'organisation : ARLD

Adresse : Place de la Riponne 5, 1005 Lausanne

Personne de référence : Joëlle Pitteloud

Téléphone : 021 732 17 31

Courriel : joelle.pitteloud@arld.ch

Date : 13 décembre 2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	11
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	12

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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. ARLD	L'association romande des logopédistes diplômés (ci-après ARLD) remercie de pouvoir prendre position sur les mesures visant à freiner la hausse des coûts. L'ARLD est la seule association romande qui représente les logopédistes. Elle est composée de près de 1000 membres. Il n'existe actuellement pas d'association au niveau suisse mais une alémanique et une tessinoise en plus de l'association romande.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. ARLD	De manière générale, il nous paraît important de freiner l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé. Il nous paraît important de contribuer à cette réflexion, voire de mettre en œuvre des mesures efficaces et efficientes et surtout acceptables pour les logopédistes. En effet, il nous paraît fondamental que la qualité des prestations proposées reste le critère fondamental. Les présentes propositions se concentrent exclusivement sur les coûts et nous estimons qu'ils sont trop peu différenciés. En effet, l'évolution démographique et d'autres facteurs influencent l'augmentation de la demande, éléments qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans les différentes propositions. Ainsi, le vieillissement de la population fait apparaître des besoins en augmentation constante pour les troubles de la communication, de la voix et du langage, mais aussi ceux de la déglutition liée aux maladies neurologiques et dégénératives.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. ARLD	Les solutions doivent être financièrement viables et légitimes pour les logopédistes. Il est inacceptable que les mesures de réduction entraînent de nouveaux coûts qui ne sont pas encore prévisibles à l'heure actuelle. Ceux-ci se verront vraisemblablement reportés sur les professionnels, voire leurs associations (financées exclusivement par leurs cotisations) et ceci n'est pas acceptable. Le manque de logopédiste est important en raison notamment des tarifs bas et si les reports des charges et tâches étaient reportées sur les prestataires, cela diminuerait encore plus l'accès à la profession et des difficultés supplémentaires pour les patients-es. En effet, la couverture des soins est insuffisante et la prise en charge des patients-es n'est pas assurée en raison du manque de logopédistes, notamment après des séjours hospitaliers, le suivi post-hospitalier ne peut le plus souvent pas être garanti.
Erreur ! Source du renvoi introuvable. ARLD	Nous allons prendre position sur les éléments suivants : - l'obligation pour les fournisseurs de prestations de remettre au patient une copie de la facture - la promotion des forfaits dans le domaine ambulatoire - la création d'une organisation tarifaire nationale pour le secteur ambulatoire, - l'obligation pour les partenaires tarifaires de communiquer au Conseil fédéral les données nécessaires à l'établissement, à l'adaptation et à

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

	l'approbation des tarifs, - des mesures, qui doivent être convenues par les partenaires tarifaires, concernant le pilotage des coûts dans le domaine ambulatoire. - l'introduction dans la loi sur l'assurance-maladie d'un article permettant la réalisation de projets expérimentaux
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.	
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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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 introuvabl e.	42	3	3	Il nous paraît tout à fait adéquat de remettre une copie de la facture à la personne assurée, même si cela implique un travail administratif supplémentaire. Pour les logopédistes, cette pratique est déjà en vigueur dans la majorité des cas.	
Erreur ! Source du renvoi introuvabl e.ARLD	43	5		Structures tarifaires uniformes dans toute la Suisse pour les tarifs forfaitaires : Il est impératif de renoncer à l'obligation de fixer des tarifs forfaitaires. Dans le domaine de la logopédie, il est difficile de définir des forfaits, les soins et les prestations étant le plus souvent liés aux patients-es. En d'autres termes l'aspect humain est primordial et difficile à forfaitiser. Nous soutenons l'approche consistant à encourager les partenaires tarifaires à vérifier régulièrement - conjointement - si les tarifs fixés peuvent devenir forfaitaires. Si des tarifs forfaitaires devaient être fixés, l'ARLD soutient l'idée que ceux-ci doivent suivre une structure tarifaire uniforme dans toute la Suisse. Selon nous, la précision mentionnée dans le rapport explicatif indiquant que la valeur de base peut varier d'une région ou d'un canton à l'autre est centrale et doit être maintenue.	Article à supprimer
Erreur ! Source du renvoi introuvabl	47a			Organisation chargée des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires L'ARLD en tant qu'association professionnelle, considère qu'il est	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

e.ARLD				de son devoir de préparer les bases afin que les structures tarifaires soient adéquates, développées voire adaptées. Les éléments suivants sont primordiaux et doivent être pris en compte : - une organisation tarifaire par catégorie de prestations, quel que soit la taille de l'association. - les partenaires tarifaires déterminent et réglementent eux-mêmes la forme organisationnelle et le fonctionnement de l'organisation tarifaire. - les prestataires de services sont représentés à parts égales au sein de l'organisation tarifaire. Nous rejetons fermement un regroupement des prestataires et des tarifs au sein d'une organisation tarifaire unique.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable. e.ARLD	47a	2		Il est impératif que ces organisations puissent être mises en place d'une manière simple et efficace. Les exigences éventuelles ne doivent pas conduire à des formes d'organisation coûteuses qui, dans le cas des associations professionnelles, sont à la charge des membres de la profession, par leurs cotisations. Nous tenons à vous rappeler que les tailles des associations organisations professionnelles peuvent se révéler différentes. Ainsi les ressources de l'ARLD sont peu importantes puisqu'elles représentent un taux d'activité de 170%.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable. e.ARLD	47b	2		Communication de données dans le domaine des tarifs pour les traitements ambulatoires Il nous paraît indispensable que des données soient à disposition, pour la tarification dans les traitements ambulatoires.	Supprimer «gratuitement»

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				Le fait que les données doivent être fournies gratuitement (et sous peine de sanctions) au Conseil fédéral est disproportionné ; nous rejetons fermement cette demande. Les tarifs des logopédistes sont peu élevés et de manière tellement restreinte, qu'aucun coût ou charge supplémentaire ne peut être répercuté sur les prestataires de services sans compensation correspondante. Les logopédistes effectuent différents travaux, comme la mise en place de moyens de communication alternative et augmentée, sans aucune compensation financière. Imposer à nouveau certaines tâches sans compensation ne nous paraît pas possible. La récolte de données statistiques est liée à un investissement temps important et génère des infrastructures supplémentaires. Nous tenons à rappeler que le manque de logopédiste pour adultes est important, notamment en raison du manque d'attractivité de la profession, lié notamment aux salaires. Des « tracasseries » administratives supplémentaires sans compensation diminueraient encore le nombre de logopédistes. Ainsi le manque de traitements logopédiques continuerait à augmenter ce qui conduirait malheureusement à augmenter les coûts de la santé, puisqu'il y aurait d'autres conséquences.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable. e.ARLD	47c			Mesures visant à piloter les coûts Nous trouvons intéressante l'approche selon laquelle les partenaires tarifaires définissent conjointement des mesures de contrôle et de maîtrise des coûts. Il est nécessaire de préciser que l'influence des logopédistes est relative, puisque les logopédistes travaillent sur la base d'un besoin, défini par le médecin traitant, via une ordonnance médicale.	
Erreur ! Source du	47c	4		Le paragraphe 4 prévoit qu'il convient d'établir des règles	Elles doivent définir la périodicité du monitoring

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

renvoi introuvable e.ARLD				correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts pour l'année précédente. Nous rejetons une telle orientation avec des visées à si court terme, soit d'année en année. Cette période est beaucoup trop courte. Nous préconisons une période d'observation beaucoup plus longue. En outre, un tel suivi étroit nécessite de facto une collecte annuelle ou régulière de données. Les associations professionnelles n'ont pas les moyens financiers d'assurer et de maintenir un tel suivi. Nous proposons une formulation plus ouverte et une plus grande marge de manœuvre pour les partenaires tarifaires dans la détermination de la périodicité de la surveillance.	et prévoir des règles correctives en cas d'augmentation injustifiée des quantités et des coûts par rapport aux résultats du monitoring.
Erreur ! Source du renvoi introuvable e.ARLD	59b			De manière générale, nous soutenons l'introduction de l'article expérimental comme instrument de développement de l'innovation. Nous regrettons toutefois que l'article ne porte que sur la mise à l'essai de modèles de contrôle des coûts. Dans les approches actuelles importantes, telles que Smarter Medicine ou des projets/modèles de soins intégrés ou coordonnés, la qualité et l'efficacité des soins sont essentielles à une réduction des coûts. Leurs effets ne peuvent pas être évalués simplement par des économies monétaires. Les projets ne doivent donc pas être sélectionnés et évalués uniquement sur la base du rapport coût-efficacité. Les effets et la qualité sont tout aussi importants.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable	59b	4		Même si nous constatons qu'un projet pilote ne peut produire des résultats significatifs qu'avec une participation adéquate, nous rejetons l'obligation des fournisseurs de prestations de participer	

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

e.ARLD				aux projets pilotes. Pour nous, le choix et l'engagement sont des conditions préalables indispensables aux projets pilotes ; les acteurs individuels (par exemple les assureurs) ne doivent pas être autorisés à lancer des projets unilatéralement ou même contre la volonté des prestataires de services. Cela porterait atteinte au principe du partenariat tarifaire. Nous rejetons également l'idée que les projets peuvent être soumis uniquement par des acteurs individuels ; tous les acteurs impliqués dans le processus ou le domaine concerné doivent être impliqués.	
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du renvoi introuvable.					
Erreur ! Source du					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
ASPS	Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Entwurf der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und zu den Massnahmen zur Kostendämpfung (Paket 1) Stellung nehmen zu können. Die Association Spitex privée Suisse ASPS vertritt die privaten Spitex-Organisationen in der ganzen Schweiz. Die über 200 Mitglieder sind in der Schweiz von den Krankenkassen anerkannte und zugelassene Spitex-Anbieter. Die ASPS unterstützt Initiativen, die Transparenz in der Finanzierung von Spitex-Dienstleistungen ermöglichen. Klare Strukturen in den Kosten- und Subventionsflüssen sind anzustreben, damit wegweisende Lösungen möglich werden. Die Rahmenbedingungen privater Engagements sind zu verbessern, um dem steigenden Spitex-Bedarf gerecht zu werden. Die ASPS nimmt nach eingehendem Studium Ihres Entwurfs und Analyse der vorgeschlagenen Änderungen dazu wie folgt Stellung:
ASPS	Vorab ist festzuhalten, dass bei den Spitex-Organisationen (öffentlich-gemeinnützig sowie privat-erwerbswirtschaftlich) mit einem Kostenanteil von nur gerade ca. 3% der OKP-Ausgaben und einer vernachlässigbaren Kostensteigerung kein Einsparpotenzial besteht. Gemessen an der heute bereits bewiesenen und künftig unabdingbaren Leistungsfähigkeit dieser ambulanten Organisationen muss das bestehende Kosten-/ Nutzen-Verhältnis als ausgezeichnet und die Leistungserstellung bereits heute als effizient beurteilt werden. Deshalb ist es naheliegend und zu begrüßen, dass im Spitex-Bereich keine direkten Massnahmen angedacht sind. Vielmehr muss es darum gehen, bei den für über 80% der OKP-Kosten verantwortlichen Spitälern, Ärzten und Medikamenten den Hebel anzusetzen.
ASPS	Ein Teil der gesamten 38 Kostendämpfungs-Massnahmen ist als durchaus als gut und sinnvoll einzustufen, ein weiterer Teil ist aber höchst problematisch. Das gilt auch für das nun zur Vernehmlassung vorgelegte Paket 1. Die vorgeschlagenen Massnahmen stehen teilweise im Widerspruch zu einander und folgen keinem systematischen Reformplan. Gewisse wichtige Problembereiche wie die Mehrfachrollen der Kantone werden zudem nur zaghaft angegangen. Die Menge und zeitlich gestaffelte Bearbeitung der Massnahmen wird es nahezu verunmöglichen, Wirkungen und Nebenwirkungen den einzelnen Massnahmen zuzuschreiben. Ein Konzept mit einer inneren Logik ist jedenfalls nicht erkennbar. Unklar ist auch, nach welchen Kriterien die sechs Massnahmen ausgewählt wurden, die nun vorliegen und wie die drei neuen, hinzugefügten Massnahmen bestimmt wurden. Eine Auswahl nach Priorität und innerem Sachzusammenhang ist jedenfalls nicht zu erkennen. Das Risiko ist aus unserer Sicht gross, dass dieser heterogene Strauss an Massnahmen im parlamentarischen Prozess scheitern wird.
ASPS	Die Tatsache, dass in der vorliegenden Revisionsvorlage eine Regulierungsfolgenabschätzung vollständig fehlt, verstösst gegen bestehende Regelungen und Weisungen. Dementsprechend ist eine adäquate Beurteilung der Vorlage im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens gar nicht

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	möglich. Wir beantragen demnach die Annullierung der Vernehmlassung und deren Neuauflage nach Vorliegen der ersten Resultate aus der Regulierungsfolgenabschätzung, da zum jetzigen Zeitpunkt kaum Anhaltspunkte vorhanden sind, um die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der vorgelegten Reformpunkte abschliessend zu beurteilen.
ASPS	Wir begrüssen grundsätzlich die Möglichkeit, neue Lösungen und Massnahmen zunächst im Rahmen von Pilotprojekten zu testen. Wir sind allerdings der Ansicht, dass dies bereits gemäss dem aktuellen Wortlaut des Krankenversicherungsgesetzes möglich ist. Um eine umfassende und klar formulierte Rechtsgrundlage schaffen zu können, erklären wir uns aber mit der vorgeschlagenen Regelung einverstanden. <u>Dies allerdings mit fünf wichtigen Anmerkungen respektive Einschränkungen:</u> (1) Jedes Pilotprojekt muss messbare Ziele und eine Projektdauer enthalten, damit eine klare Faktenlage für politische Entscheide nach Abschluss des Pilotprojekts geschaffen wird. (2) Pilotprojekte müssen repräsentativ sein und deshalb in mehreren Kantonen und allen Landesteilen stattfinden. (3) Die Anwendung des Experimentierartikels sollte auch echte Innovationen ermöglichen und nicht ausschliesslich auf kurzfristige Kostensenkungen fokussiert sein. (4) Es sollen nur Leistungserbringerverbände zur Teilnahme gezwungen werden, die eine Finanzierung durch den Bund oder die Kantone erhalten. Andere Verbände sind zwingend einzuladen, können aber selbst über eine Teilnahme entscheiden. (5) Die Kosten für die Pilotprojekte sind vom Initiator des Projekts zu tragen und können nicht auf die zur Teilnahme gezwungenen Verbände obligatorisch aufgeteilt werden. Dies könnte zu schwierigen Situationen auf Seiten Leistungserbringerverbände führen, die solche zusätzlichen Projektkosten weder in der Höhe abschätzen noch rechtzeitig budgetieren könnten.
ASPS	M09: Auf die Rechnungskontrolle dürfte nach unserer Ansicht durchaus noch mehr Gewicht gelegt werden, soweit es die teuren Leistungen von Spitälern und Ärzten betrifft. Die für Patienten kaum nachvollziehbaren (aber aufgrund der geringen Selbstbeteiligung auch kaum relevanten) Rechnungssummen sind beträchtlich und bedürfen einer genauen Nachkontrolle. Im Bereich der Langzeitpflege (Spitex, Pflegeheime) besteht aufgrund der geringen Beträge, der Kontrollen des Bedarfs durch die Krankenversicherer und der zusätzlichen Kontrolle durch die Kantone als Hauptkostenträger hingegen kein Bedarf. Die Rechnungskopie soll den Versicherten auf jeden Fall angeboten werden, jedoch auf ausdrücklichen, schriftlich geäusserten Wunsch der Versicherten jedoch auch auf einen Versand verzichtet werden können (Papierverbrauch, Kostensteigerung durch Posttaxen etc.).
ASPS	M34: Grundsätzlich stehen wir dieser Massnahme zurückhaltend gegenüber, weil damit ein erheblicher Eingriff in die Tarifautonomie verbunden wäre und es zu einer Zunahme des bürokratischen Aufwandes käme. Andererseits anerkennen wir die Notwendigkeit, den Blockaden in Tarifverhandlungen während der vergangenen Jahre durch geeignete Massnahmen und Instrumente zu begegnen. Der Vorschlag zur Einsetzung

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	einer nationalen Tariforganisation ist daher trotzdem eher zu begrüssen, damit die jahrelangen Grabenkämpfe und Blockaden einzelner Akteure endlich einer Gesamtbetrachtung weichen. Anstatt jede Detailfrage vor Gericht auszutragen, gilt es mehrheitsfähige Lösungen am runden Tisch zu finden. Dies gilt auch für den Bereich der sog. Langzeitpflege, in welchem das geordnete gemeinsame Gespräch über Themen wie MiGeL-Finanzierung oder OKP-Beitragshöhe sehr zu wünschen wäre.
ASPS	Pa.lv. 17.402: Die Pflicht zum Abschluss von Verträgen zur Steuerung der Kosten macht dort Sinn, wo Tarifverträge bestehen. Dies ist im Bereich der Langzeitpflege nicht der Fall, weil an die Spitex ein vom Bundesrat festgelegter Beitrag bezahlt wird. Da es keine Vertragsfreiheit zu den Vergütungen der Krankenversicherer gibt, kann es auch keine Verträge zur Steuerung der Kosten geben. Diese Massnahme erscheint uns zu offen und diffus formuliert, zumal sie mit einer neuen Eingriffskompetenz des Bundes verbunden werden soll. Grundsätzlich wäre dieses Anliegen durch eine korrekte Anwendung der WZW-Kriterien zu erfüllen, welche aber bis zum heutigen Datum nicht anwendungsreif operationalisiert worden sind. Deshalb wäre es jetzt die vordringliche Aufgabe des Bundes, die notwendigen Voraussetzungen für eine Beeinflussung des Kostenwachstums zu schaffen, indem die WZW-Kriterien operationalisiert und Guidelines definiert werden. Hier muss der Bund aktiv werden und die Tarifpartner einbinden. Die auch hier geplante, neue staatliche Eingriffskompetenz lehnen wir entschieden ab, eventualiter halten wir fest, dass die Frist von zwei Jahren viel zu kurz bemessen ist, da sich viele Verträge momentan gar nicht in der Verhandlungsphase befinden und längere Laufzeiten aufweisen. Statt einer subsidiären Eingriffskompetenz des Bundes sind Anreize in Bezug auf kostenbewusstes Verhalten der Akteure zu schaffen.
ASPS	Mo. 18.3709: Das Mitspracherecht der Krankenversicherer ist abzulehnen: Es ist die Aufgabe der Kantone, ein bedarfsgerechtes Angebot (z.B. an Pflegeheimen), angepasst auf kantonale und regionale Erfordernisse zu erstellen. Bereits heute sind sie mit der Bewilligung neuer Betriebe äusserst zurückhaltend, weil sie die Kosten zum grössten/steigenden Teil mittragen. Wenn nun den Versicherern ein Beschwerderecht eingeräumt wird, könnten dringend benötigte Projekte aus strategischen oder taktischen Gründen über Jahre blockiert werden, was klar abzulehnen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	42	3		Aus unserer Sicht entspricht die Regelung der Forderung nach mehr Transparenz und Kostenkontrolle, wenn die Patienten beim Abrechnungssystem <i>tiers payant</i> eine Rechnungskopie erhalten. Wir hoffen, dass diese Massnahme auch dazu führt, dass bei den Patienten das Kostenbewusstsein gefördert wird. Wir vermöchten an dieser Stelle aber auch darauf hinweisen, dass diese neue Regelung zu Mehrkosten (Posttaxen, Ausdrucke) und mehr Umweltbelastung (Papierkopien!) führen wird. Ein Zusatz sollte unserer Ansicht angebracht werden, dass mittels schriftlicher Erklärung des Patienten auf eine Zustellung der Rechnungskopie verzichtet werden kann.	... gegangen ist. Mittels schriftlicher Erklärung kann die versicherte Person gegenüber dem Leistungserbringer auf die Zustellung verzichten.
ASPS	47a			Wir begrüssen die Einsetzung von nationalen paritätischen Organisationen zur Lösung von Tarifstreitigkeiten. So können Fragen der Tarifstruktur unter den beteiligten Akteuren praxisnah analysiert und praxistaugliche Regelungen getroffen werden. Eine solche Organisation würde für den Bereich der Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) durchaus Sinn machen, damit künftig der Dialog gestärkt und die Fragen ausdiskutiert statt ausprozessiert werden.	Ergänzung in Art. 25a KVG: Es wird ein paritätisches Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung der Langzeitpflege (Spitex sowie Pflegeheime) eingesetzt, welches sich aus Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt.
ASPS	47a	4		Absatz streichen.	
ASPS	47b	2		Absatz streichen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

ASPS	47b	3		Absatz streichen	
ASPS	47c			Die Pflicht zum Abschluss von Verträgen zur Steuerung der Kosten kann ausschliesslich dort erfolgen, wo Tarifverträge bestehen bzw. notwendig sind. Dies ist im Bereich der Langzeitpflege (Spitex und Pflegeheime) nicht der Fall, da ein vom Bundesrat in der KLV festgelegter Fixbeitrag bezahlt wird. Deshalb kann die Vorschrift für die Langzeitpflege nicht gelten.	
ASPS	53	1bis		Begründung zu Mo. 18.3709 siehe oben.	„ ... steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen <u>für Spitäler</u> nach Artikel 39 zu.“
ASPS	59b	2		Wir begrüssen die Einführung eines Experimentierartikels mit gewissen Vorbehalten. Wie engagieren uns bereits heute bei innovativen Pilotprojekten und werden dies auch künftig gerne tun. Dazu gehören aus unserer Sicht besonders auch solche unter dem Titel der neuen Versorgungsmodelle für betagte Menschen oder zur korrekten und vollständigen Finanzierung. Allerdings fehlt im vorliegenden Vorschlag die Regelung der Finanzierung solcher Projekte, welche nur dann erfolgreich sein können, wenn die Finanzierung für die beteiligten Akteure nicht nur zusätzlichen Aufwand schafft, sondern klar geregelt ist und die Budgets der Leistungserbringerverbände nicht zusätzlich belastet. Ebenfalls erscheint die Verpflichtung zur Teilnahme noch regelungsbedürftig – umso mehr sollte diese mit einem finanziellen Engagement im Projekt verbunden sein.	...begrenzt. Die Finanzierung der Pilotprojekte erfolgt über die Prämien der Krankenversicherungen im Rahmen des KVG.
ASPS	59b	4		Ebenfalls erscheint die Verpflichtung zur Teilnahme noch regelungsbedürftig – umso mehr sollte diese mit einem finanziellen Engagement im Projekt verbunden sein.	... auswirkt. Von einer Verpflichtung ausgenommen sind Leistungserbringerverbände ohne finanzielle Unterstützung von Bund und/oder Kantonen.

Stellungnahme der Berner Belegärzte-Vereinigung+ (BBV+) zum Massnahmenpaket 1 des Bundesrates zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen

Die Berner Belegärzte-Vereinigung+ (BBV+) vertritt die Anliegen von 840 Belegärztinnen und Belegärzten, die zumeist an den Privatkliniken des Kantons Bern, und in (noch) geringer Zahl auch an öffentlichen Spitälern, medizinisch tätig sind. Die meisten dieser BBV+ - Mitglieder betreiben eine eigene Praxis. Als solche Klein-Unternehmer/innen sind sie auf möglichst geringen administrativen Aufwand angewiesen. Sie leiden aber immer mehr unter der Last verschiedenster Auflagen und Vorschriften. Letztere werden durch das vorgeschlagene Massnahmenpaket in untragbarer Weise ausgeweitet.

Das vom BR vorgeschlagene Massnahmenpaket 1 zur Kostendämpfung mit entsprechenden Gesetzesanpassungen muss vom Inhalt her und in dieser Form und vom entstehenden eklatanten Zusatzaufwand her von der Berner Belegärzte-Vereinigung+ (BBV+) grundsätzlich abgelehnt werden.

Wohl anerkennt die BBV+ nach wie vor, dass Handlungsbedarf zur Kosteneindämmung besteht, erachtet aber das vorgeschlagene Massnahmenpaket hierfür in vielfacher Weise als untauglich.

Die BBV+ ist jederzeit bereit, die Verwaltung bei der Ausarbeitung geeigneter Massnahmen zur Kostendämpfung zu unterstützen.

*Gegen die 9 vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen bestehen aus Sicht der BBV+ folgende **Haupteinwände**:*

Zu 1. Einführung eines Experimentierartikels, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des normalen Rahmens des KVG ermöglicht:

Freiwilligkeit und Einfachheit sehen anders aus. Pilotprojekte müssten zuerst den Hürdenlauf eines behördlichen Genehmigungsverfahrens bestehen und Akteure, die sich womöglich nicht für das Projekt interessieren, könnten zur Teilnahme verpflichtet werden. Wie soll so ein Innovationsschub für kostendämpfende Massnahmen entstehen?

Zu 3. Schaffung einer Tariforganisation im ambulanten Bereich, die zuständig sein soll für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten Tarifstrukturen:

Es besteht die Gefahr einer aufwändigen Bürokratielösung, die unter Pattsituationen der Entscheidungsträger leiden und in einem staatlichen Tariffestsetzungssystem enden könnte. Die bisherige Partnerschaft zwischen Leistungserbringern und Versicherern würde untergraben, statt bestärkt.

Zu 4. Pflicht der KOSTENLOSEN Bekanntgabe der Daten an den BR durch die Leistungserbringer

-Diese erneut zusätzlichen Administrationskosten tragen zum langsamen Ersticken der Betreiber von Arztpraxen bei und würden nicht einmal entschädigt. Das ist unzumutbar. Dies umsomehr, als die Leistungserbringer doppelspurig Daten zu liefern hätten.
- Was für Sanktionsmöglichkeiten sind gemeint?? Wer fordert diese ein?
-Die Verknüpfung der Tariforganisation (Massnahme 3) mit einer unentgeltlichen Datenlieferungspflicht, welche soweit geht, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhalten würde, die Tarifstruktur im ambulanten Bereich sowie die Preise inskünftig selber festzulegen, ist abzulehnen.

Zu 5. Massnahmen durch Leistungserbringer zur Steuerung der Kosten: Dieses planwirtschaftliche Konzept ist ein Türöffner für das Globalbudget und erfordert wieder eine zusätzliche Bürokratie und ist abzulehnen.

Zu 6. Die Ausweitung der subsidiären Kompetenzen des BR zur Anpassung und Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife:

Das ist nicht vereinbar mit der durch die FMCH initiierte Erarbeitung von ambulanten Leistungspauschalen, die auf bestem Wege ist und von der BBV+ vorbehaltlos unterstützt wird. Des Weiteren wird die Partnerschaft zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern einmal mehr untergraben. Das Vorhaben ist abzulehnen.

Zu 7. Die Festlegung von maximalen Preisen respektive Höchstpreisen für Arzneimittel:

Das geht in Richtung Staatsmedizin und ist somit abzulehnen.

Zu 8. : Die Erweiterung des Beschwerderechtes gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital –und Pflegeheimplanung auf Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung:

Das kann zur Folge haben, dass eine Behörde, die an sich für die

Entscheidung von Tariff Fragen oder Planungsfragen zuständig wäre, von einer andere Behörde angefochten werden kann (auch wenn es hier die Verbände der Krankenversicherer sein sollen), und dann noch ein Gericht als dritte Behörde über solche Beschwerden entscheiden muss. Es droht also auch hier alles kompliziert, aufwändig und langwierig zu werden. Zudem geht das Ganze in Richtung Einheitskrankenkasse und hebt die Kantone aus.

Die Berner Belegärzte-Vereinigung+ ersucht um grundlegende Überarbeitung dieses Massnahmenpaketes 1 in Richtung Ausdünnung, Vereinfachung und weg von zusätzlicher Bürokratie.

Bern, 13. Dezember 2018

Mit freundlichen Grüssen

Eduard Neuenschwander, Dr. med.
Präsident BBV+

Walter Annasohn, Dr. rer. pol.
Generalsekretär BBV+
Primelweg 25
3097 Liebefeld

031 971 52 79

079 378 41 03

bbvplus@annasohn-consulting.ch

www.bbvplus.ch



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach
CH-3000 Bern 8
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03
bekag@hin.ch

Per E-Mail:

abteilung-leistungen@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

Bern, den 8. November 2018

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Der Kantonalvorstand der Aergtesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) hat sich einlässlich mit der Vorlage befasst.

I. Allgemeine Bemerkungen

Der Bundesrat beabsichtigt, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorerst in 8 Hauptpunkten anzupassen. Alleine 4 der 8 geplanten Gesetzesänderungen betreffen ausschliesslich den ambulanten Bereich, und damit die praktizierende Ärzteschaft, welche den grössten Teil unserer ordentlichen Mitglieder ausmacht. Gleichzeitig sollen der preisbezogene Zuschlag sowie der Zuschlag je Packung für verschreibungspflichtige Arzneimittel per 1. Juli 2019 erneut gesenkt werden. Gegen die zuletzt erwähnte Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), welche wir ablehnen, gibt es kein Rechtsmittel. Dies gilt bekanntlich auch für die ständigen Anpassungen der Analysenliste zum Nachteil unserer Mitglieder, welche das EDI ebenfalls einseitig verordnen kann.

Nur gegen eine Gesetzesanpassung kann das Referendum ergriffen werden. Solche Verschlechterungen, wie insbesondere auch die 4 neuen Sparmassnahmen, welche auf Gesetzesstufe erfolgen sollen, könnten zwar zunächst zu einer weiteren Kostendämpfung im ambulanten Bereich führen. Die indirekten Folgekosten dürften aber deutlich höher ausfallen, wenn inskünftig heute noch mögliche ambulante Behandlungen wegen nicht mehr vorhandenen Kapazitäten ambulant oder stationär an den Spitälern durchgeführt werden müssten. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ dürfte somit sozusagen ins Gegenteil verkehrt werden.

Zu fragen ist also, wieso bei den Sparbemühungen ausgerechnet der kostengünstige ambulante Bereich derart in den Vordergrund gestellt wird. Und mit welchen Nebenwirkungen muss mit Blick auf die Grundversorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich gerechnet werden?



Weil die Nachfolgeproblematik im Grundversorgungsbereich (noch lange) nicht gelöst ist, und somit auch in Zukunft (aus heutiger Sicht zumindest kurz- und mittelfristig) nicht genügend Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen werden, erachten wir es als grobfahrlässig, deren Einkommensmöglichkeiten immer noch weiter hinunter zu schrauben. Wo soll dies hinführen?

Wir erlauben uns, wie folgt aus unserer Vernehmlassung vom Mai 2017 zum 2. Tarifeingriff des Bundesrats zu zitieren:

„Gerade dies steht nun aber unseres Erachtens mit dem per 1. Januar 2018 geplanten zweiten Tarifeingriff des Bundesrates zur Disposition. Stossend ist bereits die Zielsetzung, wonach CHF 700 Mio. eingespart werden sollen. Gemäss früheren Berechnungen des Tarifiedienstes der FMH, welche dem EDI und dem BAG bekannt sind, verzichtete die ambulant praktizierende Ärzteschaft alleine in den Jahren 2004-2012 teuerungsbedingt auf insgesamt CHF 9,567 Mia. an eigentlich gerechtfertigtem Umsatz. Alleine die über den Tarif nicht abgegoltenen Lohnmehrkosten machten für diesen Zeitraum CHF 2,189 Mia. aus. Es mussten also Umsatz- und entsprechende Lohneinbussen in erheblichem Ausmass akzeptiert werden, blieben doch die Taxpunkte und vor allem auch die Taxpunktswerte grösstenteils über diesen sehr langen Zeitraum praktisch unverändert. Dies gilt auch für die Jahre ab 2013. Folglich würde allgemein ein riesiger Nachholbedarf bestehen.“

Zudem soll hier die für unsere Mitglieder existenzbedrohende, die Grundversorgung im ambulanten Bereich zunehmend gefährdende Problematik der seit Jahren sinkenden Einkommen anhand des folgenden Rechenbeispiels mit fiktiven Zahlen zusätzlich plausibilisiert werden:

Wenn die Grundversorgerpraxis eines einzelnen Arztes im Berner Oberland einen jährlichen Umsatz in der Grössenordnung von CHF 500'000.— erzielt, so verbleibt heute nach Abzug der Praxiskosten, welche hier der Einfachheit halber mit 75% eingesetzt werden, ein Bruttogewinn in der Höhe von CHF 125'000.—. Dies entspricht aber nicht einem Bruttomonatslohn von fast CHF 10'000.— x 13, sondern von diesem Betrag müssen noch die ganze AHV des Selbständigerwerbenden (keine Arbeitgeberbeiträge) abgezogen und ein freiwilliges BVG (keine Arbeitgeberbeiträge) oder die Kosten der grossen Säule 3a-Vorsorgelösung finanziert werden. Das steuerbare Nettoeinkommen liegt also hier deutlich tiefer als bei einem Arbeitnehmer mit einem Bruttolohn von fast CHF 10'000.—. Wenn nun wegen Tarifsenkungen (z.B. Analysenliste und KLV-Zuschläge für Arzneimittel sowie Tarmed-Tarifeingriffe des Bundesrats, etc.) beispielsweise der Gesamtumsatz der Arztpraxis um 5% auf CHF 475'000.— fällt, so reduziert sich damit das Bruttoeinkommen um 20%, indem es von CHF 125'000.— auf CHF 100'000.— fällt.

Somit gefährden der Bundesrat, und auch das eidgenössische Parlament, sofern es diesen Sparmassnahmen für den ambulanten Bereich zustimmen sollte, eine gut funktionierende günstige Erstversorgung durch den Hausarzt. Denn diesen Hausarzt gibt es spätestens dann nicht mehr, wenn es überhaupt nicht mehr attraktiv ist, eine Arztpraxis zu führen oder zu übernehmen.

Dort sind wir heute leider bereits angelangt. Denn die erwähnten Einkommensverluste lassen sich auch durch Effizienzsteigerungen in Gruppenpraxen ohne Qualitätsverlust für den Patienten höchstens zu einem kleineren Teil wettmachen, weshalb es bereits heute für Ärztinnen und Ärzte attraktiver ist, am Spital zu bleiben oder eine andere Stelle im Gesundheitswesen zu suchen (z.B. in der Industrie, in der Verwaltung des Bundes oder bei einem Krankenversicherer).

Folglich wird die Ärzteschaft, wenn der Berufsstand der praktizierenden Ärztin oder des praktizierenden Arztes erhalten bleiben soll, vor allem **gegen die folgenden Gesetzesänderungen nötigenfalls das Referendum ergreifen** müssen:



1. EArt. 47 c KVG: Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich, die von Tarifpartnern vereinbart werden müssen: Globalbudget 1

Anlässlich der letzten Klausurtagung hat der Kantonalvorstand der BEKAG beschlossen, derartige Globalbudgets, auch wenn sie „Mithilfe der Tarifpartner“ sozusagen durch die Hintertür eingeführt werden müssten, klar und eindeutig abzulehnen. Denn dies würde darauf hinauslaufen, dass in den Tarifverträgen degressive Tarife und/oder jährliche Budgets vereinbart und/oder bundesrätlich verordnet werden müssten. Dies wiederum hätte zur Folge, dass gegen Ende Jahr nur noch wenige oder keine Patienten mehr behandelt werden könnten (ausser in Notfällen). Sie werden verstehen, dass dies unsere Mitgliederbasis nie akzeptieren würde. Damit würde das ambulante Gesundheitswesen vollständig auf den Kopf gestellt, und abgeschafft, was die Bevölkerung so sehr schätzt, nämlich den niederschweligen Zugang zu einer relativ günstigen Grundversorgung. Es kann nicht sein, dass die Mehrheit der prämienzahlenden Gesunden der kranken Bevölkerung eine derartige Verschlechterung der ambulanten Gesundheitsversorgung aufzwingt.

Dies wäre in hohem Masse unsozial und stünde im Widerspruch zu den Vorstellungen unserer Wohlstandsgesellschaft hinsichtlich der Ansprüche, welchen die heutige Gesundheitsversorgung genügen muss. Die Kosten der Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich sind im Verhältnis zum erreichten volkswirtschaftlichen Nutzen unserer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung nach wie vor bezahlbar. Es kann nicht darum gehen, in unserer auf Konsensfindung und Kompromissfähigkeit ausgerichteten Gesellschaft immer nur die Kosten einseitig zu betrachten, und bei Kostensteigerungen die damit erreichten Vorteile bei der Qualität der Versorgung und beim Anstieg der Lebenserwartung der Bevölkerung auszuklammern. Die CVP Gesundheitsinitiative lässt grüssen!

Es kommt hinzu, dass die Sparmassnahmen – wie gesagt – am falschen Ort schlussendlich sowieso nichts bringen dürften, weil vermeintliche Einsparungen im Grundversorgungsbereich durch vermehrte Notfallbehandlungen an stationären Institutionen überkompensiert würden.

EArt. 47c KVG ist ersatzlos zu streichen.

2. EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG: Experimentierartikel: Teilaspekt Globalbudget 2

Wir sind grundsätzlich für einen Experimentierartikel, sprechen uns aber klar gegen eine derart lange Dauer solcher Versuche und gegen den Zwang zur Teilnahme ohne die Möglichkeit einer gleichberechtigten Mitarbeit in der Ausarbeitung entsprechender Projekte aus.

Wenn die Vorlage von „*begrenzter Dauer + Verlängerung + ein Jahr nach der Verlängerung*“ spricht und „*weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten*“ unter dem Experimentierartikel zulassen will, so ist dies für uns inakzeptabel.

Nur allzu leicht könnte hier für mehrere Jahre ein Globalbudget, in einer mit den oben unter Ziff. 1 erwähnten Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich vergleichbaren Art und Weise, unter anderem Titel drohen. Und dies wohlgerneht unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischen Legitimität für einen längeren Zeitraum. Die Art. 59b Abs. 2-6 sind somit zu ändern und müssen eine klare zeitliche Begrenzung von Versuchen auf höchstens 2 Jahre vorsehen.

EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG ist ersatzlos zu streichen. Die Bevölkerung würde dies nicht akzeptieren, und ein Referendum gegen jegliche Art von Globalbudgetierung erscheint uns wie gesagt unabwendbar, sofern das Parlament hier nicht doch noch erhebliche Korrekturen anbringt.



3. EArt. 47a und 47b KVG: Schaffung eines paritätischen Tarifbüros im ambulanten Bereich und Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen bzw. Verpflichtung zur Datenlieferung an Tarifbüro und Bundesrat: Datenlieferung / Abschaffung der Tarifhoheit der Tarifpartner

Die Schaffung eines paritätisch zusammengesetzten nationalen Tarifbüros im ambulanten Bereich mag zwar zunächst als bestechende Idee daher kommen, hat sich doch eine solche Lösung im stationären Bereich mit der Swiss DRG AG bewährt. Wir hätten denn auch weniger dagegen einzuwenden, falls ein solches Tarifbüro eingesetzt würde, sofern damit inskünftig Mehrheitsbeschlüsse der Tarifpartner ermöglicht würden. Dies müsste der Bundesrat in der vorgesehenen Verordnung vorschreiben bzw. es müsste den Tarifpartnern inskünftig ermöglicht werden, Mehrheitsbeschlüsse zu fassen und genehmigen zu lassen. Denn heute werden erfahrungsgemäss sämtliche Beschlussfassungen der Tarifpartner verunmöglicht, sofern und solange auf Seiten der beiden grossen Gruppen santésuisse und curafutura der Krankenversicherer keine einheitliche Zustimmung vorliegt. Es genügt indessen unseres Erachtens nicht, die notwendigen Rahmenbedingungen nur *vielleicht* später in einer Verordnung zu regeln.

Die Verknüpfung mit einer unentgeltlichen Datenlieferungspflicht, welche soweit geht, dass der Bundesrat die Möglichkeit erhalten würde, die Tarifstruktur im ambulanten Bereich sowie die Preise inskünftig selber festzulegen, kommt für unsere Mitglieder indessen überhaupt nicht in Frage. Dieses Instrument könnte dem Bundesrat dazu dienen, durch ersatzweise angeordnete Massnahmen zur Steuerung der Kosten das Globalbudget einzuführen, weshalb EArt. 47b nicht mehr benötigt wird, sofern die EArt. 47c und 59b Abs. 1 lit. f KVG sowieso antragsgemäss ersatzlos gestrichen werden.

Es kommt hinzu, dass unsere Mitglieder dem BFS sehr viele Daten im Rahmen von MAS bereits liefern, weshalb wir eine solche Doppelspurigkeit schon alleine wegen dem damit verbundenen Aufwand und wegen den Kosten, die wiederum unsere Mitglieder tragen würden (sic!), dezidiert ablehnen.

Am Prinzip der Tarifpartnerschaft mit primär vertraglichen Tarifen und Preisen ist unbedingt festzuhalten. Die Einführung eines ausschliesslich staatlichen Tarifwesens im KVG-Bereich würde den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite alle Möglichkeiten der legitimen Einflussnahme auf die Tarife und Preise in Zukunft verunmöglichen, ihnen aber auf der anderen Seite weiterhin sämtliche Unternehmerrisiken überbinden.

Falls der ambulante Bereich der Gesundheitsversorgung in dieser Art und Weise verstaatlicht würde, könnten sich unsere Mitglieder mittelfristig mit Fug und Recht auf den Standpunkt stellen, dass sie unter den gegebenen Umständen eigentlich lieber einen Anspruch auf eine staatliche Anstellung mit Lohnausweis hätten. Will dies das Parlament, und könnten damit effektiv Kosten gespart werden?

EArt. 47b KVG ist ersatzlos zu streichen.

II. Zu den Gesetzesänderungsvorschlägen (Reihenfolge gemäss Vortrag)

1. EArt. 59b KVG: Experimentierartikel

Hierzu fordern wir unter Hinweis auf die Ausführungen unter **Ziff. I 2. hiervor ersatzlose Streichung von Absatz 1 lit. f.** Diese Forderung ist Gegenstand der Referendumsdrohung für den Fall der Einführung eines Globalbudgets.



Ferner beantragen wir eine Ergänzung des Absatzes 2 wie folgt:

„Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich zu begrenzen. Ein Pilotprojekt tritt spätestens nach 2 Jahren ausser Kraft, sofern der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Ein Pilotprojekt tritt ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Vorlage.“

Dementsprechend sind die Absätze 4 und 6 zu streichen, und der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 4.

2. Art. 42 Abs. 3 dritter Satz: Rechnungskopie im Tiers payant

Diese Bestimmung existiert bereits heute, wird aber teilweise nicht umgesetzt, weshalb eine Verschärfung mittels Kontrolle und möglichen Sanktionen auf der einen Seite zwar wünschbar, aber auf der anderen Seite kaum praktikabel sein dürfte. Zu prüfen sind dagegen unseres Erachtens verhältnismässig umsetzbare Massnahmen, mit welchen die Verständlichkeit der Rechnungen und damit die Kontrolle *effektiv* erhöht werden könnten.

3. EArt. 47a KVG: Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen (Tarifbüro)

Es kann im Wesentlichen auf die Ausführungen unter **Ziff. I 3. hiervor** verwiesen werden. Die BEKAG lehnt ein nationales Tarifbüro ab, sofern es dazu dienen sollte, die Autonomie der Tarifpartner durch eine aufwändige Bürokratielösung zu untergraben, und lediglich eine Alibiübung wäre, welche zwangsläufig in einem staatlichen Tariffestsetzungssystem endet. Dies allerdings wie gesagt mit einer Einschränkung und Präzisierung. Die Tarifautonomie könnte unter Umständen auch so erhalten bleiben, sofern das Aktionariat verbreitert und inskünftig eine Beschlussfassung nach dem Mehrheitsprinzip möglich würde.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats SGK-NR hatte in ihrer parlamentarischen Initiative vom 2. Februar 2017 und in ihrem Bericht vom 19. April 2018 unter anderem folgendes gefordert:

„Vielmehr herrsche bei den Diskussionen um die TARMED-Anpassungen seit nun zehn Jahren eine Blockade zwischen Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern. Die Kommission will mit ihrer Initiative die Tarifpartner verpflichten, eine Organisation einzusetzen, welche die Anpassungen und die Pflege der Tarifstruktur kontinuierlich fortführt.“

Im Vortrag wird nun aber erwähnt, dass die Versicherer und Leistungserbringer im Verwaltungsrat paritätisch über gleich viele Stimmen verfügen sollen. Wir befürchten, dass dies nicht zielführend wäre, weil gerade damit die Pattsituation nicht behoben werden könnte.

Weil EFAS mit Sicherheit eingeführt werden muss bzw. dürfte, müssen auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und nebst santésuisse zusätzlich curafutura sowie unter Umständen auch die Schweizerische Patientenorganisation in der Trägerschaft der neuen Organisation vertreten sein. Die Trägerschaft müsste dementsprechend derart breiter aufgestellt und die Abläufe so geregelt werden, dass Mehrheitsbeschlüsse betreffend Tarifierungen möglich wären. Wir erlauben uns, wie folgt aus den Statuten der SwissDRG AG zu zitieren:

Art. 15 Abs. 2 Ziff. 6 (unübertragbare/unentziehbare Befugnisse Aufgaben des VR):

Beschluss über die Tarifstrukturen, deren Ausführungsbestimmungen und deren Änderungen sowie Antragstellung an die Genehmigungsbehörden.



Art. 19 Abs. 4

Die Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

Dementsprechend beantragen wir wie folgt eine entsprechende Ergänzung und Anpassung des Absatzes 1 des EArt. 47a:

„Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam eine Organisation ein, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist. Nebst gleich grossen Vertretungen der Leistungserbringer sowie der Versicherer müssen auch die Kantone [und die Patientenorganisationen] in der Organisation vertreten sein. Die Organisation muss sicherstellen, dass das für die Beschlussfassungen über die Tarifstrukturen zuständige Gremium Mehrheitsbeschlüsse fällen kann.“

Rest unverändert.

4. EArt. 47b KVG: Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen an den Bundesrat

Es kann auf die Ausführungen unter **Ziff. I 3. hiervor** verwiesen werden, womit wir ersatzlose Streichung der Bestimmung fordern.

Dem Vorstand der BEKAG fällt auf, dass immer mehr Verpflichtungen, zum Teil doppelt- und dreifach, gesetzlich verankert werden sollen, welche die Leistungserbringer verpflichten sollen, Daten kostenlos zu liefern.

Abgesehen davon, dass es unsere Mitglieder angesichts der desolaten Tarifsituation strikt ablehnen, weitere unentgeltliche Leistungen erbringen zu müssen, ist klar, dass der Bund und die Kantone nicht immer wieder die gleichen oder ähnliche Daten auf verschiedenen Kanälen einfordern können. Im Zentrum steht die Datenlieferung im Rahmen von MAS an das BFS. Die BEKAG wird bei der nächsten MAS-Erhebung keine negative Empfehlung/Aufforderung zur Nichtteilnahme mehr abgeben, weil das BFS zwischenzeitlich im Vergleich zur ersten Umfrage wesentliche Verbesserungen vorgenommen hat.

Mit der verbesserten MAS-Umfrage müssen dann aber auch sämtliche Bedürfnisse abgedeckt werden können. Zusätzliche Datenlieferungen auf separaten Schienen zwecks Handhabung der Zulassungsbeschränkung zur Tätigkeit zu Lasten des KVG oder zur Tarifpflege, etc. lehnt die BEKAG ab.

Die Bestimmung steht wie gesagt auch im Zusammenhang mit der geplanten Umsetzung des EArt. 47c KVG. Sie ist deshalb ebenfalls ersatzlos abzulehnen und ist Gegenstand der Referendumsdrohung für den Fall der Einführung eines Globalbudgets.

5. EArt. 47c KVG: Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Es kann vollumfänglich auf die Ausführungen unter **Ziff. I 1. hiervor** verwiesen werden, womit wir ersatzlose Streichung der Bestimmung fordern, unter Androhung des Referendums im Widerhandlungsfall.



6. **EArt. 43 Abs. 5 erster Satz KVG: gesamtschweizerisch vereinbarte, einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschaltarife**

Die Vorstellung, im ambulanten Bereich die Einzelleistungsvergütung weitgehend oder in grösserem Ausmass durch Pauschaltarife ersetzen und damit Kosten einsparen zu können, erscheint uns als weder praktikabel noch zielführend. Wir lehnen dies für den ambulanten Bereich ab, weil zwar je nach Leistungskategorie entweder die Einzelleistungsvergütung oder die Pauschalvergütung besser passt, aber in den Arztpraxen unserer Mitglieder das Gespräch und die Grundleistungen im Vordergrund stehen, welche auch weiterhin nach effektivem Zeitaufwand verrechnet werden müssen.

Alles andere würde sich zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auswirken, weil mit vermehrten Pauschaltarifen den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen und Patienten inskünftig nicht mehr ausreichend Rechnung getragen werden könnte.

Somit ist es auch nicht notwendig, eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschalen zu erarbeiten, und wir fordern ersatzlose Streichung des EArt. 43 Abs. 5 erster Satz KVG.

7. **EArt. 52a und 52b KVG: Referenzpreissystem bei Arzneimitteln**

Wir befürworten zwar die heute mögliche Substituierung von Originalpräparaten durch Generika unter bestimmten Voraussetzungen, lehnen aber ein voraussetzungsloses Preisgünstigkeitssystem ab, welches die Behandlungsfreiheit einschränkt. Mit anderen Worten dürfen sich Preisfestlegungen nicht zum Nachteil der Behandlungsqualität auswirken, auf welche die Patientinnen und Patienten Anspruch haben. Die Kontrolle der Medikamentencompliance auf Patientenseite ist schon jetzt eine sehr anspruchsvolle und fordernde ärztliche Tätigkeit, die nicht delegiert werden darf. Ein wie auch immer geartetes Referenzpreissystem mit wechselnden Vergütungen der unterschiedlichen Medikamentenpackungen verschiedener Firmen mit identischer Grundsubstanz kann rasch zu gefährlichen Einnahmefehlern führen, z.B. zwei Blutdruckmedikamente mit identischer Wirksubstanz aber unterschiedlichem Produktnamen abgegeben in zwei unterschiedlichen Institutionen. Insbesondere lehnen wir EArt. 52a KVG ab, weil die „gleiche medizinische Eignung“ nicht praktikabel ist sowie beim EArt. 52b KVG das administrativ nicht zu bewältigende Meldesystem. Wir fordern deshalb:

Prinzipialiter: ersatzlose Streichung der EArt. 52a und EArt. 52b KVG.

Zumindest müsste EArt. 52a KVG mit einem Absatz ergänzt werden, wonach die Einschränkung, womit bei zwei vergleichbaren Arzneimitteln nur noch das preisgünstigere Arzneimittel vergütet würde, zumindest dann nicht gilt, wenn der Arzt ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung eines ganz bestimmten Arzneimittels der betreffenden Wirkstoffgruppe anordnet.

Eventualiter: EArt. 52a KVG ist wie folgt zu ergänzen:

„Erachtet der behandelnde Arzt die Abgabe oder Anwendung eines bestimmten Arzneimittels für medizinisch notwendig, kann er ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung des betreffenden Arzneimittels anordnen. In diesem Fall vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die gesamten Kosten des betreffenden Arzneimittels.“



8. EArt. 53 Abs. 1^{bis} KVG: Beschwerderecht der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 (Spital- und Pflegeheimliste)

Wir lehnen ein Beschwerderecht der Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, was immer dies auch heissen mag, klar ab und fordern ersatzlose Streichung des EArt. 52 Abs. 1^{bis} KVG.

Wir sind ganz generell gegen Änderungen des KVG, welche die Tariflandschaft und die Planung im stationären Bereich zusätzlich verkomplizieren. Wir sehen hier insbesondere ein Missbrauchspotential, weil die Beschwerdelegitimation der santésuisse zumindest die Möglichkeit eröffnen würde, das Versorgungssystem teilweise lahm zu legen oder mit jahrelangen Rechtsstreitigkeiten erheblich zu belasten. Damit stören wir uns an möglichen Mehrfachzuständigkeiten der Behörden auf eidgenössischer und kantonaler Ebene mit gegenseitiger Beschwerdebefugnis.

Heute sind sowohl das BAG (Zentralverwaltung für die Überwachung der Krankenversicherer) als auch die Krankenversicherer (ausgelagerte Verwaltung zwecks Durchführung der sozialen Krankenversicherung) für das KVG in Teilbereichen verantwortlich, mit entsprechender Aufgabenteilung. Gleiches gilt für die Kantone. So legt das BAG zum Beispiel die Arzneimittelpreise in der SL fest und die Kantonsregierungen erlassen die Spitalplanung und die Spitalliste. Wenn eine Behörde für die Entscheidung von Tariffragen oder Planungsfragen zuständig ist, so kann es unseres Erachtens nicht sein, dass eine andere Behörde dies anfechten kann (auch wenn es hier die Verbände der Krankenversicherer sein sollen), und dann noch ein Gericht als dritte Behörde über solche Beschwerden entscheiden muss.

Wir ersuchen Sie dringend darum, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN

Die Präsidentin

Dr. med. Esther Hilfiker

Der Sekretär

Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

Kopie z.K.:

- FMH
- KKA
- Kantonale Fachgesellschaften
- VSAO Schweiz und Bern
- Hausärzte Schweiz mfe
- SPO
- GDK und H+
- santésuisse und curafutura
- Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS

Erstes Massnahmenpaket des Bundesrats zur Kostendämpfung

Der Bündner Ärzteverein bedankt sich für die Gelegenheit, sich nachfolgend im Rahmen der Vernehmlassung zum **ersten Massnahmenpaket des Bundesrates zur Kostendämpfung** zu äussern. **Der Bündner Ärzteverein schliesst sich den Ausführungen der Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften vom 30. Oktober 2018 vollumfänglich an.**

Links zum Erläuterungsbericht:

https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/2984/Kostendaempfung-Paket-1_Erl.-Bericht_de.pdf

Gesetzestext Vorlage	Betrifft BR-Sparmassnahme Nr Position KKA / BüAeV	Antrag KKA / BüAeV
Art. 42 Abs. 3 dritter Satz (siehe auch unten Art. 59 Abs. 3 Bst. g) 3 ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist... .	Rechnungskopie (Vorschlag EDI) Es wird präzisiert, dass die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung erhalten muss. Die meisten Versicherer gewähren ihren Versicherten heute elektronisch Zugang auf persönliche Informationen wie Deckung, Abrechnung, Kostenbeteiligung etc. Es wäre eine effizientere Lösung, wenn die Abrechnungsinformation in diesem Fall dem Versicherten vom Versicherer aktiv zugänglich gemacht wird. Insgesamt wären die Administrativkosten damit geringer.	Im System des Tiers payant übermittelt der Versicherer der versicherten Person die detaillierte Rechnung.

Art. 43 Abs. 5 erster Satz 5 Einzelleistungstarife sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. ...	Pauschalen im ambulanten Bereich M15 (+) Positiv: Vergleichbarkeit von Pauschaltarifen nimmt zu. (-) Erhöht subsidiäre Macht des EDI bei Scheitern von Verhandlungen. (-) Für KKA einschränkend, weil geographisch eingegrenzte Pauschalen so verhindert werden.	Es sollte Ausnahmen möglich sein. Deshalb: «Auf ambulante Behandlungen bezogene Pauschaltarife sollen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Tarifpartner können in von diesem Grundsatz abweichen, wenn die Vergleichbarkeit der Tarife gesamtschweizerisch nicht möglich oder nicht notwendig ist.
Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz 1 ... Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), sowie für Arzneimittel mit einem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1bis) bleiben vorbehalten.	Gehört zu Referenzpreissystem M22 Der Artikel ermöglicht dem Leistungserbringer, zusätzlich zur MiGel auch für Generika unter Festbetrag, einen Preisüberschuss Out of Pocket zu verlangen. (Weitere Ausnahme zum Tarifschutz) Er bezweckt, mittels Anreizen auf Patienten-seite die Leistungserbringer zur Verrechnung von Generika und Originalen zum Referenzpreisniveau zu bewegen. Für Patienten tendenziell nachteilig, da sie dadurch je nach Ausgestaltung des Referenzpreissystems zu ständigen Medikamentenwechseln «gezwungen» oder zu zusätzlichen Zuzahlungen gezwungen werden.	Ablehnung, da auch das Referenzpreissystem als solches abgelehnt wird.
Art. 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen 1 Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und	Nationales Tarifbüro (M34) Argumente (+): • Für die DRGs gibt es ein ähnliches Büro und es wird eher positiv darüber rapportiert.	Diese Bestimmung soll nur die Tarifstruktur Ärzte und jene der Spitäler ambulant berücksichtigen.

Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist. 2 Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufstellen. 3 Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein. 4 Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.	• Könnte für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur Tarmed deblockierend wirken. Argumente (-) • Wenn der gesamte ambulante Bereich da drin ist, wird das ein riesiger Koloss • Ein Tariffbüro ist nicht für den gesamten ambulanten Bereich notwendig.	
Art. 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen 1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Organisation nach Artikel 47a diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind. 2 Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips. 3 Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Ab-	Nationales Tariffbüro (M34), Datenlieferung Die kostenlose Lieferung der Daten ist unmöglich. Jeden Datenlieferung verursacht Betriebskosten. Bei DRG sind die Kosten in den Spitalkosten, die als Basis für Verhandlungen und Benchmarking gelten, enthalten. Grundsätzlich müssen solche Kosten verursachenden KVG-Pflichten finanziert werden. Das Tariffbüro muss Daten einzelner Leistungserbringer vertraulich behandeln.	«...nach Artikel 47a diejenigen Daten bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie.... Die dabei entstehenden Betriebskosten werden bei der Tarifierung berücksichtigt.»

satz 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann der Bundesrat Sanktionen ergreifen. Diese umfassen: a. die Verwarnung; b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.		
Art. 47c Massnahmen zur Steuerung der Kosten 1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vor. 2 Die Massnahmen nach Absatz 1 können in gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge integriert werden. Sie können auch in eigenen gesamtschweizerisch geltenden Verträgen vorgesehen werden; diese sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. 3 Sie müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens regeln: a. die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind; b. die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten. 4 Sie müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen. 5 Der Bundesrat kann die Bereiche nach Absatz 3 definieren sowie Grundsätze für die Festlegung der Massnahmen zur Steuerung der Kosten aufstellen. 6 Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt der Bundesrat die Mas-	<i>Steuerung der Kosten durch Tarifpartner (Vorschlag EDI)</i> (-)KKA hat viele Jahre Erfahrung mit sogenannten Kostensteuerungen im Rahmen der Verhandlungen mit den Krankenversicherern gemacht. Diese verdeutlichen. Einigungen über ungerechtfertigte Erhöhungen zwischen den Tarifpartnern sind eine Illusion. Dass ausserdem ungerechtfertigte Senkungen nicht erwähnt werden, ist ein Hohn. (-) Die Bestimmung führt unweigerlich direkt zur staatlichen Kostensteuerung. (-) Die Bestimmung konterkariert die bestehenden Tarifgrundsätze (Betriebswirtschaftlichkeit, qualitativ hochstehende, effiziente Versorgung). Es wird mit dieser Bestimmung der Anreiz geschaffen, systematisch aufgrund der Kostenentwicklung von diesen Grundsätzen abzuweichen. (-) feste, willkürliche Globalbudgets, die zu Auswirkungen führen wie Rationierung und Patientenselektion oder Qualitätseinbussen sind vehement abzulehnen. Auch als subsidiäre Massnahme beim Scheitern von Verhandlungen!	Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in ihren Tarifverträgen ein gemeinsames Monitoring vor. Für den Fall unvorhergesehener und ungerechtfertigter Entwicklungen in den Bereichen Versorgungssicherheit, Qualität der Versorgung, sowie Mengen- und Kostenentwicklungen vereinbaren die Tarifpartner Korrekturmassnahmen.

snahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind. 7 Alle Leistungserbringer und Versicherer müssen sich an die nach Absatz 1 vereinbarten oder die nach Absatz 6 festgelegten Massnahmen zur Steuerung der Kosten im entsprechenden Bereich halten.	(-) Die Behörden haben heute schon genug Mittel, die Einhaltung des KVG bei Einreichung der Tarife zu überprüfen Diese Bestimmungen gehen in ihrer Form viel zu weit und sind so daher abzulehnen.	
Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1bis 1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6: b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel (Spezialitätenliste); diese enthält Preise, sofern für das Arzneimittel kein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt. 1bis Das BAG legt für Arzneimittel nach Artikel 52b in einer Verordnung fest: a. den Referenzpreis; der Referenzpreis ist der Preis, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird; und b. den Höchstpreis; der Höchstpreis ist der Preis, den die Leistungserbringer der versicherten Person höchstens in Rechnung stellen dürfen.	Referenzpreissystem (M22) - Die vorgestellten Referenzpreissysteme setzen an zwei verschiedenen Seiten an: Finanzielle Anreize bei der Nachfrage und Preisbildung auf der Angebotsseite. Was die Preisbildung betrifft, ist völlig unklar, wieviel an Preissenkungen die Angebotsseite noch vertragen kann. Je nach in der Verordnung festgelegten Werten könnte die Generika- bzw. «Günstigpreisdurchdringung» auch sinken und so das Ziel verfehlt werden. Aus Sicht des Kostenzieles ist es jedenfalls besser, ein etwas höherer Preis und dafür einen hohen Anteil an günstigen patentabgelaufenen Produkten zu haben als eine Ausdünnung des Marktes zu provozieren. - Tarifschutz im Medikamentenbereich wird weiter ausgehöhlt.	Die KKA lehnen die Vorschläge zum Referenzpreissystem ab. Eventualiter: Erhöhung des heutigen Selbstbehaltes Original mit Generika auf 30%. Oder Möglichkeit der Einschränkung der Wahl von Generika/Original im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen.

	- ständige Behandlungswechsel wegen Rabattverhandlungen Versicherer – Hersteller. - Ausserdem widerspricht das System den Intentionen von KVG/HMG in Sachen Weitergabe der Vergünstigungen. Der Wille des Parlamentes ist es nämlich, den Wettbewerb beim Einkauf von substituierbaren Medikamenten spielen zu lassen. Das Referenzpreissystem macht diesen Wettbewerb kaputt. - Ausserdem ist die entstehende Dynamik unberechenbar, dem BAG wird zu viel Spielraum bei der Festlegung von Abschlägen etc gegeben. - Ob das vorgeschlagenen System die Kosten senkt oder aber erhöht, weil der Generikamarkt allenfalls einbricht, ist völlig unklar. - Insofern ist die Massnahme zu wenig am Ziel der «Günstigpreisdurchdringung» orientiert. - Insgesamt ist die Massnahme zu stark auf Preisdruck anstatt auf die Förderung des Marktvolumens bezogen. Die Güte des Systems sollte auch an der Durchdringung mit preisgünstigen Arzneimitteln gemessen werden. - Auf der Angebotsseite herrscht beim Einkauf vom Medikamenten durch Ärzte und Apothe-	
--	--	--

	ken schon intensiver Wettbewerb. Einkaufsvorteile bleiben allerdings weitgehend beim Leistungserbringer hängen. - Nachdem das Regelwerk HMG/KVG ja eine Weitergabe der entsprechenden «Vorteile» explizit vorsieht, könnten die angebotsseitigen Wettbewerbsgewinne mit entsprechenden Verträgen aufgeteilt werden.	
Art. 52 Abs. 3 3 Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen der Versicherung höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen nach den Absätzen 1 und 1bis Buchstabe a in Rechnung gestellt werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.	Technische Anpassung, damit höchstens der Referenzpreis für betroffene Arzneimittel verrechnet wird	Unnötige Bestimmung, da Referenzpreissystem abgelehnt wird.
Art. 52a Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis 1 Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste ohne Referenzpreis aufgeführt, so vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nur den Preis des günstigeren Arzneimittels. 2 Wird bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nicht das preisgünstigere Arzneimittel verschrieben oder abgegeben, so ist die versicherte Person darüber zu informieren, welcher Betrag nach Absatz 1 vergütet wird.	Nur der Preis des Billigsten wird vergütet- Also soll bei nur zwei Generika nur das günstigste vergütet werden. D.h. aber, dass an sich auch ein Höchstpreis für das teurere Generika festgelegt werden müsste, weil die Versicherten ja dann nicht den gleichen Schutz geniessen, wie wenn es drei oder 4 Generika gibt. Anforderungen an Informationspflichten der Ärzte und Apotheker sind nicht haltbar.	Ablehnen.

3 Ersetzt die abgebende Person das verschriebene durch das preisgünstigere Arzneimittel, so informiert sie die verschreibende Person darüber. 4 Der Bundesrat kann Voraussetzungen festlegen, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten.		
52b Modell mit Preisabschlag Art. 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis 1 Sind mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. 2 Der Referenzpreis wird so berechnet, dass ein angemessener Preisabstand gegenüber dem Resultat eines Vergleichs mit dem Preis in Referenzländern (Ausland-preisvergleich) eingehalten wird. 3 Sind mehr als drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so wird beim nach Absatz 2 berechneten Referenzpreis ein angemessener Preisabschlag vorgenommen. 4 Der Höchstpreis nach Artikel 52 Absatz 1bis entspricht dem nach Absatz 2 berechneten Preis. 5 Die Referenzpreise und die Höchstpreise werden regelmässig überprüft. Sie werden nur angepasst, wenn die Überprüfung einen tieferen Preis ergibt. 6 Der Bundesrat legt fest: a. wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; b. wie hoch die Preisabstände nach Absatz 2 sind und wie sie berechnet werden;	<i>Referenzpreissystem (M22) Variante mit Preisabschlag</i> Existieren drei Medikamente auf dem Markt, werden die Referenzpreise auf dem heutigen Niveau festgesetzt. Sind mehr als 3 Arzneimittel auf dem Markt, dann wird auf diesen Preisen ein noch zu definierender Abschlag vorgenommen. Das Modell verbindet also die heutige Preislogik (volumenabhängige Preisbildung) mit einer Preissenkung. Logischerweise liesse sich bei der Aufnahme das gleiche Niveau ohne Referenzpreissystem erreichen vorausgesetzt, man würde heute bei der Preisbildung im patentabgelaufenen Bereich bereits das „Günstigkeits-Prinzip“ anwenden. Es stellt sich daher die Frage, wieso Modell 1 überhaupt eine Gesetzesanpassung benötigt; eigentlich wäre gemäss aktuell gültigem KVG das BAG bereits heute ermächtigt, das Wirtschaftlichkeitsgebot bei der Preisfestsetzung der Generika anzuwenden!? Wie genau bei der Preisüberprüfung vorgegangen wird, ist auf Basis der Unterlagen schwierig nachzuvollziehen. In den Präsentationsunterla-	Verzicht auf Referenzpreissystem

c. wie hoch der Preisabschlag nach Absatz 3 ist; d. wie die Bestandteile des Referenzpreises und des Höchstpreises zu bestimmen sind. 7 Er kann vorsehen, dass: a. der Referenzpreis anders als gemäss Absatz 2 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandspreisvergleich vorgenommen werden kann; b. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 5 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.	gen des BAG ist ein Preisabstand auf dem Original nach Überprüfung zwischen 10% und 35% vorgesehen. Kommt man so auf einen tieferen Referenzpreis, dann gilt dieser. Wenn nicht, dann gilt der bisherige Referenzpreis. Schwierig verständlich ist mir, wie man denn auf das APV Niveau des Originals nach Überprüfung kommt (Folie 10 BAG). Ich ging davon aus, dass das erstmalig eingeführte Referenzpreisniveau auch für die Originalpräparate gelten soll. Die Preise der Originale dürften also im Zeitpunkt der Überprüfung weit unter dem Preis der ausländischen Originalpräparate liegen. Was den Auslandspreisvergleich betrifft, ist ausserdem zu berücksichtigen, dass auch im Ausland je nach Preisbildungssystem Patentabläufe in der Regel zu Preissenkungen der Originalpräparate führt. Allein schon dadurch, dürfte ein Preisdruck entstehen. Meines Erachtens ist es offen, ob der Abschlag nach Überprüfung der gleiche sein soll wie der Abschlag bei erstmaliger Festsetzung. Mindestens die Unterlagen des BAG suggerieren das. Meines Erachtens ist in diesem Fall die Gefahr eingebaut, dass der Generikamarkt in der Schweiz in der längerfristigen Sicht gefährdet wird. Die Umsatzschwellen scheinen jeweils vom vorangehenden Jahr genommen zu werden. Weiten sich die Marktanteile nach erster Senkung nicht massgeblich aus, sinken die Umsätze mit	
---	---	--

	den tieferen Preisen. D.h. die Preisabstände müssten in der längerfristigen Dynamik immer geringer werden. Den Mechanismus erachte ich für etwas fragwürdig. Es drohen nicht nachvollziehbare volatile Preisanpassungen (nach unten und wieder nach oben) auf Grund von Schwellen-Effekten. Trotz Studium der Unterlagen bin ich nicht in der Lage, die angedachte Funktionsweise vollumfänglich zu verstehen. Siehe	
52b Modell mit Meldesystem Art. 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis 1 Sind mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. 2 Der Referenzpreis entspricht dem Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der Arzneimittel nach Absatz 1. Dem Preisdurchschnitt wird ein Zuschlag hinzugefügt, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist. 3 Der Höchstpreis wird so berechnet, dass ein angemessener Preisabstand gegenüber dem Resultat eines Vergleichs mit dem Preis in Referenzländern (Auslandpreisvergleich) eingehalten wird.	<i>Referenzpreissystem (M22) Variante mit Meldesystem</i> Bei diesem Modell gibt es zahlreiche offene Fragen. Die Funktionsweise und ihre Dynamik ist nicht wirklich durchauar. Welche Preise müssen die Hersteller denn liefern? Der heutige Markt ist dadurch gekennzeichnet, dass es für die identische Packung eines Herstellers nicht EINEN Marktpreis gibt. Er ist abhängig von Verhandlungen mit Grossisten. Ausserdem beeinflussen auch Verhandlungen mit Apotheker und Ärzten diese Preise. Zu guter letzt zielt die Idee dieses Verfahrens an sich ja darauf ab, dass auch der Versicherer durch die Auswahl der von ihm vergüteten Arzneimittel einen Preisdruck erzeugen kann. Dadurch könnten auch je nach Versicherer unterschiedliche Preise zustande kommen. Dies	Verzicht auf Referenzpreissystem

4 Die Inhaberinnen der Zulassung für Arzneimittel, für die ein Referenzpreis gilt, melden dem BAG regelmässig die Preise. 5 Die Versicherer können nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergüten, wenn damit eine kostengünstigere Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. Sie veröffentlichen jährlich eine Liste dieser Arzneimittel und teilen sie gleichzeitig mit den neuen Prämien jeder versicherten Person mit. 6 Die Referenzpreise und die Höchstpreise werden regelmässig überprüft. Sie werden nur angepasst, wenn die Überprüfung einen tieferen Preis ergibt. 7 Der Bundesrat legt fest: a. wie sich der Referenzpreis und der Höchstpreis zusammensetzen und wie deren Bestandteile zu bestimmen sind; b. wie das günstigste Drittel der Arzneimittel zu berechnen ist; c. unter welchen Voraussetzungen ein Zuschlag nach Absatz 2 hinzugefügt wird und wie hoch der Zuschlag ist; d. wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; e. wie hoch die Preisabstände nach Absatz 3 sind und wie sie berechnet werden; f. wie oft die Zulassungsinhaberinnen den Preis melden müssen. 8 Der Bundesrat kann vorsehen, dass: a. die nach Absatz 4 gemeldeten Preise öffentlich sind; b. die von den Versicherern nach Absatz 5 vergüteten Arzneimittel zentral veröffentlicht werden;	scheint im Vorschlag allerdings nicht wirklich angedacht worden zu sein. Es ist also unklar, welcher Preis nun wirklich durch den Hersteller geliefert werden muss. Je nach Umschreibung ist es denkbar, dass ein Wirrwarr von gemeldeten Preisen vorliegt, welche nur schon die Festlegung des Referenzpreises erheblich erschweren dürfte. Damit wird auch direkt klar, dass diese Verfahren die heutige Wettbewerbsdynamik bei Einkauf erheblich verändern, allenfalls sogar zum Erliegen bringen wird. Nicht deutlich gemacht wird in den Erläuterungen, wie sich denn das Meldesystem im Vergleich zum Modell mit Preisabschlag auf das Preisniveau auswirken dürfte. Die Versicherer können entscheiden, dass sie nicht alle Arzneimittel im Referenzpreissystem vergüten möchten. Einmal jährlich legt der Versicherer fest, welche er vergütet. Der Versicherer kann sich hierbei auch auf alternative Versicherungsmodelle beschränken. Davon erhofft sich das BAG, dass die Hersteller sich immer am günstigsten Arzneimittel orientieren, sodass ihre Produkte auf jeden Fall vergütet werden. Das BAG geht dabei davon aus, dass sich die Versicherer bei der Auswahl nur an der Kostengünstigkeit orientieren.	
---	---	--

c. der Höchstpreis anders als gemäss Absatz 3 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandspreisvergleich vorgenommen werden kann; d. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 6 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.	Der Gedanke, dass in einem solchen System Preisdruck dann erzeugt wird, wenn die Versicherer vom Recht der Auswahl Gebrauch machen, ist nachvollziehbar und verständlich. Die funktionierende Pflege und Umsetzung des Systems ist allerdings höchst anforderungsreich bzw. mit zahlreichen offenen Fragen belastet. Z.B stellt sich die Frage, welche Preise gelten, wenn verschiedene Versicherer mit verschiedenen Herstellern unterschiedliche Preise vereinbaren, was die vorgeschlagene Regelung ja nicht untersagt. Etwas stossend ist, dass die Periodizität der Preismeldungen durch die Hersteller nicht mit jener der Auswahl durch die Versicherer übereinstimmt. Das führt dazu, dass der Versicherer zwar seine Prämien zusammen mit seiner Auswahl der Medikamente kommuniziert. Bei der nächsten Veröffentlichung der Preise durch das BAG könnte das aber heissen, dass der Versicherer trotz geändertem Preisgefüge weiterhin Medikamente zahlen muss, welche nun plötzlich relativ teuer sind. Gleichzeitig ist dieses System eine grosse Herausforderung für Patienten und Leistungserbringer (Informationssysteme, Informationspflichten). Sie müssen in der Lage sein und akzeptieren, dauernd Medikationswechsel vorzunehmen, soweit sie Zuzahlungen zulasten der Patienten verhindern wollen.	
--	--	--

Art. 53 Abs. 1bis 1bis Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.	<i>Governance-Konflikt der Kantone reduzieren (M36)</i> Verbandsbeschwerderecht: Ausweitung der Beschwerderechts bei Spitalplanungsentscheiden auf die Versicherer. Es besteht die Gefahr, dass davon überbordend Gebrauch gemacht wird. Reizt die Kantone dazu, die Spitalplanung in Absprache mit den Versicherern zu machen.	Kein Antrag
Art. 59 Sachüberschrift, Abs. 1 erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie bezüglich Rechnungsstellung 1 Gegen Leistungserbringer, welche gegen im Gesetz vorgesehene Anforderungen oder gegen vertragliche Abmachungen betreffend Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 56 und 58) sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungsstellung (Art. 42) verstossen, werden Sanktionen ergriffen.... 3 Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere: g. die unterlassene Zustellung einer Kopie der Rechnung an die versicherte Person im System des Tiers payant nach Artikel 42.	<i>Rechnungskopie Patient (Vorschlag EDI)</i> Sanktionen sollen ergriffen werden gegen Leistungserbringer, die im Tiers payant keine Rechnungskopie an die Patienten zur Verfügung stellen.	Zugriffsmöglichkeit der Patienten zu den beim Versicherer eingetroffenen Rechnungen bzw. Versand vom Versicherer an Versicherten, wenn die elektronische Zugriffsmöglichkeit nicht besteht. Die Sanktionen sollen bei Verstoss dieser Pflicht gegen den Versicherer ergriffen werden können
Art. 59b	<i>Experimentierartikel (M02)</i>	Generell befürwortet die KKA die Möglichkeit, im Gesundheitswesen Experimente durchführen zu können. Die Experimente sollen allerdings für die

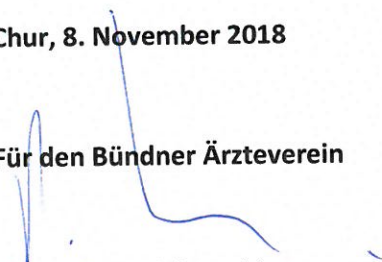
1 Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen: a. Leistungserbringung im Auftrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Naturalleistungsprinzip) anstelle der Vergütung der Leistungen b. Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2; c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers; d. einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen; e. Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung; f. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten. 2 Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt. 3 Das EDI regelt die Abweichungen vom Gesetz sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Pilotprojekts in einer Verordnung. 4 Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt. 5 Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Evaluation und die Weiterverfolgung der Pilotprojekte.	(Position FMH: Ja sofern Einbezug und Zustimmung der Leistungserbringer) Dieser Artikel ist mE. Ein Unsinn. Es soll die Grundlage gewährt werden, vom Gesetz abweichen zu können. Das ist allein schon rechtsstaatlich sehr fragwürdig. Es ist beispielsweise fraglich, dass die Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb des expliziten KVG Artikels möglich sein soll. Im Ausland haben Leistungserbringer keine schweizerische Bewilligung: so werden nicht nur ungleiche Spiesse geschaffen, es werden tendenziell auch die gesundheitspolizeilichen Anforderungen untergraben. Gefährlich ist folgender Satz: «Das EDI regelt die Abweichungen vom Gesetz»!!!! Die Verpflichtung zur Teilnahme an Pilotprojekten geht zu weit. KKA stellt sich generell nicht gegen die Möglichkeiten, im Gesundheitswesen Experimente durchführen zu können. Eine Auflistung der Massnahmen ist nicht notwendig.	Beteiligten freiwillig sein. Auf Verpflichtungen ist zu verzichten. Die vorgeschlagene Liste suggeriert allerdings auch, dass im Rahmen der Experimente gegen verpflichtende Grundsätze verstossen werden könnte (Bsp. Territorialitätsprinzip). Die KKA hat daher gewisse Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit der vorliegenden Formulierung.
---	---	--

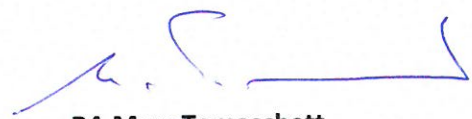
6 Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt werden kann. Die Bestimmungen treten ein Jahr nach ihrer Verlängerung ausser Kraft, wenn der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Sie treten ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs des Bundesrates durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Grundlage.		
II Die Änderung anderer Erlasse ist im Anhang geregelt.	Betrifft Militärversicherung, Unfallversicherung und Invalidenversicherung	
III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom... 1 Die Organisation nach Artikel 47a ist innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung einzusetzen. 2 Die gesamtschweizerisch geltenden Verträge für Massnahmen zur Steuerung der Kosten nach Artikel 47c Absatz 1 sind dem Bundesrat innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung zur Genehmigung vorzulegen. 3 Ein Referenzpreis für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung wird nach Artikel 52b festgelegt: a. im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für Arzneimittel, deren Marktvolumen in		

der Schweiz während drei Jahren vor dem Inkrafttreten dieser Änderung im Durchschnitt pro Jahr über 25 Millionen Franken liegt; b. im zweiten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für Arzneimittel, deren Marktvolumen in der Schweiz während drei Jahren vor der Festlegung des Referenzpreises im Durchschnitt pro Jahr über 16 Millionen Franken liegt; c. im dritten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für die übrigen Arzneimittel.		
---	--	--

Chur, 8. November 2018

Für den Bündner Ärzteverein


Dr. med. Daniel Zwahlen
Vizepräsident


RA Marc Tomaschett
Geschäftsführer



**Bündnis
Freiheitliches
Gesundheitswesen**

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 14. Dezember 2018

**Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat der Bundespräsident die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

I. Unbefriedigende Konzeption der Sparmassnahmen

Ein Teil der gesamten 38 Kostendämpfungs-Massnahmen ist als durchaus gut und sinnvoll einzustufen, ein weiterer Teil ist aber höchst problematisch. Das gilt auch für das nun zur Vernehmlassung vorgelegte Paket 1. Die vorgeschlagenen Massnahmen stehen teilweise im Widerspruch zu einander und folgen keinem systematischen Reformplan. Gewisse wichtige Problembereiche wie die Mehrfachrollen der Kantone werden zudem nur zaghaft angegangen. Die Menge und zeitlich gestaffelte Bearbeitung der Massnahmen wird es nahezu verunmöglichen, Wirkungen und Nebenwirkungen den einzelnen Massnahmen zuzuschreiben. Ein Konzept mit einer inneren Logik ist jedenfalls nicht erkennbar. Unklar ist auch, nach welchen Kriterien die sechs Massnahmen ausgewählt wurden, die nun vorliegen und wie die drei neuen, hinzugefügten Massnahmen bestimmt wurden. Eine Auswahl nach Priorität und innerem Sachzusammenhang ist jedenfalls nicht zu erkennen. Das Risiko ist deshalb gross, dass dieser heterogene Strauss an Massnahmen im parlamentarischen Prozess scheitern wird.

II. Regulierungsfolgenabschätzung fehlt – mehr als ein formaler Prozess

Regulierungsfolgenabschätzungen (RFA) sind keine formalen Verwaltungsprozesse. Sie dienen der Überprüfung, ob eine Revision sinnvoll ist und welche Effekte sie bringt. Damit soll verhindert werden, dass wirkungslose, wenig wirksame oder gar schädliche Reformen umgesetzt werden.

Dem Handbuch für Regulierungsfolgenabschätzung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, Stand März 2013 ist zu entnehmen: *«Bei der Durchführung einer Vernehmlassung sind die Resultate der RFA zu dieser Phase im erläuternden Bericht darzulegen».*

Auf der Webseite des SECO ist zum Thema Regulierungsfolgenabschätzung folgender Satz zu finden: *“Bei der Durchführung der Vernehmlassung sind die ersten Resultate der RFA im erläuternden Bericht darzulegen.”*

<https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/wirtschaftslage---wirtschaftspolitik/wirtschaftspolitik/regulierung/regulierungsfolgenabschaetzung.html>

Dem erläuternden Bericht zur Vorlage ist demgegenüber auf Seite 63 zu entnehmen: *«Erst die noch laufende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) wird eine genauere Analyse der möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und mögliche weitere Optimierungen erlauben. Die Ergebnisse der RFA werden gegen Ende des Jahres vorliegen.»*

Die Tatsache, dass in der vorliegenden Revisionsvorlage eine Regulierungsfolgenabschätzung vollständig fehlt, verstösst somit eindeutig gegen bestehende Regelungen und Weisungen. Dementsprechend ist eine adäquate Beurteilung der Vorlage im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens gar nicht möglich.

Im Lichte dieser Tatsachen müsste die vorliegende Vernehmlassung eigentlich annulliert und zur Neuauflage zurückgewiesen werden, da zum jetzigen Zeitpunkt kaum Anhaltspunkte vorhanden sind, um die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der vorgelegten Reformpunkte abschliessend zu beurteilen. Dennoch äussern wir uns im Folgenden detailliert zu dieser Vorlage.

III. Zu den einzelnen Massnahmen

1. Experimentierartikel (M02)

Das Bündnis begrüsst grundsätzlich die Möglichkeit, neue Lösungen und Massnahmen zunächst im Rahmen von Pilotierungen zu testen. Wir sind allerdings der Ansicht, dass dies bereits gemäss dem aktuellen Wortlaut des Krankenversicherungsgesetzes möglich ist. Um eine umfassende und klar formulierte Rechtsgrundlage schaffen zu können, erklären wir uns aber mit der vorgeschlagenen Regelung einverstanden.

Dies allerdings mit drei wichtigen Anmerkungen respektive Einschränkungen:

- (1) Jedes Pilotprojekt muss messbare Ziele sowie eine Projektdauer enthalten und monitort respektive wissenschaftlich begleitet werden, damit Fakten für politische Entscheide nach Abschluss des Pilotprojekts im Sinne einer Regulierungsfolgeabschätzung vorliegen.

- (2) Jedes Pilotprojekt muss reversibel ausgestaltet sein und vollständig rückgängig gemacht werden können.
- (3) Pilotprojekte dürfen nur auf freiwilliger Basis durchgeführt werden, niemand / kein Akteur darf zur Mitwirkung gezwungen werden.
- (4) Die Anwendung des Experimentierartikels sollte auch echte Innovationen ermöglichen und nicht ausschliesslich auf kurzfristige Kostensenkungen fokussiert sein.

2. Nationale Tariforganisation (M34)

Grundsätzlich stehen wir dieser Massnahme zurückhaltend gegenüber, weil damit ein erheblicher Eingriff in die Tarifautonomie verbunden wäre und es zu einer Zunahme des bürokratischen Aufwandes käme.

Andererseits anerkennen wir die Notwendigkeit, den Blockaden in Tarifverhandlungen während der vergangenen Jahre durch geeignete Massnahmen und Instrumente zu begegnen.

Deshalb können wir uns mit der Schaffung einer Institution analog zur Swiss DRG AG mit einem klaren Lead bei den Tarifpartnern einverstanden erklären.

Allerdings darf ein solches Instrument nicht flächendeckend für alle ambulanten Tarife umgesetzt werden. Der Fokus muss auf dem ambulanten Einzelleistungstarif für Ärzte und Spitäler liegen und selbst für ambulante Arztleistungen andere Tarife (Zeit- und Pauschaltarife) zulassen.

Dabei müssten aber begleitend die richtigen Anreize zur Förderung von erfolgreichen Verhandlungen verankert werden. Ausserdem müssten Lösungen gefunden werden, um die unendlich lange andauernden Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Fallpauschalen kürzer zu gestalten. Dort müssen Spitäler mittlerweile Rückstellungen bis rückwirkend zur Einführung der Fallpauschalen vornehmen (also fünf Jahre und mehr), weil selbst Tarifstreitigkeiten aus diesen Jahren noch nicht rechtskräftig entschieden sind. Derart lange dauernde Phasen der Rechtsunsicherheit sind unbedingt durch geeignete Verfahrensbestimmungen zu vermeiden.

Schlussendlich dürften Rolle und Rechte der Tarifpartner nicht tangiert respektive an eine Tariforganisation delegiert werden, das heisst, dass es nach wie vor die Tarifpartner sein müssen, welche die notwendigen Anträge zu Händen des Bundesrates einreichen und vertreten.

3. Tarifstruktur aktuell halten (M25)

Grundsätzlich sprechen wir uns für eine regelmässige Anpassung der Tarifstrukturen an die Entwicklung der medizinischen Leistungen aus. Dies muss aber Aufgabe der Tarifpartner sein.

Die vorliegende Massnahme lehnen wir aber ab, weil staatliche Eingriffe in das Tarifsyst-
em und damit in die Tarifautonomie gemäss KVG nicht noch weiter erleichtert werden dürfen. Diese Massnahme steht in einem heiklen Spannungsfeld zur geplanten Schaffung einer nationalen Tariforganisation: Wenn der Bundesrat an diese von ihm vorge-

schlagene Lösung glaubt, mutet es befremdend an, wenn er gleichzeitig die Möglichkeiten für staatliche Eingriffe in das Tarifsysteem erhöhen will. Eine neu zu schaffende Lösung zur Förderung des Konsenspotentials bei Tarifverhandlungen mit einer Erhöhung des staatlichen Eingriffspotentials zu verbinden, ist damit nicht nur widersprüchlich, es erhöht auch die Gefahr, dass Tarifpartner die Möglichkeit eines staatlichen Eingriffs als Druckmittel im Rahmen von Verhandlungen verwenden.

4. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15)

Wir begrüssen die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Allerdings stehen wir der Ausweitung der staatlichen Eingriffskompetenz auf Pauschaltarife ablehnend gegenüber. Dies mutet im Lichte der geplanten Einführung einer nationalen Tariforganisation zusätzlich befremdend an. Es kann hierzu auf die Ausführungen sub Ziffer 3. vorstehend betreffend Massnahme 25 verwiesen werden.

Die Tarifpartner müssen bezüglich Pauschaltarife Verhandlungsspielraum haben, es müssen auch Teilbereiche erfasst werden können. Schweizweit einheitliche Pauschaltarife lehnen wir somit ab, sie sind eindeutig innovationsfeindlich.

Schlussendlich ist festzuhalten, dass die Schaffung von Pauschaltarifen im ambulanten Sektor bereits nach dem geltenden KVG möglich ist. Entsprechende Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern laufen seit einiger Zeit und es liegen auch bereits erste Resultate vor.

5. Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf Pa.lv. 17.402)

Diese Massnahme ist zu offen und diffus formuliert, zumal sie mit einer neuen Eingriffskompetenz des Bundes verbunden werden soll.

Kostensteuerungsmassnahmen und die dazugehörenden Korrekturmechanismen müssen unter den Tarifpartnern verhandelt werden. Dabei sind Massnahmen in Bezug auf die Mengenentwicklungen von grosser Wichtigkeit. Es kann hierzu auf das Instrument der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) verwiesen werden.

Aufgabe des Gesetzgebers wäre es, hierzu die notwendigen Anreize zu setzen.

Grundsätzlich wäre dieses Anliegen durch eine korrekte Anwendung der WZW-Kriterien zu erfüllen, welche aber bis zum heutigen Datum nicht anwendungsreif operationalisiert worden sind. Deshalb wäre es jetzt die vordringliche Aufgabe des Bundes, die notwendigen Voraussetzungen für eine Beeinflussung des Kosten- und Mengenwachstums zu schaffen, indem die WZW-Kriterien operationalisiert und Guidelines respektive Best practices definiert werden. Hier muss der Bund aktiv werden und die Tarifpartner einbinden.

Die auch hier geplante, neue staatliche Eingriffskompetenz lehnen wir entschieden ab, eventualiter halten wir fest, dass die Frist von zwei Jahren viel zu kurz bemessen ist, da sich viele Verträge momentan gar nicht in der Verhandlungsphase befinden und längere Laufzeiten aufweisen. Statt einer subsidiären Eingriffskompetenz des Bundes sind Anreize in Bezug auf kostenbewusstes Verhalten der Akteure zu schaffen.

6. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22) - Anpassung des Substitutionsrechts (M24)

Vorab ist festzuhalten, dass unter diesem Punkt eine zweite Massnahme aus dem 38 Punkte-Paket übernommen worden ist, ohne dass explizit darauf hingewiesen wird, nämlich die Massnahme M24 «Anpassung des Substitutionsrechts».

Wir lehnen ein Referenzpreissystem aus folgenden Gründen entschieden ab:

- (1) Verlust an Rechtsstaatlichkeit: Gemäss Art. 52 Abs. 1bis des Entwurfes sollen sowohl Referenz- als auch Höchstpreise auf Verordnungsstufe geregelt werden, was für die Hersteller zu einem erheblichen Verlust an Rechtsstaatlichkeit führen würde. Dies deshalb, weil heute alle Preise der Spezialitätenliste auf Verfügungsbasis mit Rechtsmitteln festgelegt werden. Der Bundesrat begründet diesen Abbau an Rechtsstaatlichkeit damit, dass künftig ein Preis für mehrere Hersteller gelten würde, weshalb individuelle Verfügungen nicht mehr möglich seien. Für solche Konstellationen sieht das schweizerische Recht das Instrument der Allgemeinverfügung vor, welche ein Beschwerderecht weiterhin ermöglichen würde und durch entsprechende Ausgestaltung ohne weiteres an die hier bestehenden, systemischen Bedürfnisse angepasst werden könnte. Auf diesem Weg könnte ein Verlust an Rechtsstaatlichkeit vermieden werden.
- (2) Spareffekt völlig unklar: Mangels Regulierungsfolgenabschätzung liegen keine verlässlichen Zahlen zum Spareffekt der vorliegenden beiden Massnahmen im Arzneimittelbereich vor. Insbesondere ist die Dynamik eines Festbetragssystems auf dem kleinen Schweizer Markt schwer voraussehbar. Es ist aber zu befürchten, dass viele Generika vom hiesigen Markt verschwinden würden und das Preisniveau insgesamt steigen würde. Deshalb ist auch nicht quantifiziert, welche zusätzlichen neuen Kosten durch Therapiewechsel (Bürokratie und weggeworfene Arzneimittel) und Begründungspflicht bei Abweichung vom Billigstprinzip (Bürokratie) entstehen, die gegenzurechnen wären.
- (3) Deutlich bessere Massnahmen mit ausgewiesenem Spareffekt liegen auf dem Tisch:
Breite Kreise des schweizerischen Gesundheitswesens haben alternative Sparmassnahmen vorgeschlagen, welche ein quantifiziertes Sparpotential ausweisen, zu keinerlei Nachteilen für die Patientensicherheit führen, die Versorgungssicherheit nicht weiter verschlechtern und keine zusätzliche Bürokratie verursachen. Darauf sind weder Bundesrat noch Verwaltung bis heute eingetreten – aus unerfindlichen Gründen. Es sind dies:
 - Schaffung eines neuen Preisbildungssystems für Arzneimittel, konkrete Vorschläge liegen vor
 - Schaffung von Anreizen zur Erhöhung der Generikadurchdringung
 - Verbesserung der Compliance (Therapieüberwachung und –begleitung) in enger Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Apothekerschaft, Industrie und Versicherern
 - Beschleunigung und Vereinfachung der Zulassungsverfahren für Biosimilars

Im Lichte der vorstehend dargelegten Alternativmassnahmen, lehnen wir die Vorlage betreffend Einführung eines Referenzpreissystems in beiden zur Diskussion gestellten Varianten entschieden ab.

Ferner lehnen wir die zehnte, in das Revisionspaket «eingeschmuggelte» Massnahme 24 aus dem Expertenbericht (Billigstprinzip bei zwei wirkstoffgleichen Präparaten) ebenso dezidiert ab.

7. Rechnungskopie für Versicherte

Hierzu ist festzuhalten, dass sich bereits aus dem geltenden KVG (Art. 43 Abs. 2) die Pflicht zur Abgabe einer detaillierten und verständlichen Rechnung für den tiers garant und einer Rechnungskopie für den tiers payant ergibt. Eine flächendeckende Durchsetzung für den stationären Bereich gestützt auf Sanktionen mag die Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten erhöhen, wird aber per se zu keinerlei Kosteneinsparungen führen.

Wir unterstützen Massnahmen zur Erhöhung der Transparenz in Bezug auf erbrachte Leistungen und die Förderung der Mitverantwortung und des Kostenbewusstseins von Patientinnen und Patienten.

Eine solche Regelung müsste aber durch Anreize begleitet werden, welche die Mitverantwortung von Patientinnen und Patienten für die von ihnen verursachten Kosten fördern. In dieser Form wird die Regelung aber keinen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben.

8. Rechnungskontrolle stärken (M09)

Vorab ist festzuhalten, dass die Rechnungskontrollen durch Versicherer heute mehrheitlich gut funktionieren. Dennoch stimmen wir dieser Massnahme zu, denn die weitere Verbesserung der Rechnungskontrollen im Sinne einer Beeinflussung des Abrechnungsverhaltens der Leistungserbringer via Outcome ist die systemisch richtige Alternative zu Inputsteuerung mittels staatlicher Planung.

Solche Kontrollen und Überprüfungen müssen aber nach einheitlichen, transparenten, und justiziablen Mindestkriterien durchgeführt werden, die von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitet werden. In der Umsetzung sollen die Versicherer innerhalb des vereinbarten Rahmens aber frei bleiben, um unternehmerischen Freiraum zu gewähren und einen funktionierenden Leistungswettbewerb unter den Versicherern zu ermöglichen.

Hierzu ist auf die Ausführungen vorstehend sub Ziffer 5. zu verweisen: Die Operationalisierung der WZW-Kriterien und die Schaffung von Guidelines respektive Best practices sind unabdingbare Voraussetzungen für die Durchführung von korrekten Rechnungskontrollen, die auch tatsächlich zu einem kostenrelevanten Effekt führen.

Ferner müssten in einem nächsten Schritt auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den gleichen Grundsätzen erweitert werden.

9. Beschwerderecht Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime

Grundsätzlich ist es aus rechtsstaatlicher Sicht zutreffend, dass den Versicherern als Zahler im stationären Bereich auch ein Rekursrecht gegen Planungsentscheide im Zusammenhang mit den kantonalen Spitallisten zusteht.

Um aber zu vermeiden, dass Beschwerden aus taktischen Gründen und zur Verlangsamung von Abläufen eingereicht werden, müssen die Versicherer neben der Einräumung eines Rekursrechtes auch zur aktiven Mitwirkung im Rahmen der Planungsprozesse verpflichtet werden.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen



Prof. Dr. Robert Leu, Präsident



Dr. Andy Fischer, 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 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 11 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

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, wettbewerbles, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft

Abkürzung der Firma / Organisation : ChiroSuisse

Adresse : Sulgenauweg 38, 3007 Bern

Kontaktperson : Priska Haueter

Telefon : 031 371 03 01

E-Mail : priska.haueter@chirosuisse.info

Datum : 29. November 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Sehr geehrter Herr Bundespräsident sehr geehrte Damen und Herren Vielen Dank, dass wir uns in diesem Vernehmlassungsverfahren äussern können. Wir hoffen, Sie berücksichtigen unsere Anliegen und verbleiben mit freundlichen Grüssen ChiroSuisse Priska Haueter, lic.phil.hist. Präsidentin/CEO

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3		Dritter Satz: Wir zweifeln, dass diese Massnahme kostendämpfende Wirkung hat. Die Erfahrungen in der Praxis zeigt, dass die Kontrolle durch die Versicherer gut funktioniert und eine grosse Mehrheit der Versicherten kein Interesse an einer Kopie der Rechnung hat. Im Zeitalter des elektronischen Abrechnens würde diese Änderung den administrativen Aufwand für die Leistungserbringer erneut unnötig aufblähen und Kosten generieren. Vor allem, wenn allen Patienten eine Rechnungskopie in Papierform zugestellt werden müsste. Sinnvoll bleibt aus unserer Sicht, dass der Leistungserbringer auf Wunsch des Patienten diesem eine Rechnungskopie zur Verfügung stellt.	Im System des <i>Tiers payant</i> erhält die versicherte Person <u>auf deren Wunsch</u> vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung...
	43	5		Erster Satz: Patientenpauschaltarife bei chiropraktischen Fällen sind nicht praktikabel, da der Heilungsverlauf aufgrund von unterschiedlichen, komplexen Voraussetzungen individuell schwierig vorhersagbar ist.	
	47a	1		Wir begrüssen den Einsatz einer paritätisch besetzten Organisation und gehen davon aus, dass die Organisationsstruktur schlank sein wird.	
ChiroSuisse	47b	1		Daten zur Verfügung stellen kann man nur, wenn man Daten sammelt und analysiert. Die Datensammlung ist für Ärzte sowie deren Verbände mit Aufwand und Kosten verbunden. Für kleinere Verbände wie ChiroSuisse mit ca. 300 Mitgliedern sind	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				solche Pflichten eine grosse logistische und finanzielle Herausforderung. Das Prinzip der Verhältnismässigkeit muss speziell bei kleinen Verbänden beachtet werden.	
	47b	2		Es ist unklar, um welche Daten es sich dabei handelt. Der Bundesrat erhält mit dieser Revision die Macht, Daten nach seiner Wahl einzufordern. Zudem kann der Bundesrat mit diesem Passus Daten einfordern ohne dass Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern stattgefunden haben. Diese Änderungen gehen zu weit.	
	47b	3	b.	Auch bei den Sanktionen sollte bei kleinen Verbänden das Prinzip der Verhältnismässigkeit beachtet werden.	
	47c	4		Jährliche Kontrollen der mengenmässigen Entwicklung der Positionen und der abgerechneten Kosten ist aus unserer Sicht nur nötig, wenn der Taxpunktwert oder der Tarifstrukturvertrag verändert wurden. Hier schlagen wir ein 2-jähriges Monitoring aufgrund von jährlichen Kontrolldaten vor mit definierten Korrekturmassnahmen. Grundsätzlich sind wir gegen die Einführung eines Globalbudgets und degressive Tarife.	
	47c	5		Diese Machtverschiebung Richtung Bundesrat lehnen wir ab. Verhandlungsergebnisse zwischen Leistungserbringern und Versicherern würden dabei geschwächt.	
	47c	6		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 47b, Abs. 1	
	52	1	b.	Ein Referenzpreissystem lehnen wir ab. Es kann zu Versorgungsengpässen führen und die Patientensicherheit gefährden. Das Modell mit Meldesystem ist aufwändig, verursacht einen hohen administrativen Aufwand und ist deshalb abzulehnen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	52	1bis		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 52, Abs.1.b	
	52a			Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 52, Abs.1.b	
	52b			Modell mit Preisabschlag und Modell mit Meldesystem: Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 52, Abs.1b	
	59	1		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 42 Abs. 3	
	59	3	g	Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 42 Abs. 3	
	59b	1	c.	Grundsätzlich begrüssen wir die Möglichkeit von Pilotprojekten zur Eindämmung der Kostenentwicklung und wir werden gerne ein Projekt einreichen. Die Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers ist allerdings ein Prinzipienbruch. Aufgrund welcher Faktoren werden Leistungserbringer ausgewählt? Diese Art von Pilotprojekten lehnen wir generell ab.	
	59b	4		Den Zwang zur Teilnahme an Pilotprojekten durch den Bundesrat lehnen wir ab. Die Fragestellungen von Projekten müssen in sich überzeugend sein, dass genügend freiwillige Teilnehmer mitmachen.	Abs.4 streichen
	59b	6		Es kann nicht nur um Kosteneindämmung gehen. Die Qualität der Versorgung ist aus unserer Sicht ebenso hoch zu werten, was in den Pilotprojekten mit zu berücksichtigen ist.	
	26	3bis		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 47b Abs, 1 und 2	
	27	6		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 47b Abs, 1 und 2	
	27bis	3		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 47c, Abs. 4	
	27bis	4		Siehe unsere Stellungnahme zu Art. 47c, Abs. 5	

Bern, 13. Dezember 2018

1. Paket von Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP

Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz

In der vorliegenden Vernehmlassungsantwort nimmt CURAVIVA Schweiz nur zu Massnahmen Stellung, die einen direkten oder starken indirekten Bezug zur Tätigkeit der Mitgliederinstitutionen aufweisen:

- CURAVIVA Schweiz begrüsst grundsätzlich die Einführung eines Experimentierartikels (M02). Der nationale Branchenverband regt jedoch eine klarere Regelung der Kostenübernahme der einzelnen Projekte an.
- Der nationale Branchenverband begrüsst grundsätzlich die Verpflichtung der Tarifpartner im ambulanten Bereich, eine nationale Tariforganisation einzusetzen (M34) und schlägt die Einsetzung einer spezifischen Tariforganisation für die Leistungen im Pflegebereich.
- CURAVIVA Schweiz lehnt es ab, dass auch im Bereich der Pflege Verträge zur Steuerung der Kosten abgeschlossen werden (vgl. Pa. Iv. [17.402](#)). Es gibt zahlreiche Gründe, die im Pflegebereich gegen den Vorschlag des Bundesrats sprechen und einen anderen Ansatz erfordern.
- CURAVIVA Schweiz spricht sich dagegen aus, die Leistungserbringer gesetzlich zu verpflichten, den versicherten Personen eine Rechnungskopie zuzustellen. Diese Massnahme würde die Bürokratie unnötig erhöhen. Die Versicherer können diese Aufgabe mit weniger Aufwand übernehmen.
- Der nationale Branchenverband lehnt es kategorisch ab, den Versicherungsverbänden ein Beschwerderecht zur Zulassung von Pflegeheimen zu gewähren. Diese Massnahme droht die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen zu erschweren.

CURAVIVA Schweiz formuliert zusätzliche Vorschläge zur Kostendämpfung:

- Der nationale Branchenverband beantragt die Förderung der Palliative Care, die gemäss zahlreichen Studien zu insgesamt tieferen Gesundheitskosten führen. Voraussetzung ist eine angepasste Finanzierung der Pflegeleistungen, die dem höheren Zeitbedarf für Palliative Care in der ambulanten und stationären Pflege Rechnung trägt.
- CURAVIVA Schweiz beantragt, den Vorschlag Stärkung der koordinierten Versorgung (M10) bereits ins erste Massnahmenpaket zu integrieren.

Sehr geehrter Herr Bundespräsident, sehr geehrte Damen und Herren

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die Einladung, an der oben erwähnten Vernehmlassung teilzunehmen. Mit vorliegender Vernehmlassungsantwort möchte CURAVIVA Schweiz seinen Beitrag im Rahmen der laufenden Vernehmlassung über das 1. Paket von Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP erbringen.

Als Branchen- und Institutionenverband mit arbeitgeberpolitischer Ausrichtung vertritt CURAVIVA Schweiz die Interessen seiner Mitgliederinstitutionen aus den Bereichen Menschen im Alter, Erwachsene Menschen mit Behinderung sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen. Dem nationalen Branchenverband CURAVIVA Schweiz sind alle Schweizer Kantone sowie das Fürstentum Lichtenstein angeschlossen. Insgesamt vertritt CURAVIVA Schweiz über 2700 Institutionen mit über 120 000 Plätzen, in welchen rund 130 000 Mitarbeitende beschäftigt sind.

1. Ausgangslage

Im Frühling 2018 verabschiedete der Bundesrat ein Kostendämpfungsprogramm basierend auf einem Expertenbericht, um die obligatorische Krankenversicherung (OKP) zu entlasten. Längerfristige Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken pro Jahr zugunsten der OKP sind geplant. Das EDI wurde beauftragt, die Massnahmen in Form von zwei Paketen bis Herbst 2018 bzw. Ende 2019 zu prüfen und umzusetzen. Die Vernehmlassung für das erste Massnahmenpaket dauert bis zum 14. Dezember 2018.

Vernehmlassungsunterlagen: [Die Massnahmen auf einen Blick](#) | [Vorlage](#) | [Bericht](#)

2. Erwägungen von CURAVIVA Schweiz

In der vorliegenden Vernehmlassungsantwort nimmt CURAVIVA Schweiz nur zu Massnahmen Stellung, die einen direkten oder starken indirekten Bezug zur Tätigkeit der Mitgliederinstitutionen aufweisen.

2.1. Experimentierartikel (Massnahmenvorschlag 02 [M02]):

CURAVIVA Schweiz begrüsst grundsätzlich die Einführung bzw. Ausweitung dieses Instrumentes zur Erprobung potenziell sinnvoller Sparmodelle: Dadurch sollen Kantone und Tarifpartner effektiv befähigt werden, ausserhalb des Rahmens des KVG innovative, kostendämpfende Pilotprojekte durchzuführen. Aus Sicht von CURAVIVA Schweiz ist es sinnvoll, dass auch innovative Projekte in der Langzeitpflege, insbesondere integrierte Versorgungsmodelle ermöglicht werden, welche einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten.

CURAVIVA Schweiz begrüsst insbesondere, dass die Pilotprojekte möglichst mit einer freiwilligen Beteiligung bewilligt werden sollen (vgl. erläuternder Bericht, S. 58). Akteure können jedoch zur Teilnahme an einem spezifischen Pilotprojekt verpflichtet werden (Art. 59b Abs. 4 eKVG). CURAVIVA Schweiz wehrt sich nicht grundsätzlich dagegen: Der nationale Branchenverband teilt die Meinung des Bundesrates, dass ein Mehrwert mit der Einführung des Experimentierartikels nur erreicht werden kann, wenn die Projekte – mindestens in gewissen Fällen – eine gewisse Verbindlichkeit aufweisen (vgl. erläuternder Bericht, S. 59).

CURAVIVA Schweiz begrüsst grundsätzlich die im Vorentwurf vorgesehene inhaltliche, zeitliche und räumliche Begrenzungen der Pilotprojekte, wie sie aus Artikel 59b Absatz 2 eKVG resultieren: Es ist wichtig, dass die rein experimentelle Natur der betroffenen Projekte und deren Führung unter besonderen Bedingungen sichergestellt wird aber auch begrenzt bleibt.

Hingegen beantragt CURAVIVA Schweiz, dass klarere Leitplanken im Gesetzestext vorgesehen sind, um die Verpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt zu regeln. Artikel 59b Abs. 4 und 5 eKVG ist in dieser Hinsicht zu vage formuliert. Die Erwägungen des erläuternden Berichts in diesem Zusammenhang genügen nicht, um diese Lücke aufzufüllen (vgl. erläuternder Bericht, S. 58f.).

Gemäss Vorentwurf können die Projekte in der Regel von einem oder mehreren Kantonen, den Krankenversichern (resp. ihren Verbänden), den Leistungserbringern (resp. ihren Verbänden) oder den Patientenorganisationen eingereicht werden (erläuternder Bericht, S. 24). Andere Akteure können zur Teilnahme verpflichtet werden (s. oben). Deswegen ist es unerlässlich, dass ein

entsprechendes rechtliches Gehör allen betroffenen Akteuren der einzelnen Projekte gesetzlich eingeräumt wird.

Der erläuternde Bericht, S. 41, stellt die Übernahme durch die betroffenen Akteure der Kosten für das Aufbaukonzept und die Integration der einzelnen Pilotprojekte als Voraussetzungen ihrer Umsetzung dar. Der Vorentwurf selbst schweigt aber darüber, wer diese Kosten übernehmen soll. Ebenso unklar geregelt ist die Übernahme der Kosten des Auswertungskonzepts und des Schlussberichts durch unabhängige externe Experten (vgl. erläuternder Bericht, S. 41). Dies ist doch umso wichtiger, wenn Akteure zur Teilnahme und somit zur Kostenübernahme verpflichtet werden sollen.

Antrag 1:

Das rechtliche Gehör wird allen betroffenen Akteuren der einzelnen Projekte gesetzlich eingeräumt.

Antrag 2:

Die Übernahme der Kosten für das Aufbaukonzept und die Integration der einzelnen Pilotprojekte sowie diejenige des Auswertungskonzepts und des Schlussberichts durch unabhängige externe Experten werden gesetzlich geregelt.

2.2. Nationale Tariforganisation (M34)

CURAVIVA Schweiz begrüsst grundsätzlich die Eckpunkte der Einrichtung und Ausgestaltung der geplanten nationalen Tariforganisation (Art. 47a eKVG) – insbesondere, dass die Tariforganisation paritätisch zu besetzen ist: Aus Sicht des nationalen Branchenverbands würde eine nationale paritätisch besetzte Tariforganisation es erleichtern, Fragen der Tarifstruktur unter den beteiligten Akteuren zu analysieren und verbindliche Regelungen zu treffen, da Tarife in erster Linie auf Datenerhebungen und Verhandlungen unter Stakeholdern beruhen: Tarifverhandlungen tragen entscheidend zur Objektivierung der Problemfelder und der Lösungssuche.

In diesem Zusammenhang schlägt CURAVIVA Schweiz erneut vor, eine spezifische Tariforganisation für die Leistungen im Pflegebereich (Art. 25a KVG) einzuführen, wie er es im Rahmen der kürzlich erfolgten Vernehmlassung über die zur KLV-Änderung «Kostenneutralität und Bedarfsermittlung» getan hat (vgl. Vernehmlassungsantwort des nationalen Branchenverbands vom 22. Oktober 2018 zur entsprechenden KLV-Änderung, S. 8f.).

Antrag 3:

Es wird ein paritätisches Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung per Gesetz eingesetzt, welches sich aus Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt.

2.3. Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf Pa. Iv. 17.402)

CURAVIVA Schweiz spricht sich dagegen aus, dass auch im Bereich der Pflege gesamtschweizerisch geltende Verträge oder Tarifverträge zur Steuerung der Kosten und Leistungen gemäss Pa. Iv. [17.402](#) abgeschlossen werden (vgl. Art. 47c Abs. 1 eKVG). Aus Sicht des nationalen Branchenverbands gibt es zahlreiche Gründe, die im Pflegebereich gegen den Vorschlag des Bundesrats sprechen und einen anderen Ansatz erfordern:

- Zum einen wird die Kostenentwicklung bei der OKP wegen den fixen Beiträgen der Krankenversicherer im Rahmen der Pflegefinanzierung durch solche Verträge gar nicht beeinflusst. Diese wären nur dann sinnvoll, wenn die OKP-Beiträge regelmässig an die Entwicklung der Pflegekosten angepasst würden.
- Zum anderen tragen die Kantone einen beträchtlichen und beständig wachsenden Teil der Pflegekosten; es stellt sich deshalb die Frage, warum sie sie gemäss Artikel 47c Absatz 1 eKVG von den Verträgen zur Kostensteuerung ausgeschlossen sein sollen. Dies umso mehr, als die Kantone kostentreibende Auflagen für die Leistungserbringer – wie zum Beispiel Ausbildungs- und Qualitätsvorgaben – machen und dadurch Verträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern unterlaufen können.
- Darüber hinaus ist auf Verordnungsstufe zu wenig klar geregelt, was genau alles zu den anrechenbaren Pflegekosten gehört. Deshalb verfügen die Kantone bei der Anerkennung dieser Kosten über einen grossen Spielraum.

Antrag 4:

Die Kantone werden wie die Leistungserbringer und die Versicherer gesetzlich verpflichtet, in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen oder Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen zu vereinbaren

Hingegen befürchtet CURAVIVA Schweiz, dass übertriebene Kosten für die Leistungserbringer aus Artikel 47c Absatz 6 zweiter Satz eKVG resultieren: Nach dieser Bestimmung müssen sie dem Bundesrat auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekanntgeben, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind. Aus Sicht des nationalen Branchenverbands ist diese Formulierung zu vage. CURAVIVA Schweiz wünscht klarere Leitplanken im Zusammenhang mit der Datenerhebung zwecks Steuerung der Kosten. In diesem Sinne beantragt CURAVIVA Schweiz, dass der Bundesrat nicht die Möglichkeit gemäss Artikel 47c Absatz 5 eKVG erhält, auf Verordnungsebene die Bereiche zu definieren bzw. einzuschränken, in welchen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vereinbart werden müssen – sondern, dass er dazu verpflichtet ist. Weg von einer Kann-Vorschrift sollte denn Artikel 47c Absatz 5 eKVG zwingendes Charakter haben.

Antrag 5:

Artikel 47c Absatz 6 zweiter Satz eKVG wird präzisiert, damit die Art und Qualität der betroffenen Daten möglichst genau definiert und den Umfang der entsprechenden Datenerhebungen zur Steuerung der Kosten vorhersehbar sind.

Darüber hinaus ist laut erläuterndem Bericht vorgehesehen, dass der Bundesrat die Leistungserbringerbereiche, für welche Massnahmen zur Steuerung der Kosten vereinbart werden müssen, in den Ausführungsbestimmungen definiert. Dieser Hinweis in den Materialien ist aber ungenügend verbindlich; vielmehr sollte der Bundesrat die betroffenen Leistungserbringerbereiche per Verordnung transparent definieren müssen, für welche Massnahmen zur Steuerung der Kosten vereinbart werden müssen.

Antrag 6:

Der Bundesrat wird gesetzlich dazu verpflichtet, die betroffenen Leistungserbringerbereiche per Verordnung zu definieren, für welche Massnahmen zur Steuerung der Kosten vereinbart werden müssen.

2.4. Rechnungskopie für Versicherte

CURAVIVA Schweiz stimmt zu, dass leicht verständliche Rechnungen es den Versicherten ermöglichen soll, diese besser überprüfen zu können. Der effizienteste Weg einer Rechnungsprüfung durch den Versicherten im System des Tiers payant ist die gleichzeitige Zustellung von Rechnung und Leistungsabrechnung durch den Versicherer, wie dies das Gesetz bereits ermöglicht. Die Präzisierung in Art. 42 Abs. 3 KVG würde deshalb nur zu einem administrativen Mehraufwand führen, ohne dass ein Mehrwert ersichtlich ist. Im System Tiers garant reicht die heutige gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer aus.

Antrag 7:

Es wird auf die vorgeschlagene Änderung von Artikel 42 Absatz 3 dritter Satz revKVG verzichtet.

2.5. Beschwerderecht für Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Zulassung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime

CURAVIVA Schweiz lehnt es kategorisch ab, den Versicherungsverbänden ein Beschwerderecht zur Planung von Heimen zu gewähren. CURAVIVA Schweiz erachtet diese Massnahme als nicht zielführend, da die Kantone diese Zulassungen aus eigenem Interesse bereits heute sorgfältig vornehmen – zumal sie ihre Planung koordinieren müssen, (Art. 39 Abs. 2 KVG), einheitliche Planungskriterien vom Bundesrat erlassen und die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer werden zuvor angehört werden (Art. 39 Abs. 2^{ter} KVG). Darüber hinaus würde eine solche Massnahme einen einschneidenden Eingriff in die kantonale Hoheit darstellen.

In der Langzeitpflege entstehen derzeit innovative, integrierte Versorgungsmodelle und Versorgungsräume, die ambulante, intermediäre und stationäre Pflegeleistungen umfassen. Ein Beschwerderecht gegen die Zulassung von Pflegeheimen könnte die Entwicklung ganzer Versorgungsräume gefährden und sich als Innovationsbremse entpuppen.

Hingegen sollte geprüft werden, wie die Praxis einiger Kantone, die Behinderteneinrichtungen zunehmend Leistungen über das KVG abrechnen zu lassen, unterbunden werden kann. Das entspricht nicht der Absicht des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG).

Antrag 8:

Die Einräumung eines Beschwerderechts für Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Zulassung der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ist abzulehnen.

2.6. Bessere Vergütung von Palliative Care

CURAVIVA Schweiz fordert als zusätzliche Massnahme zur Kostendämpfung die Förderung und Finanzierung der Palliative Care.

Das Sterben findet oft in dem Heimen statt, wo jährlich bis zu 30 Prozent der hochbetagten, multimorbiden Bewohner versterben. In der Praxis zeigt sich, dass eine strikte Trennung von «allgemeiner» (Pflegeheim) und «spezialisierter» (Spital, Hospiz) Palliative Care nach Institutionen zunehmen nicht mehr haltbar ist.

Diverse internationale Studien zeigen auf, dass mit Palliative Care Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen insgesamt gedämpft werden können. Dank Palliative Care im Pflegeheim kommt es zu kürzeren Aufenthaltszeiten im Spital, weniger Notfällen und Aufenthalten auf der Intensiv- oder spezialisierte Palliative Care-Station. Mit einer guten Palliative Care-Versorgung im Pflegeheim können grundsätzlich auch Hospitalisationen sowie teure, kaum lebensverlängernde und belastende Behandlungen vermieden werden.

Voraussetzung ist eine angepasste Finanzierung der Pflegeleistungen, die dem höheren Zeitbedarf für Palliative Care in der ambulanten und stationären Pflege Rechnung trägt. Die Pflegeleistungen gemäss KVG müssen deshalb besonderen Situationen besser Rechnung tragen. Dies bedingt, dass die entsprechenden Leistungen auf Verordnungsebene besser berücksichtigt werden. Um die hohe Pflegeintensität für Palliativpflege besser zu berücksichtigen, ist zudem die Begrenzung auf zwölf Pflegestufen in den Pflegeheimen auf 18 Stufen zu erhöhen.

CURAVIVA Schweiz verweist in diesem Zusammenhang auf ihre entsprechenden Anträge im Rahmen der Vernehmlassung über die KLV-Änderung «Kostenneutralität und Bedarfsermittlung» (vgl. Vernehmlassungsantwort von CURAVIVA Schweiz vom 22. Oktober 2018 zur entsprechenden KLV-Änderung, S. 3). So diese Anträge:

Antrag 9:

Artikel 7 Absatz 2 KLV ist zu ergänzen, um die Leistungen in der Palliativpflege adäquat zu erfassen und zu finanzieren.

Antrag 10:

Die OKP-Beiträge für Leistungen in Pflegeheimen werden durch eine entsprechende Ergänzung von Artikel 7a Absatz. 3 KLV auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Schritten zu 20 Minuten abgestuft, indem die Anzahl der Stufen von zwölf auf 18 erhöht wird.

2.7. Stärkung der koordinierten Versorgung (M10)

Als weitere wirksame und effiziente Kostendämpfungsmassnahme im OKP-Bereich, befürwortet CURAVIVA Schweiz die Stärkung der koordinierten Versorgung. Durch koordinierte Versorgung, besonders durch die Förderung von Netzwerken, werden Kosten im Gesundheitswesen eingespart. Ziel der koordinierten Versorgung ist, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen der Patientinnen und Patienten über weite Teile der Versorgungskette zu verbessern.

Durch Förderung von Netzwerken wird die koordinierte Versorgung gestärkt. Der Fokus liegt auf Massnahmen für Patientengruppen, welche viele und aufwändige gesundheitliche Dienstleistungen beanspruchen oder zum Beispiel aufgrund einer psychischen Behinderung, die die Lebensgestaltung beeinflusst, oft den Lebensort und die Leistungserbringer wechseln müssen. Für ältere Menschen (80+) hat CURAVIVA Schweiz das [Wohn- und Pflegemodell 2030](#) entwickelt.

Mit diesem Modell schlägt CURAVIVA Schweiz den Übergang zu einem integrierten Versorgungskonzept «stationär und ambulant» vor, bei dem Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen durch die Zuteilung zur richtigen Pflegeform ausgehebelt werden. 2018 hat CURAVIVA Schweiz Polynomics AG beauftragt, die Kostenwirkungen seines Wohn- und Pflegemodells 2030 gegenüber der heutigen Versorgungsstruktur zu untersuchen. Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass mit dem Pflegemodell 2030 ein erhebliches Kosteneinsparungspotenzial besteht. Fallen die Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen weg und wird die Pflege vermehrt durch das betreute Wohnen bereitgestellt, kann im Pflegemodell bis zu acht Prozent der heutigen Pflegekosten eingespart werden.

Antrag 11:

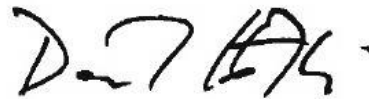
CURAVIVA Schweiz beantragt, den Vorschlag M10 zur Stärkung der koordinierten Versorgung zur Kostendämpfung in der OKP bereits ins erste Massnahmenpaket zu integrieren.

Der nationale Branchenverband CURAVIVA Schweiz bedankt sich für die ernsthafte Prüfung und Berücksichtigung des oben aufgeführten Standpunktes.

Mit freundlichen Grüssen



Laurent Wehrli
Präsident CURAVIVA Schweiz



Dr. Daniel Höchli
Direktor CURAVIVA Schweiz

Bei Rückfragen zur vorliegenden Vernehmlassungsantwort wenden Sie sich bitte an:
Herrn Yann Golay Trechsel
Verantwortlicher Public Affairs von CURAVIVA Schweiz
E-Mail: y.golay@curaviva.ch
Tel: 031 385 33 36

Berne, le 13 décembre 2018

Premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS)

Prise de position de CURAVIVA Suisse

Dans la présente prise de position, CURAVIVA Suisse se prononce uniquement sur les mesures présentant un lien direct ou un lien indirect marqué avec l'activité de ses institutions membres.

- Sur le principe, CURAVIVA Suisse approuve l'introduction d'un article relatif aux projets pilotes (M02). Toutefois, l'association de branche nationale suggère une réglementation plus claire concernant la prise en charge des coûts des divers projets.
- CURAVIVA Suisse salue a priori la proposition consistant à obliger les partenaires tarifaires du domaine ambulatoire à mettre en place une organisation tarifaire nationale (M34) et recommande l'adoption d'une organisation tarifaire spécifique pour les prestations du domaine des soins.
- CURAVIVA Suisse s'oppose à l'idée de conclure des conventions de pilotage des coûts également dans le domaine des soins (cf. initiative parlementaire [17.402](#)). Plusieurs motifs parlent contre la proposition du Conseil fédéral pour ce qui concerne le domaine des soins et appellent une autre approche.
- CURAVIVA Suisse refuse que les fournisseurs de prestations soient tenus par la loi de remettre une copie des factures aux assurés. Pareille mesure aggraverait la bureaucratie sans contrepartie utile. Les assureurs peuvent assumer cette tâche à moindres frais.
- L'association de branche nationale s'oppose catégoriquement à l'octroi aux fédérations d'assureurs d'un droit de recours concernant l'admission des EMS. Cette mesure menace d'entraver la mise en place de modèles intégrés d'approvisionnement en soins.

CURAVIVA Suisse formule en outre des propositions supplémentaires pour la maîtrise des coûts :

- L'association de branche nationale demande que les soins palliatifs soient encouragés. Selon plusieurs études, ceux-ci entraînent des coûts de santé dans l'ensemble moins élevés. Cela implique une adaptation du financement des prestations de soins qui tienne compte du fait que les soins palliatifs nécessitent plus de temps, en ambulatoire comme en stationnaire.
- CURAVIVA Suisse propose d'intégrer la proposition visant au renforcement des soins coordonnés (M10) déjà dans le premier volet de mesures.

Monsieur le président de la Confédération,
Mesdames, Messieurs,

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de l'avoir invitée à prendre part à la consultation sur le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS). Par la présente, CURAVIVA Suisse souhaite fournir sa contribution dans ce cadre.

Association au service des institutions et des employeurs de la branche, CURAVIVA Suisse défend les intérêts de ses institutions membres destinées aux personnes âgées, aux adultes avec handicaps ainsi qu'aux enfants et adolescents ayant des besoins spécifiques. L'ensemble des cantons suisses ainsi que la Principauté du Liechtenstein sont affiliés à l'association de branche nationale CURAVIVA Suisse. CURAVIVA Suisse défend les intérêts de plus de 2'700 institutions totalisant plus de 120'000 emplois et comptant quelque 130'000 collaboratrices et collaborateurs.

1. Introduction

Au printemps de 2018, le Conseil fédéral a adopté un programme de maîtrise des coûts s'appuyant sur un rapport d'experts et visant à freiner la hausse des coûts dans l'AOS. Ce programme prévoit des économies à long terme de plusieurs centaines de millions de francs par an pour l'AOS. Le DFI a été chargé d'examiner et de mettre en œuvre les mesures en deux volets, l'un d'ici l'automne 2018, l'autre d'ici fin 2019. La consultation portant sur le premier volet de mesures prendra fin le 14 décembre 2018.

Documents officiels afférents à la consultation : [Vue d'ensemble des mesures](#) | [Projet de révision de la LAMal](#) | [Rapport explicatif](#)

2. Considérations de CURAVIVA Suisse

Dans la présente prise de position, CURAVIVA Suisse se prononce uniquement sur les mesures présentant un lien direct ou un lien indirect marqué avec l'activité de ses institutions membres.

2.1. Article relatif aux projets pilotes (proposition de mesure 02 [M02])

Sur le fond, CURAVIVA Suisse est favorable à l'introduction, respectivement à l'élargissement de cet instrument pour mettre à l'épreuve des modèles d'économies potentiellement pertinents : cela devrait permettre aux cantons et aux partenaires tarifaires de réaliser des projets pilotes de maîtrise des coûts novateurs en dehors du cadre de la LAMal. CURAVIVA Suisse estime judicieux de rendre possibles des projets innovants également dans les soins de longue durée, en particulier des modèles de prise en charge intégrés, qui contribuent à freiner la hausse des coûts.

CURAVIVA Suisse est notamment favorable au fait que les projets pilotes devraient, dans la mesure du possible, permettre une participation volontaire en cas d'autorisation (p. 58 du rapport explicatif). Toutefois, certains acteurs peuvent être tenus de participer à un projet pilote précis (cf. art. 59b, al. 4 du projet de révision de la LAMal ; ci-après : « révLAMal »). CURAVIVA Suisse ne s'y oppose pas : l'association de branche nationale est d'accord avec le Conseil fédéral sur le fait que l'inscription dans la loi d'un article relatif aux projets pilotes ne pourra apporter une plus-value que si ces projets ont, au moins dans certains cas, un caractère contraignant (cf. rapport explicatif, p. 58).

CURAVIVA Suisse est favorable à l'idée que les projets pilotes soient délimités dans leur objet, leur durée et leur application territoriale comme prévu dans l'avant-projet (cf. art. 59b, al. 2 révLAMal) : il importe que la nature purement expérimentale des projets concernés et leur gestion dans des conditions particulières soient assurées tout en restant limitées.

CURAVIVA Suisse propose toutefois d'intégrer au texte de loi des règles plus claires afin de définir l'obligation de participation à un projet pilote. La formulation de l'art. 59b, al. 4 et 5 révLAMal est trop vague à cet égard. Les considérations fournies dans le rapport explicatif ne suffisent pas à clarifier ce point (cf. rapport explicatif, p. 58 et suivantes).

D'après l'avant-projet, les projets pourront être présentés en règle générale par un ou plusieurs cantons, par les assureurs-maladie (ou leurs fédérations), par les fournisseurs de prestations (ou leurs fédérations), ou par les organisations de patients (cf. rapport explicatif, p. 24). D'autres

acteurs peuvent être tenus de participer (voir plus haut). Il est donc indispensable que la loi accorde un droit d'être entendu à tous les acteurs concernés par les différents projets.

Le rapport explicatif pose comme condition à la mise en œuvre des projets la prise en charge par les acteurs concernés des coûts liés à la constitution des projets pilotes et à l'intégration de ces derniers (cf. p. 41). Néanmoins, l'avant-projet ne précise pas qui doit assumer ces coûts. De même, la prise en charge des coûts liés au concept d'évaluation et au rapport final par des experts externes indépendants n'est pas clairement définie (cf. rapport explicatif, p. 41). Ce serait pourtant important, dans la mesure où des acteurs pourraient être contraints de participer à la réalisation de projets et, par là, à la prise en charge des coûts correspondants.

Requête n° 1 :

La loi accorde à tous les acteurs concernés par les différents projets le droit d'être entendus.

Requête n° 2 :

Le texte de loi règle la prise en charge des coûts liés à la constitution des projets pilotes et à l'intégration de ces derniers ainsi que de ceux liés au concept d'évaluation et au rapport final par des experts externes indépendants.

2.2. Organisation tarifaire nationale (M34)

CURAVIVA Suisse est d'accord avec les principes de base relatifs à l'instauration et à la structure de l'organisation tarifaire nationale prévue (art. 47a révLAMal), notamment avec le fait que cette organisation doit être composée sur une base paritaire. L'association de branche nationale estime en effet qu'une organisation tarifaire nationale composée sur une base paritaire faciliterait l'analyse des questions de structure tarifaire par les acteurs concernés et la définition de réglementations contraignantes, car les tarifs dépendent avant tout de collectes de données et de négociations entre les parties prenantes : ainsi, les négociations tarifaires contribuent de manière décisive à l'objectivité des problématiques et de la recherche de solutions.

A cet égard, CURAVIVA Suisse propose à nouveau l'instauration d'une organisation tarifaire spécifique pour les prestations du domaine des soins (art. 25a LAMal), comme elle l'a déjà fait dans le cadre de la récente consultation sur la modification de l'OPAS relative à la neutralité des coûts et à l'évaluation des soins requis (cf. prise position de l'association de branche nationale du 22 octobre 2018, p. 8 et suivantes).

Requête n° 3 :

La loi instaure la constitution d'un comité paritaire composé des cantons, des assureurs et des fournisseurs de prestations pour discuter des questions relatives au financement des soins et prendre des décisions à cet égard.

2.3. Mesures des partenaires tarifaires pour le pilotage des coûts (selon l'initiative parlementaire 17.402)

CURAVIVA Suisse s'oppose à ce que soient conclus, dans le domaine des soins également, des conventions ou des conventions tarifaires valables à l'échelle nationale pour le pilotage des coûts et des prestations, conformément à l'initiative parlementaire [17.402](#) (cf. art. 47c al. 1 révLAMal). L'association de branche nationale estime que plusieurs raisons vont à l'encontre de la proposition du Conseil fédéral dans le domaine des soins et nécessitent une autre approche :

- D'une part, du fait des contributions fixes des assureurs-maladie dans le cadre du financement des soins, ce type de conventions n'influe en rien sur l'évolution des coûts dans l'AOS : de la sorte, elles ne seraient utiles que si les contributions de l'AOS étaient régulièrement adaptées à l'évolution des coûts des soins.
- D'autre part, étant donné que les cantons assument une part considérable et en constante augmentation des frais liés aux soins, se pose la question de savoir pourquoi ils devraient être exclus des conventions de pilotage des coûts au sens de l'art. 47c al. 1 révLAMal, d'autant qu'ils peuvent imposer aux fournisseurs de prestations des conditions qui alourdissent les factures, par exemple en termes de formation et de qualité, et peuvent ainsi contourner des conventions entre fournisseurs de prestations et assureurs.
- En outre encore, la teneur précise des coûts liés aux soins pris en compte n'est pas définie de façon suffisamment claire au niveau du droit d'exécution (ordonnances) : de la sorte, les cantons disposent d'une importante marge de manœuvre à l'égard de la reconnaissance de ces coûts.

Requête n° 4 :

La loi oblige les cantons, au même titre que les fournisseurs de prestations et les assureurs, à conclure des conventions ou des conventions tarifaires valables à l'échelle nationale concernant des mesures de pilotage des coûts et des prestations.

D'un autre côté, CURAVIVA Suisse craint que la deuxième phrase de l'art. 47c al. 6 révLAMal induise des coûts excessifs pour les fournisseurs de prestations : selon cette disposition, les fournisseurs de prestations doivent communiquer gratuitement au Conseil fédéral, sur demande, les données nécessaires à la définition des mesures. L'association de branche nationale juge cette formulation trop vague. CURAVIVA Suisse préférerait des règles plus claires quant à la collecte de données en vue du pilotage des coûts. CURAVIVA Suisse propose dans ce sens que le Conseil fédéral n'ait pas la possibilité, comme cela est prévu à l'art. 47c al. 5 révLAMal, de définir ou de restreindre par voie d'ordonnance les domaines dans lesquels des mesures de pilotage des coûts doivent être convenues, mais qu'il y soit contraint. L'art. 47c al. 5 révLAMal ne devrait donc pas être de nature facultative, mais revêtir un caractère obligatoire.

Requête n° 5 :

La deuxième phrase de l'art. 47c al. 6 révLAMal est précisée afin de définir de façon détaillée le type et la qualité des données concernées et de rendre prévisible l'ampleur des collectes de données nécessaires en vue du pilotage des coûts.

Par ailleurs encore, à en croire le rapport explicatif, il est prévu que le Conseil fédéral définisse dans le droit d'exécution les domaines de fourniture de prestations pour lesquels il est nécessaire de convenir de mesures de pilotage des coûts. Néanmoins, cette remarque n'est pas suffisamment contraignante ; il serait plus approprié que le Conseil fédéral soit obligé de définir en toute

transparence et par voie d'ordonnance les domaines de fourniture de prestations pour lesquels il est nécessaire de convenir de mesures de pilotage des coûts.

Requête n° 6 :

La loi oblige le Conseil fédéral à définir par voie d'ordonnance les domaines de fourniture de prestations pour lesquels il est nécessaire de convenir de mesures visant à piloter les coûts.

2.4. Remettre une copie de la facture à l'assuré

CURAVIVA Suisse admet volontiers que des factures aisément compréhensibles permettent aux assurés de mieux les vérifier. Le moyen le plus efficace pour eux de pouvoir procéder à pareille vérification dans le cadre du système du tiers payant est la notification simultanée de la facture et du décompte des soins par l'assureur-maladie, comme le permet déjà la loi actuelle. La précision proposée à l'article 42 alinéa 3 révLAMal n'entraînerait dès lors qu'un surcroît de coûts administratifs, sans plus-value reconnaissable. Dans le cadre du système du tiers garant, l'obligation actuellement faite aux fournisseurs de prestations suffit.

Requête n° 7:

Il est renoncé à la modification de l'article 42 alinéa 3 3^{ème} phrase de la révLAMal.

2.5. Droit de recours pour les assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant l'admission des hôpitaux, des maisons de naissance et des EMS

CURAVIVA Suisse s'oppose catégoriquement à l'octroi aux fédérations d'assureurs d'un droit de recours concernant l'admission des EMS. Aux yeux de CURAVIVA Suisse, cette mesure n'est pas appropriée, car les cantons entreprennent d'ores et déjà soigneusement ces admissions, cela dans leur propre intérêt. En outre, ils doivent coordonner leur planification (art. 39 al. 2 LAMal) et le Conseil fédéral édicte des critères de planification uniformes après avoir consulté les cantons, les fournisseurs de prestations et les assureurs (art. 39 al. 2^{ter} LAMal). En outre, pareille mesure constituerait une atteinte marquée à la souveraineté cantonale.

Dans le domaine des soins de longue durée font actuellement leur apparition des modèles de soins innovants et intégrés. L'apport de soins y comprend des prestations ambulantes, stationnaires et intermédiaires. Un droit de recours contre l'admission d'EMS serait susceptible de remettre en question sur toute la ligne le développement de tels espaces de soins. Il se révélerait ainsi comme un frein à l'innovation.

Relevons en revanche à cet endroit que, dans certains cantons, semble se répandre l'habitude de facturer à titre de prestations LAMal les soins apportés par des structures en faveur de personne avec handicaps. Il devrait être vérifié comment de telles pratiques peuvent être empêchées, car celles-ci ne correspondent pas aux intentions présidant à la loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI).

Requête n° 8 :

L'aménagement d'un droit de recours pour les assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant l'admission des hôpitaux, des maisons de naissance et des EMS doit être rejeté.

2.6. Amélioration de la prise en charge des soins palliatifs

CURAVIVA Suisse requiert le soutien des soins palliatifs à titre de mesure supplémentaire pour contribuer à freiner la hausse des coûts.

La mort est un destin courant dans les EMS, où décèdent chaque année près de 30 pourcent des résidents, en règle générale âgés et affrontant simultanément plusieurs maladies. A cet égard, une stricte distinction entre soins palliatifs « généraux » (en EMS) et « spécialisés » (dans les hôpitaux et les hospices) s'avère en pratique de moins en moins pertinente.

Plusieurs études internationales montrent que des soins palliatifs professionnels permettent, dans l'ensemble, de réduire les coûts dans les systèmes de santé publics. Grâce aux soins palliatif en EMS, la durée des séjours en hôpital est moins longue, et les urgences et séjours en soins intensifs ou en soins palliatifs spécialisés moins nombreux. Une offre adéquate de soins palliatifs permet aussi d'éviter des hospitalisations ainsi que des traitements coûteux, lourds et ne permettant pas toujours de prolonger la vie.

Cela nécessite un financement adéquat des prestations de soins, qui tienne compte du fait que les soins palliatifs nécessitent plus de temps, en ambulatoire comme en stationnaire. Par conséquent, il faut que les prestations de soins telles que visées dans la LAMal tiennent mieux compte des situations particulières et, pour ce faire, que les soins palliatifs soient mieux pris en compte dans le cadre du droit d'application (ordonnances). Par ailleurs, il importe d'accroître le nombre de degrés de soins dans les EMS en le faisant passer de douze à 18, de sorte à mieux prendre en compte l'intensité élevée des soins palliatifs.

CURAVIVA Suisse renvoie à ce sujet à ses requêtes correspondantes dans le cadre de la consultation relative à la révision de l'OPAS portant sur la neutralité des coûts et l'évaluation des besoins en soins (cf. réponse de CURAVIVA Suisse du 22 octobre 2018 à la consultation sur la révision correspondante de l'OPAS, p. 3). Ses requêtes sont ainsi les suivantes :

Requête n° 9 :

L'art. 7 al. 2 OPAS est à compléter de façon à recenser et à financer de manière adéquate les prestations dans le domaine des soins palliatifs.

Requête n° 10 :

Les contributions de l'AOS aux prestations fournies dans les EMS sont échelonnées par tranches de 20 minutes, y compris quand les soins nécessaires excèdent 220 minutes par jour, par le passage du nombre de degrés de douze à 18 à l'art. 7a al. 3 OPAS.

2.7. Renforcement des soins coordonnés (M10)

Afin de contribuer plus encore à freiner efficacement la hausse des coûts dans le domaine de l'AOS, CURAVIVA Suisse appelle de ses vœux le renforcement des soins coordonnés, qui permettent, notamment par la promotion de réseaux, de réaliser des économies dans le système de santé. Ces soins coordonnés visent à améliorer la qualité et la rentabilité des traitements des patientes et patients à de nombreuses étapes de la chaîne de prise en charge.

La promotion de réseaux renforce les soins coordonnés. Le focus est porté sur des mesures visant des groupes de patients qui requièrent des prestations de santé nombreuses et coûteuses ou qui, par exemple en raison d'un handicap psychique influant sur leur existence quotidienne, sont contraints de changer fréquemment de lieu de vie et de prestataires de soins. CURAVIVA Suisse a mis au point pour les personnes âgées de plus de 80 ans le [Modèle d'habitat et de soins 2030](#).

Avec ce modèle, CURAVIVA Suisse propose une transition vers un concept de prise en charge intégré regroupant les soins stationnaires et ambulatoires : par l'attribution de la forme de soins adéquate serait mis un terme aux incitations erronées induites par les formes actuelles de financement. En 2018, CURAVIVA Suisse a chargé le bureau Polynomics AG d'examiner les répercussions financières de son modèle d'habitat et de soins 2030 par rapport à l'actuelle structure de prise en charge. Or les résultats de cette étude confirment que ce modèle offre un potentiel considérable d'économies. Si les fausses incitations des actuelles formes de financement étaient supprimées et les soins davantage fournis dans le cadre de logements protégés, les coûts pourraient baisser de 8 % par l'application de ce modèle des soins.

Requête n° 11 :

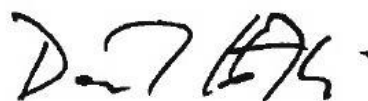
CURAVIVA Suisse requiert l'intégration de la proposition M10, qui vise le renforcement des soins coordonnés, dans le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'AOS.

L'association de branche nationale CURAVIVA Suisse vous remercie de l'attention que vous aurez bien voulu porter à la présente prise de position.

Veuillez agréer, Monsieur le président de la Confédération,
Mesdames, Messieurs, l'expression de notre considération distinguée.



Laurent Wehrli
Président de CURAVIVA Suisse



Daniel Höchli
Directeur de CURAVIVA Suisse

Pour toute question concernant la présente réponse à la consultation, veuillez contacter :
Yann Golay Trechsel
Responsable des affaires publiques de CURAVIVA Suisse
Adresse e-mail : y.golay@curaviva.ch
Tél. : 031 385 33 36

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dachverband Komplementärmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : Dakomed

Adresse : Amthausgasse 18, 3011 Bern

Kontaktperson : Isabelle Zimmermann

Telefon : 031 560 00 24

E-Mail : isabelle.zimmermann@dakomed.ch

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dakomed	Der Dakomed begrüsst den Massnahmenplan im Grundsatz. Er sieht aber die Auswahl der Massnahmen als eher kritisch und arbiträr an. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten als zentrale und effektive Massnahme fehlen im Vorentwurf. Weiter bemängeln wir, dass ein wichtiges Qualitätsthema, die Medikationssicherheit, nicht angesprochen wird. Unerwünschte Arzneimittel-Ereignisse UAE sind in der Schweiz recht häufig (siehe z.B. «Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz?», Liat Fishman, Lea Brühwiler, David Schwappach, Stiftung Patientensicherheit, 2018). Dank digitalen Instrumenten gibt es Möglichkeiten, die Fehlerquote zu senken und Spitaleinweisungen zu verhindern. Digitale Algorithmen bieten auch Möglichkeiten, u.a. den Antibiotika-Einsatz zu reduzieren und Alternativen im Bereich der Komplementär- und Phytoarzneimittel anzuwenden. Der Dakomed schlägt vor, das Thema des elektronischen Medikationsprozess inkl. Algorithmen für Substitutionsmöglichkeiten wie auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten als prioritäre Massnahmen vorzusehen. Der Dakomed äussert sich nachfolgend zu Artikeln, von denen er betroffen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Dakomed	43	5	Erster Satz	Pauschalen können in gewissen, zeitlich und inhaltlich klar definierten Fällen, zweckmässig und sinnvoll sein. Der Dakomed lehnt die Einführung ambulanter Pauschalen jedoch ab. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass diese das Gegenteil einer Kostensenkung bewirken und zu Fehlanreizen führen können. In der komplementärmedizinischen Grundversorgung sind Patientenpauschalen weder geeignet noch sachgerecht, weil die Behandlungen massgeschneidert und individuell abgestimmt (auch vom zeitlichen Aufwand) auf den jeweiligen Patienten erfolgen. Patientenpauschalen könnten sich negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken.	
Dakomed	52a			Der Dakomed lehnt die Einführung eines Billigst-Prinzips gemäss Art. 52a und eines Referenzpreissystems gemäss Art. 52b ab. Wird nur noch das günstigste Arzneimittel oder der günstigste Wirkstoff vergütet, so sinkt die Arzneimittelvielfalt und die aktuellen Versorgungsengpässe nehmen weiter zu. Eventualiter: Falls der Bundesrat beschliesst, dem Parlament eine Botschaft/Gesetzesvorschlag für ein Referenzsystem zu überweisen, so soll er aus Gründen der Gleichbehandlung alle Arzneimittel (inkl. SL 70.01) subsummieren. Dabei ist die Lösung wie in Art. 52a beschreiben als Zuzahlungsmöglichkeit auszugestalten, wobei ein möglichst einfaches System zu wählen ist. Die deutsche Lösung erachten wir als untauglich.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Ausserdem weisen wir darauf hin, dass für die Patientensicherheit nicht nur der Wirkstoff, sondern die Galenik eines Arzneimittels für die Verträglichkeit und Wirksamkeit wesentlich ist.	
Dakomed	52b			Ablehnung, Begründung siehe oben.	
Dakomed	59b			Der Dakomed begrüsst die Schaffung eines Experimentierartikels mit Vorbehalten. Gleichzeitig sollen Pilotprojekte nicht einseitig aufgrund von Kostenkriterien beurteilt werden. Ebenso wichtig sind Versorgungskriterien. Ziel des KVG ist es nicht KURZFRISTIG Geld zu sparen, sondern für eine ausgewogene, NACHHALTIGE UND allen zugängliche Versorgung zu sorgen (THERAPIEWAHLFREIHEIT). Nachfolgend schlagen wir folgende Projekte für einen Experimentierartikel vor: - Integriertes Versorgungsmodell mit Einbezug Komplementärmedizin (Ärztinnen und Ärzte mit Fähigkeitsausweis in einer der vier in der OKP vergüteten Methoden, NaturheilpraktikerInnen mit eidg. Diplom, KomplementärtherapeutInnen mit eidg. Diplom, ApothekerInnen mit Fähigkeitsausweis, DrogistInnen HF). - Grundversorgerpraxen, die präventiv und kurativ gezielt Massnahmen ergreifen, um den Antibiotika-Einsatz nachhaltig zu reduzieren (z.B. unter Anwendung von Komplementärmedizin).	
Dakomed	59	4		Der Dakomed lehnt ein Obligatorium zur Teilnahme ab. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme von Gesundheitsfachpersonen, die ausserhalb des KVG tätig sind, ist in der freien Marktwirtschaft undenkbar.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dakomed		Der gesamte Medikationsprozess soll nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen (eMedikationsplan, eRezept, eAbgabe, eMedikationComment, eCurrentMedikation, Substitutionsmöglichkeiten). Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Es ist unabdingbar, die nationalen Verbände der Organisationen der Gesundheitsberufe an dieser Umsetzung zu beteiligen. Zeitgemässe elektronische Entscheidungshilfen für den Medikationsprozess sollen gefördert werden mit dem Ziel, dass sie in Praxis- und Klinikinformationssysteme zweckmässig integriert sind.	



DIE MEDIZINISCHEN LABORATORIEN DER SCHWEIZ
LES LABORATOIRES MÉDICAUX DE SUISSE
I LABORATORI MEDICI DELLA SVIZZERA
THE MEDICAL LABORATORIES OF SWITZERLAND

FOEDERATIO
ANALYTICORUM
MEDICINALIUM
HELVETICORUM

Generalsekretariat
Secrétariat général
Segreteria generale

Altenbergstr. 29
Postfach 686
CH-3000 Bern 8

031 313 88 30
info@famh.ch
www.famh.ch

FAMH | Altenbergstrasse 29 | Postfach 686 | 3000 Bern 8

Schweizerische Eidgenossenschaft
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
3003 Bern

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 13.12.2018

Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September haben Sie uns eingeladen, zum Vorentwurf und zum Bericht betreffend das Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen sie gerne wahr. Die FAMH ist der Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz, der 87 öffentliche und private Laboratorien umfasst. Die FAMH verzichtet auf eine Empfehlung zum Gesamtpaket und äussert sich nur zu jenen Punkten, welche die Verbandsmitglieder direkt betreffen.

1. Experimentierartikel (M02)

Die FAMH begrüsst grundsätzlich die Möglichkeit, neue Lösungen und Massnahmen zunächst im Rahmen von Pilotprojekten zu testen. Allerdings sind diese bereits gemäss dem aktuellen Wortlaut des Krankenversicherungsgesetzes möglich. Um eine umfassende und klar formulierte Rechtsgrundlage schaffen zu können, erklären wir uns aber mit der vorgeschlagenen Regelung einverstanden.

Dies allerdings mit vier wichtigen Anmerkungen respektive Einschränkungen:

1. **Das Territorialitätsprinzip muss auch im Rahmen der Pilotprojekte respektiert werden.** Es stellt im Bereich der Labormedizin sicher, dass die schweizerischen Zulassungsbedingungen gewährleistet und die Qualitätssicherungsvorschriften durchgesetzt werden können. Eine Aufweichung des Territorialitätsprinzips hätte mittelfristig den Verlust von Arbeitsplätzen und Know-how in der Schweiz zur Folge und würde den Bildungs- und Forschungsstandort Schweiz gefährden. Ausserdem würde die Garantie der Privatsphäre des Individuums aufgehoben.
2. Jedes Pilotprojekt muss messbare Ziele und eine Projektdauer enthalten, damit eine klare Faktenlage für politische Entscheide nach Abschluss des Pilotprojekts geschaffen wird.
3. Pilotprojekte müssen repräsentativ sein und deshalb in mehreren Kantonen und allen Landesteilen stattfinden
4. Die Anwendung des Experimentierartikels sollte auch echte Innovationen ermöglichen und nicht ausschliesslich auf kurzfristige Kostensenkungen fokussiert sein.

2. Rechnungskontrolle: Rechnungskopie für die Versicherten

Die FAMH unterstützt grundsätzlich Massnahmen zur Erhöhung der Transparenz in Bezug auf erbrachte Leistungen und die Förderung der Mitverantwortung und des Kostenbewusstseins von Patientinnen und Patienten. Allerdings müssen Aufwand und Ertrag in einem akzeptablen Verhältnis stehen. Im Falle der vom Bundesrat vorgeschlagenen Pflicht der Leistungserbringer, den Versicherten eine Kopie der Rechnung zuzustellen, überwiegen die Nachteile: Erstens führt dies zu einem unnötigen Zusatzaufwand für die Leistungserbringer. Damit widerspricht die Änderung dem Grundanliegen des Massnahmenpakets 1, der Eindämmung der Kosten in der OKP. Zweitens könnte das Ziel auf effizientere Art und Weise erreicht werden, indem die Krankenversicherer ihren Versicherten zusammen mit den Leistungsabrechnungen die Rechnungskopien der Leistungserbringer zustellen. Drittens müsste eine neue Regelung mit Anreizen begleitet werden, welche die Mitverantwortung von Patientinnen und Patienten für die von ihnen verursachten Kosten fördern.

3. Nationale Tariforganisation (M34) und Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15)

Die FAMH steht der Schaffung einer nationalen Tariforganisation grundsätzlich zurückhaltend gegenüber, da diese ein erheblicher Eingriff in die Tarifautonomie darstellen würde. Allerdings anerkennt die FAMH die Notwendigkeit, den Blockaden in Tarifverhandlungen im Bereich der Einzelleistungstarife während der vergangenen Jahre durch geeignete Massnahmen und Instrumente zu begegnen. **Die FAMH fordert, dass sich die Kompetenzen der zu schaffenden Tariforganisation auf Einzelleistungstarife beschränken.**

Denn die FAMH lehnt die vom Bundesrat vorgeschlagene Ausweitung des Geltungsbereichs von Art. 43 Abs. 5 KVG ab. Damit Pauschaltarife in der Praxis funktionieren und zu effizienteren Behandlungen führen, müssen sie situationsbezogen zwischen Leistungserbringern und Versicherern «bottom up» entwickelt werden. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Pflicht zu gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen für Pauschalen ist eine zentralistische Lösung, welche im Ergebnis die Eingriffs Kompetenzen des Bundesrates erheblich erweitern und die Tarifautonomie schwächen würde.

Sollte der Bundesrat bezüglich Pauschaltarifen im ambulanten Bereich dennoch am Erfordernis gesamtschweizerisch einheitlicher Tarifstrukturen sowie an der entsprechenden Zuständigkeit der Tariforganisation festhalten, wäre sicherzustellen, dass die Interessenverbände der Laboratorien, insbesondere die FAMH, an der Organisation angemessen beteiligt sind. Denn die Festlegung von Pauschaltarifstrukturen durch die Organisation hätte unmittelbare Auswirkungen auf Analysen, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen durchgeführt werden.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Ausführungen.

Mit freundlichen Grüssen

Für den Verband der medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH)



Thomas Zurkinden
Generalsekretär



Dufourstrasse 30
CH—3005 Bern

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, den 14. Dezember 2018

Vernehmlassungsverfahren

Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994

über die Krankenversicherung; Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, Bundespräsident Alain Berset, die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der FMCH fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die FMCH anerkennt, dass die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an ihre Grenzen stösst. Sie hat dies der SGK-S mit Schreiben vom 7. November 2017 bereits mitgeteilt. Die Gesundheitskosten explodieren zwar nicht, wie das immer wieder boulevardmässig behauptet wird, aber sie steigen seit Jahren kontinuierlich an. Da gleichzeitig ein Stillstand bei den mittleren und unteren Einkommen besteht, nimmt die Diskrepanz zwischen Kosten und Finanzierbarkeit zu, und dies trotz massiver Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone.

Die FMCH anerkennt weiter, dass sich unter den 38 Massnahmen, die eine vom EDI eingesetzte Expertengruppe vorgeschlagen hat, durchaus solche befinden, die zu begrüßen sind und die sie sogar selbst aktiv vorantreibt, wie z.B. den ambulanten Pauschaltarif. Die FMCH hat dies dem BAG mit Schreiben vom 12. Januar 2018 mitgeteilt. In einem Spitzengespräch mit den BAG-Verantwortlichen am 1. Juni 2018

haben FMCH-Vertreter ihre Bereitschaft erklärt, an der Entwicklung weiterer, zielführender Massnahmen mitzuwirken. Damit folgte die FMCH dem Appell des Bundespräsidenten, der anlässlich der Nationalen Konferenz Gesundheit2020 vom 29. Januar 2018 zu einer aktiven Mitgestaltung der Akteure an den kostendämpfenden Massnahmen aufgerufen hatte.

Im vorliegenden, in Vernehmlassung gegebenen Massnahmenpaket sind einige begrüssenswerte Massnahmen des Expertenberichts aufgenommen worden, wie zum Beispiel der ambulante Pauschaltarif. Leider wurden auch Elemente integriert, die klar abzulehnen sind. Insgesamt bedauert die FMCH, dass massgebende Akteure bei der Erarbeitung des Massnahmenpaketes nicht stärker eingebunden wurden, wie dies aufgrund des bundespräsidialen Appells vom 29. Januar 2018 zu erwarten gewesen wäre. Dies hätte die Erfolgsaussichten der Vorlage deutlich verbessert.

Die FMCH sieht sich ausserstande, zur Vorlage in ihrer Gesamtheit Stellung zu beziehen, das heisst weder in einer generell befürwortenden, noch in einer generell ablehnenden Form. Sie wird deshalb im nachfolgenden Teil zu den einzelnen Massnahmen gesondert Stellung beziehen. Sie bittet das BAG, dies bei der Auswertung der Stellungnahmen so berücksichtigen zu wollen. Die FMCH würde eine subsummierende Auswertung als Verfälschung ihrer Stellungnahme betrachten und zurückweisen müssen.

Weiter bedauert die FMCH, dass die Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) bezüglich Referenzpreissystem der Generika erst für Ende 2018 in Aussicht gestellt wird. Diese sollte heute schon als integraler Bestandteil der Vernehmlassungsdokumente vorliegen. Eine RFA sollte auch zu den anderen vorgeschlagenen Massnahmen durchgeführt werden. Es sei hier daran erinnert, dass das Instrument der RFA zur Untersuchung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Vorlagen des Bundes dient. Zu einem Massnahmenpaket, das sich die Dämpfung der Gesundheitskosten zum Ziel setzt, sollte eine sorgfältige RFA eine Selbstverständlichkeit sein. Es ist enttäuschend, dass dies nicht geschehen ist, umso mehr als RFA's bei Botschaften, in Vernehmlassungsunterlagen sowie bei Verordnungen des Bundesrates *obligatorisch* sind¹.

¹ Vgl. Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF. Regulierungsfolgenabschätzung, Handbuch; März 2013.

2. Spezieller Teil. Stellungnahme der FMCH zu den einzelnen Massnahmen

2.1. Experimentierartikel

Mit Artikel 59b KVG soll ein Experimentierartikel eingeführt werden, welcher innovative und kostendämpfende Pilotprojekte ausserhalb des „normalen“ Rahmens des KVG ermöglicht. Dieser Vorschlag entspricht Massnahme M02 des Expertenberichts und leistet zwei parlamentarischen Motionen Folge (17.3716 „Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz“ und 17.3827 „Pilotversuche im KVG“). Der Vorschlag wird damit begründet, dass sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer den Handlungsspielraum für Innovationen bei Tarifen, bei Budgetvereinbarungen oder bei alternativen Versicherungsmodellen zu wenig genutzt hätten, obwohl das KVG diesen Spielraum explizit ermöglichen würde (Art. 41, 43, 54, 55 und 62 KVG). Sinn und Zweck der Pilotprojekte sei festzustellen, ob ein Modell eine kostendämpfende Wirkung habe und folglich gesetzlich verankert werden soll. Pilotprojekte sollen von Kantonen, Krankenversicherern, Leistungserbringern oder Patientenorganisationen eingereicht werden können. Betroffene Akteure sollen zur Teilnahme an solche Pilotprojekte verpflichtet werden können.

2.1.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH begrüsst die dem Experimentierartikel zugrunde gelegte Absicht, die Experimentierfreudigkeit der Akteure des Gesundheitswesens zu fördern. Tatsächlich bietet das KVG weitaus mehr Gestaltungsmöglichkeiten, als dies gemeinhin wahrgenommen wird. Allerdings bezweifelt die FMCH, dass der vorgelegte Gesetzesartikel einen Innovationsschub auslösen wird. Dazu fehlt ihm schlechterdings die rechtliche Grundlage. Ausserdem wirkt er eher abschreckend als motivierend.

Gemäss Art. 59b Abs. 3 soll das EDI Abweichungen vom Gesetz sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmer des Pilotprojektes in einer Verordnung regeln. Die FMCH bezweifelt, dass Abweichungen vom Gesetz mit Erlassen geregelt werden können. Dies würde die in der Schweiz geltende Normenhierarchie auf den Kopf stellen und die Behörde mit Kompetenzen ausstatten, die ihr nicht zustehen und ihr auch ausnahmsweise nicht erteilt werden können. Weiter ist es nicht denkbar, dass OKP-Versicherten, die von Pilotprojekten betroffenen sind, gesetzlich verbürgte Rechte vorenthalten werden können. Dies würde den Geltungsbereich des KVG auf verfassungswidrige Art einschränken und zu einer erheblichen, nicht tolerierbaren Rechtsunsicherheit führen.

Gemäss Art. 59b Abs. 3 sollen betroffene Akteure zur Teilnahme an Pilotprojekten verpflichtet werden können. Auch hier bezweifelt die FMCH, ob eine solche Verpflichtung aus rechtlicher Sicht überhaupt möglich ist. Ausserdem steht diese Bestimmung im Widerspruch zur Feststellung, dass die Handlungsspielräume des

KVG zu wenig genutzt würden. Die Nutzung dieser Freiräume setzt Freiwilligkeit, Motivation, Kreativität, Gestaltungswillen, Unternehmergeist, Verantwortungsbewusstsein und, *last but not least*, Sinn für das Gemeinwohl voraus. Zusätzliche Regulierungen und Verpflichtungen wirken jedoch nicht motivierend, im Gegenteil. Pilotprojekte, die zuerst den Hürdenlauf eines behördlichen Genehmigungsverfahrens bestehen müssen und später Akteure, die sich womöglich nicht für das Projekt interessieren, zur Teilnahme verpflichten, sind kaum geeignet, einen Innovationsschub bei kostendämpfenden Massnahmen auszulösen. Die Behörden des Bundes und der Kantone würden viel mehr erreichen, wenn sie die Akteure nur schon zur Nutzung der **bestehenden**, gesetzlich gebilligten Handlungsspielräume ermutigen und, soweit zulässig, unterstützen würden. Wenn beispielsweise FMCH und santésuisse bei der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs, der durchaus den Charakter eines Pilotprojektes aufweist, Unterstützung von den Behörden erfahren würden, würde dies dem Projekt eine zusätzliche Dynamik verleihen.

2.2. Rechnungskontrolle

Die bereits in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) enthaltene Bestimmung, wonach der Leistungserbringer verpflichtet ist, der versicherten Person im System des Tiers payant die Kopie der Rechnung zukommen zu lassen, wird neu auf Gesetzesstufe verankert (Art. 42 Abs. 3 Satz 3 KVG). Verstösse gegen diese Bestimmung sollen neu sanktioniert werden können (Art. 59 Abs. 1 erster Satz sowie Art. 59 Abs. 3 Bst. G). Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen sollen auf Verordnungsstufe konkretisiert werden.

2.2.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH kann diese Massnahme nur unterstützen. Neben den Versicherern spielt die versicherte Person eine wichtige, vermutlich stark unterschätzte Rolle bei der Rechnungsprüfung. Wie die FMCH im Qualitätsprojekt „FMCH Public Database“ selbst feststellen konnte, ist der Patient das beste Prüforgane für Qualitätsdaten, weil er deren Richtigkeit am besten kontrollieren kann². Diese Erkenntnis lässt sich zweifellos auf die Kontrolle der Rechnung übertragen. Der Patient ist am besten in der Lage, erbrachte Leistungen und dafür verrechnete Positionen zu vergleichen und allfällige Unstimmigkeiten zu beanstanden. Gewiss besteht noch ein grosser Handlungsbedarf bei der Lesbarkeit der Rechnungen. Immerhin kann eine baldige Verbesserung dieser Situation im ambulanten Bereich durch die Schaffung eines ambulanten Pauschaltarifs in Aussicht gestellt werden. Durch die Pauschalierung der häufigsten Eingriffe wird eine massive Vereinfachung des Tarifsystems und damit eine entsprechend verbesserte Lesbarkeit der Rechnungen erreicht werden. Die FMCH erklärt sich gerne

² Vgl. <https://www.publicdatabase.ch/>

bereit, ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen und bei der Erarbeitung einer Verordnung über die Verständlichkeit der Rechnungen konstruktiv mitzuwirken.

2.3. Tariforganisation im ambulanten Bereich

Gemäss Art. 47a soll nach dem Vorbild der SwissDRG AG auch im ambulanten Bereich eine Tariforganisation eingesetzt werden, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen zuständig ist. Neben den Einzelleistungstarifen sollen neu auch ambulante Pauschaltarife auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz).

2.3.1. Kommentar der FMCH

Der Erfolg der SwissDRG AG kann mit der alleinigen Einsetzung einer analogen Tariforganisation für den ambulanten Bereich nicht automatisch wiederholt werden. Ohne deren Leistung schmälern zu wollen, muss doch daran erinnert werden, dass die SwissDRG AG die stationäre Tarifstruktur auf der Basis eines bereits existierenden Tarifwerks – GermanDRG – aufbauen und weiterentwickeln konnte. Dabei übernahm die SwissDRG AG das in Deutschland erprobte Konzept eines regelbasierten, datengetriebenen und lernenden Tarifsystems. Diese Faktoren, die der SwissDRG AG zum Erfolg verholfen haben, lassen sich bei ambulanten Tarifstrukturen, die von der Tariforganisation revidiert oder neu erarbeitet werden sollen, nicht ohne weiteres reproduzieren. Die Erfolgsfaktoren sind viel mehr von der Wahl eines geeigneten Tarifsystems als vom alleinigen Vorhandensein einer Institution abhängig. Die Tariforganisation sollte sich an die Besonderheiten des Tarifsystems richten und nicht umgekehrt.

Ein weiterer Erfolgsfaktor der SwissDRG AG ist die gesetzlich ermöglichte Finanzierung der Tariforganisation mittels Fallbeiträgen (Art. 49 Abs. 2 KVG, Art. 59e KVV). Auf diese Weise ist es den Tarifpartnern nicht möglich, durch Zurückhaltung von fälligen Mitgliederbeiträgen die Existenz der Tariforganisation zu bedrohen und damit tarifarische Interessen durchzusetzen, wie dies in TARMED Suisse wiederholt geschah und zu den bekannten Blockaden führte. Leider fehlt eine entsprechende Bestimmung zur Finanzierung der ambulanten Tariforganisation im vorliegenden Gesetzesentwurf. Ohne geregelte Finanzierung würde die Tariforganisation aber gleich zu Beginn ihrer Existenz mit einem schwerwiegenden Geburtsfehler zu kämpfen haben.

Das Fehlen einer Einstimmigkeitsregel kann ebenfalls als Erfolgsfaktor der SwissDRG AG bezeichnet werden. Damit verfügen die Tarifpartner nicht über eine Veto-Macht, wie sie diese in TARMED Suisse noch hatten und deren Anwendung ebenfalls zu

Blockaden führte. Wie sich die Entscheidungsprozesse in einer paritätisch zusammengesetzten Tariforganisation gestalten würden, kann nur schwer vorausgesagt werden. Mit der Möglichkeit von andauernden Patt-Situationen zwischen den Vertretern der Leistungserbringer und denjenigen der Versicherer muss aber gerechnet werden. Wie in dieser Situation vorgegangen werden soll, geht aus dem Gesetzesentwurf nicht hervor. Sollte in solchen Fällen dem Bundesrat die Rolle des Schiedsrichters zufallen, würde faktisch wieder der gleiche Zustand wie heute vorliegen. Damit würde sich die Gründung einer ambulanten Tariforganisation als vergeblich erwiesen haben.

Schliesslich muss erwähnt werden, dass das Bundesamt für Statistik (BFS) einen erheblichen Anteil am Gelingen des Tarifsystems SwissDRG trägt. Dank der kompetenten und unbürokratischen Bewältigung des Antragsverfahrens zur umfangreichen Erweiterung des CHOP-Klassifikation in den Jahren 2008 und 2009 konnte das BFS die Anwendung der neuen Tarifstruktur überhaupt ermöglichen. Die Zusammenarbeit zwischen der SwissDRG AG und dem BFS erwies sich als grosse Herausforderung, da sie weder im Gesetz geregelt war noch von der übergeordneten Instanz koordiniert wurde. Sie gelang trotzdem dank viel guten Willens auf beiden Seiten. Bis zum heutigen Tag sind aber Datenflüsse und Ressourcenfragen nicht zufriedenstellend geregelt, was regelmässig zu Reibungsverlusten führt und die Weiterentwicklung des DRG-Systems dereinst gefährden könnte. Bei der Schaffung einer ambulanten Tariforganisation sollte diesen Erfahrungen gebührend Rechnung getragen werden. Leider wird in der Vorlage mit keinem Wort erwähnt, ob und in welcher Weise das BFS an den Aufgaben einer ambulanten Tariforganisation mitwirken soll. Es ist unverständlich, warum die unter Art. 47b erwähnten Datenflüsse ohne Bezug zu den heute schon bestehenden Artikeln 23 und 59a KVG bzw. Art. 30ff KVV stehen. Sollten neue Datenflüsse, parallel zu den schon bestehenden Datenflüssen, geschaffen werden, würde dies dem Prinzip einer koordinierten, effizienten Datennutzung ohne Doppelspurigkeiten zuwiderlaufen.

Aufgrund dieser Analyse kommt die FMCH zum Ergebnis, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf keine hinreichenden Voraussetzungen für das Gelingen einer ambulanten Tariforganisation erkennbar sind. Leider wurden die zahlreichen Lehren aus den positiven und negativen Erfahrungen von TARMED Suisse und der SwissDRG AG nicht genügend berücksichtigt.

Für ein ambulantes Tarifbüro sind verschiedene Modelle denkbar. Darunter existieren solche, die erfolgsversprechend sind. Immerhin wird im Erläuternden Bericht die Möglichkeit skizziert, dass eine Dachorganisation mit Untereinheiten nach Leistungserbringerbereich oder pro Tarifstruktur eine separate Organisation eingesetzt werden könnte. Ein solcher Ansatz könnte zielführend sein. Wie sich dieses Modell mit dem vorgelegten Gesetzestext in Einklang bringen liesse, ist nicht ohne

weiteres ersichtlich. Dazu müsste Art. 47a wesentlich genauer formuliert und die Möglichkeit einer Dachorganisation explizit erwähnt werden.

Die FMCH ist gerne bereit, alternative Modelle für das ambulante Tarifbüro zu diskutieren und gegebenenfalls mitzutragen, sofern das gewünscht sein sollte.

2.4. Tarifstruktur aktuell halten (Datenbekanntgabe)

Gemäss Art. 47b sollen die Leistungserbringer verpflichtet werden, Daten an die ambulante Tariforganisation zu liefern, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen notwendig sind. Ebenso sollen sie, wie auch die Versicherer, diese Daten dem Bundesrat bekanntgeben. Gegen Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer, die gegen diese Pflicht verstossen, sollen Sanktionen ergriffen werden.

2.4.1. Kommentar der FMCH

Wie oben unter 2.3.1. bereits erwähnt, sollten neben den schon bestehenden, gesetzlich festgelegten Datenflüssen keine neuen Datenflüsse geschaffen werden. Das Prinzip einer koordinierten, effizienten Datennutzung ohne Doppelspurigkeiten sollte strikt eingehalten werden. Warum es nicht möglich sein sollte, die benötigten Kosten- und Leistungsdaten auf der Basis der heute schon existierenden Bestimmungen in Art. 23 und 59a KVG bzw. Art. 30 ff. KVV zu erheben, ist nicht nachvollziehbar. Nur weil sich die Bundesstatistiken für den ambulanten Bereich noch im Aufbau befinden, wie es im Erläuternden Bericht heisst, ist das kein Grund, weitere neue Erhebungen „*from the scratch*“ aufzubauen, auch wenn diese ausschliesslich dem Zweck einer behördlichen Aufsicht dienen sollen. Wenn das Only-Once-Prinzip der bundesrätlichen Datenstrategie jemals gelingen soll, so ist heute schon das dazu notwendige Fundament zu legen. Unkoordinierte Mehrfacherhebungen im Nachhinein zusammenzuführen, würde sich als weitaus schwieriger erweisen, als von Beginn an eine durchdachte Datenarchitektur aufzubauen, auch wenn damit eine gewisse zeitliche Verzögerung in Kauf genommen werden müsste.

Die Verbände mit der Überlieferung der Daten zu beauftragen, ist aus rechtlichen Gründen nicht durchführbar. Die Verbände sind in der Regel Vereine nach Art. 60 ff. ZGB. Daraus folgt, dass ihnen die Mittel zur Durchsetzung solcher Aufgabe schlechterdings nicht zur Verfügung stehen. Daran würden auch Sanktionen gegen säumige Verbände nichts ändern. Vereinen stehen nur sehr beschränkte Sanktionsmöglichkeiten gegen ihre eigenen Mitglieder zur Verfügung. Während die Vereine nur mit Mühe imstande wären, die verlangten Vollerhebungen durchzuführen, würde es ihre Möglichkeiten definitiv übersteigen, auch noch für die Richtigkeit der gelieferten Daten zu bürgen. Doch müsste dies gewährleistet sein, wenn mit der neuen

gesetzlichen Regelung eine signifikante Verbesserung der aktuellen Situation erreicht werden soll. Im Ergebnis ist die FMCH der Auffassung, dass die geplanten Datenlieferungen an die ambulante Tariforganisation und an den Bundesrat als behördliche Aufgabe zu definieren und entsprechend einzurichten ist. Sie sollte auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen organisiert werden.

Eine Datenlieferung an die Kantonsregierungen ist nicht vorgesehen. Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, sei diese gar nicht nötig, weil es sich bei den zu liefernden Daten vorwiegend um solche handle, welche für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifen und Preisen benötigt würden, welche in den Zuständigkeitsbereichen des Bundesrates fielen. Sollte diesem Ansinnen Folge geleistet werden, würden die Kantone faktisch sämtliche Kompetenzen im Tarifbereich verlieren. Eine derart schwerwiegende Kompetenzdelegation von den Kantonen an den Bund ist nicht zu rechtfertigen und ohne tiefgreifende KVG-Revision, wenn nicht sogar ohne Verfassungsänderung, nicht durchführbar. Das Tarifrecht des KVG beruht auf dem Grundsatz der Tarifautonomie, ein Grundsatz, dessen Vorrang der Bundesrat wiederholt bekräftigt hat, zuletzt im vorliegenden Erläuternden Bericht selbst³. Tarifautonomie bedeutet aber gleichzeitig Verhandlungsprimat. Wenn es der erklärte Wille der Tarifpartner ist, den vereinbarten Tarif kantonal einzuführen, so liegt die Genehmigungszuständigkeit bei den Kantonsregierungen. Dies gilt für sämtliche KVG-Tarife mit Ausnahme der Einzelleistungstarifstruktur, die gesamtschweizerisch einheitlich sein muss. Dies entspricht auch dem Grundsatz des KVG, wonach die Kantonsregierungen für Genehmigungen zuständig sind. Davon auszugehen, dass bei der Genehmigung von ambulanten Tarifen in der Regel der Bundesrat zuständig sei, wie dies im Erläuternden Bericht behauptet wird, ist demnach verfehlt. Dieser Behauptung ist entschieden zu widersprechen. Selbstverständlich sollen auch Kantonsregierungen auf Kosten- und Leistungsdaten zugreifen können, wenn sie diese im Rahmen von Genehmigungsverfahren benötigen. Wenn schon beklagt wird, dass die Tarifpartner den Handlungsspielraum des KVG, insbesondere in Tariffragen, zu wenig ausschöpfen würden, so sollte dieser Handlungsspielraum nicht auch noch eingeschränkt werden, wie z.B. mit Kompetenzdelegationen an den Bund. Dies würde dem im Experimentierartikel zum Ausdruck gebrachten Willen, die Gestaltungsmöglichkeiten der Tarifpartner zu stärken, zuwiderlaufen. In diesem Punkt erweist sich das Massnahmenpaket als inkohärent.

2.5. Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Gemäss Art. 47c sollen die Leistungserbringer und die Versicherer verpflichtet werden, Massnahmen zur Steuerung der Kosten vertraglich zu vereinbaren, sei es als

³ Vgl. Erläuternden Bericht, Seite 30: „Der Auslegungsscharakter der subsidiären Kompetenz bleibt bestehen; demnach regelt der Bundesrat gerade so viel wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen.“

integraler Bestandteil von Tarifverträgen, sei es als eigenständige Verträge. Zu regeln sind Mengen- und Kostenentwicklungen. Bei ungerechtfertigten Erhöhungen sind Korrekturmassnahmen vorzusehen. Kommen die Leistungserbringer und die Versicherer dieser Pflicht nicht nach, greift der Bundesrat mit entsprechenden Massnahmen ein.

2.5.1. Kommentar der FMCH

Wer über Tarife und Preise verhandelt, ist auch für die Kosten, die damit, direkt oder indirekt, verursacht werden, mitverantwortlich. Wer diese Verantwortung nicht übernehmen kann oder will, kann nicht den Anspruch erheben, als Tarifpartner ernstgenommen zu werden. Leider wurde diesem Prinzip in der Vergangenheit nur teilweise nachgelebt. Beispielsweise wurde nach Fertigstellung der Tarifstruktur SwissDRG die Frage der Preisbildung leichtfertig ihrem Schicksal überlassen. Auf ein Preisbildungskonzept vonseiten der Tarifpartner wartete man vergebens. Eine Intervention der FMCH beim damaligen Vorsteher des EDI, Herrn Bundesrat Didier Burkhalter, blieb folgenlos. Es geschah dann, was die logische Konsequenz dieses Versäumnisses: reihenweise gescheiterte Baserate-Verhandlungen in der ganzen Schweiz. Letztlich mussten die Prinzipien der Preisbildung vor den Gerichten dieses Landes erstritten werden. Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen ist es verständlich, dass eine Wiederholung der gleichen Fehler tunlichst vermieden werden soll. Die Kosten- bzw. Preisproblematik gewissermassen in die Tarifstruktur zu integrieren, wie dies mit Forderungen zur Normierung oder zur doppelten Normierung von Tarifstrukturen geschehen ist, kann bestenfalls als Notbehelf bezeichnet werden, welches vielleicht das Gewissen der Kostenträger zu beruhigen („man tut etwas“), aber letztlich nicht zu überzeugen vermag. Die Vermischung von Tarifstruktur und Preisbildung bzw. Kostensteuerung bleibt letztlich ein systemwidriges Unterfangen.

Die vorgeschlagene Kostensteuerung hat wenigstens den Vorteil, die Preis- und Kostendiskussion zu institutionalisieren. Eine Delegation der Verantwortung an die Gerichte wäre nicht mehr möglich. Die Kostensteuerung ist ein typisches planwirtschaftliches Steuerungsinstrument, das den Vorteil der Einfachheit aufweist, aber oft nur zum Preis einer schwerfälligen, meist intransparenten und damit korruptionsanfälligen Bürokratie zu haben ist. Die im Erläuternden Bericht positiv erwähnten deutschen und holländischen Beispiele erweisen sich bei näherer Betrachtung als Bürokratie-Ungetüme mit eingeschränkter, um nicht zu sagen enttäuschender Wirkung auf die Gesundheitskosten. Eine qualitäts- und nutzenorientierte Ressourcenallokation ist unter diesen Umständen nur schwer zu erreichen.

Die FMCH bevorzugt ein Preisbildungskonzept, das einen Qualitäts- und Nutzenbasierten Wettbewerb ermöglichen würde. Der Aufbau eines solchen Konzeptes ist zugegebenermassen anspruchsvoller als die Einrichtung einer Kostensteuerung vom Typ LeiKoV. Das deutsche Beispiel der Kostensteuerung ist aber derart abschreckend, dass sich eine sorgfältige Prüfung dieser Alternative lohnen würde. Die Schweiz ist

nicht schicksalhaft dazu verurteilt, alle Fehler unseres nördlichen Nachbarn zu wiederholen, insbesondere wenn die Fehler dort längst erkannt worden sind. Die Einrichtung eines qualitäts- und nutzenorientierten Wettbewerbs wäre weitaus zukunftsgerichteter und würde dem Pionierland Schweiz gut anstehen.

2.6. Ambulante Pauschaltarife

Gemäss Art. 43 Abs. 5 erster Satz sollen neben Einzelleistungstarifen neu auch Pauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Aufgrund dieser Bestimmung soll die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates auf Pauschaltarifstrukturen ausgedehnt werden. Der Auslegungscharakter dieser Kompetenz soll aber unverändert bestehen bleiben. Dies würde zu einer Stärkung von Pauschalabgeltungen führen, was einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6) sowie der Strategie „Gesundheit2020“ entsprechen würde. Ausserdem könne so der Druck auf Tarifpartner erhöht werden. Auf eine Verpflichtung zu Pauschaltarifen werde aber verzichtet, insbesondere weil es keine Evidenz gäbe, in welchen Bereichen Pauschalen adäquat seien. Nicht als Inhalt der Vorlage, aber auf Verordnungsebene geplant sei schliesslich, dass die Tarifpartner regelmässig prüfen sollen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen.

2.6.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH begrüsst den Willen des Bundesrates, ambulante Pauschaltarife zu fördern. In einer tarifpartnerschaftlichen Zusammenarbeit mit *santésuisse* befasst sich die FMCH seit mehr als zwei Jahren intensiv mit der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs. Erste Pauschalen für die Augenchirurgie wurden bereits entwickelt. Pauschalen für zahlreiche weitere Fachgebiete stehen in der Pipeline oder kurz vor Abschluss. Dieser Tarif beruht auf einem eigens dafür entwickelten Kostenmodell, welches effiziente ambulante Prozesse abbildet, wie sie heute in der Schweiz bereits existieren oder von vielen öffentlichen und privaten Spitälern für die nahe Zukunft geplant werden. Der ambulante Pauschaltarif wird mit der Verpflichtung zur Teilnahme an qualitätssichernden Massnahmen verknüpft. In diesem Sinn ist der am 7. Februar 2018 zwischen FMCH und *santésuisse* unterzeichnete Rahmenvertrag ein Qualitätsvertrag *avant la lettre*, d.h. ein Qualitätsvertrag, wie er in der Vorlage zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität (15.083) vorgesehen ist, welcher der Nationalrat bereits grossmehrheitlich zugestimmt hat.

Dem Bundesrat ist zuzustimmen, dass Pauschaltarife nicht für alle Bereiche der Medizin adäquat sind. Es kann aber mit vernünftiger Sicherheit vorausgesagt werden, dass sich standardmässig durchgeführte Eingriffe, die bis zu 80 Prozent, ja teilweise sogar 90 Prozent des Leistungsvolumens eines jeweiligen Fachgebiets

abdecken, für eine Pauschalierung hervorragend eignen. Dabei kann auf die in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten gemachten Erfahrungen mit diversen Pauschaltarifen verwiesen werden, ohne auf internationale Evidenz zurückgreifen zu müssen.

In Übereinstimmung mit den Ausführungen des Erläuternden Berichts können folgende Vorzüge eines ambulanten Pauschaltarifs hervorgehoben werden:

- Optimaler Einsatz von Leistungen innerhalb einer Pauschale;
- Förderung einer effizienten Leistungserbringung;
- Reduktion der Komplexität;
- Vereinfachung der administrativen Abwicklung der Rechnungsstellung;

Überdies sind ambulante Pauschalen ein effizientes Mittel gegen Tarifmissbrauch. Im Erläuternden Bericht werden Pauschalen auch als probates Mittel angepriesen, „um die Erbringung möglichst vieler Leistungen zu verhindern“. Diese Eigenschaft, die grundsätzlich allen Pauschaltarifen anhaftet, kann nicht ernsthaft als Vorteil bezeichnet werden, es sei denn, man würde eine rein finanzielle Betrachtungsweise anwenden, was aber aus medizinischen und ethischen Gründen klar abzulehnen ist. In Wahrheit kann ein Pauschaltarif eine potentielle Gefahr darstellen, wenn er zur Verhinderung von medizinisch notwendigen Leistungen führen würde. Dieser Gefahr muss zwingend mit qualitätssichernden Massnahmen begegnet werden. Die von FMCH und santésuisse entwickelten ambulanten Leistungspauschalen sehen gerade dies vor. Wer mit diesem Tarif abrechnen will, muss sich zwingend einem anerkannten Qualitätsprogramm, in der Regel einem Register, anschliessen. Einen ambulanten Pauschaltarif ohne begleitende qualitätssichernde Massnahmen zu vereinbaren, wie das gelegentlich gemacht wird, ist unseriös und kurzsichtig. Dauerhafte, qualitätsschonende Kosteneinsparungen lassen sich so nicht erzielen.

Bereits heute gibt es im ambulanten Bereich die Möglichkeit, Pauschaltarife zu vereinbaren und darüber abzurechnen. Diese Möglichkeit wird seit längerem genutzt, wenn auch nur punktuell in einzelnen Fachgebieten (z.B. Ophthalmologie, ORL), in bestimmten Regionen der Schweiz oder während einer bestimmten Zeit im Unfallversicherungsbereich (IAP). Die Erfahrungen waren durchwegs positiv. Die von FMCH und santésuisse entwickelten Leistungspauschalen stellen das bisher umfangreichste und ehrgeizigste Projekt im Bereich der ambulanten Pauschalen dar. Grundsätzlich sieht die FMCH Leistungspauschalen für alle ihre 21 Fachgesellschaften vor, wenn auch in unterschiedlicher Priorität. Auch sollen Pauschalen in möglichst vielen Kantonen, die entsprechende Angebote aufweisen, eingeführt werden. Dabei erweist sich die vom KVG gebotene Flexibilität als grosse Chance. So können beispielsweise kantonale oder regional unterschiedliche Preise nach Massgabe der jeweiligen Löhne und Mietpreise vereinbart werden. Der Pauschalvertrag kann auf einzelne Gruppen von Leistungserbringern eingeschränkt werden, wenn dies sinnvoll erscheint, zum Beispiel aus Qualitätsgründen. Auf dem

Hintergrund dieser Tatsachen ist es unverständlich, warum der Erläuternde Bericht diese Anstrengungen bei der Entwicklung von ambulanten Bereich verschweigt. Wenn schon beklagt wird, dass die Freiräume des KVG zu wenig genutzt würden, was allgemein betrachtet zutrifft, so sollten doch diejenigen Tarifpartner, die eben dies tun, nicht auch noch unterschlagen, sondern vielmehr als gutes Beispiel angeführt und gefördert werden, zumal es doch gerade die Absicht des Bundesrates ist, ambulante Pauschalen zu fördern. Ebenso unverständlich ist die Absicht des Bundesrates, schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife vorzuschreiben. Damit wird der existierende Handlungsspielraum des KVG empfindlich eingeschränkt und die Hürde für eine Genehmigung deutlich erhöht⁴. Ausserdem wird damit der experimentelle Charakter, der ambulanten Pauschalen durchaus innewohnt, von vorneherein zerstört, was wiederum in offensichtlichem Widerspruch zum Sinn und Geist des Experimentierartikels steht. So würden kostendämpfende Innovationen, die auf regionaler oder kantonaler Ebene durch einzelne Akteure pilotiert werden könnten, verhindert.

Aus technischer Sicht macht eine einheitliche Tarifstruktur wenig Sinn, da im Kalkulationsmodell kantonale unterschiedliche Eckwerte verwendet werden. Für eine Genehmigung durch den Bund müsste das Kalkulationsmodell mit künstlichen Werten versehen werden, was bei der Preisgenehmigung auf Kantonsebene sogleich wieder rückgängig gemacht werden müsste, um reelle Eckwerte zu integrieren – ein kompliziertes und unnötiges Verfahren.

Schliesslich bedauert die FMCH, dass der Bundesrat heute schon mit der Ankündigung der subsidiären Kompetenz eine Drohkulisse aufbaut. Die subsidiäre Kompetenz hatte möglicherweise ihre Berechtigung im Bereich des Einzelleistungstarifs, nachdem sämtliche Revisionsversuche, trotz jahrelanger Bemühungen, gescheitert waren. Warum aber der Bundesrat mit diesem Instrument ausgerechnet bei den ambulanten Pauschalen droht, wo doch die Initiative, diesen Tariftyp zu entwickeln, eindeutig von den Tarifpartnern ausgegangen ist und keine Blockade in Sichtweite ist, ist nur mit einem Misstrauen gegenüber den Tarifpartnern zu erklären. Wie das mit dem bekundeten Willen, die Innovationsfähigkeit der Akteure zu stärken, zusammenpassen soll, ist rational nicht mehr erklärbar. Auch in diesem Punkt tritt einer der vielen inneren Widersprüche des Massnahmenpaketes zu Tage. Bekundete Absichten und geplante Massnahmen sind beim besten Willen nicht in Übereinstimmung zu bringen. Was der Bundesrat wirklich will, bleibt letztlich enigmatisch.

2.7. Referenzpreissystem für Generika

Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis, ein sogenannter Referenzpreis, festgelegt werden. Nur dieser Referenzpreis soll von der OKP vergütet werden. Damit die versicherten Personen nicht übermassig belastet

Siehe die jüngere Geschichte des Einzelleistungstarifs TARMED.

werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer höchstens in Rechnung stellen dürfen.

2.7.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH lehnt das vorgeschlagene Referenzpreissystem ab. Die FMCH ist der Auffassung, dass das Problem der schwachen Marktdurchdringung von Generika in der Schweiz weitaus schwerer wiegt als die im internationalen Vergleich hohen Generikapreise. In der Schweiz liegt die Marktdurchdringung mengenmässig bei 17 Prozent, während sie in Holland bei 71,4 Prozent und in Deutschland bei 81 Prozent liegt. Wenn nun Generika im Sinn einer kostendämpfenden Massnahme gefördert werden sollen, so ist vorrangig deren Marktdurchdringung zu verbessern. Ob dies mit einem Referenzpreissystem zu erreichen ist, muss ernsthaft in Frage gestellt werden. Ein Referenzpreissystem führt in der Regel zu einem Preiskampf mit einem «race to the bottom»: Der Billigste gewinnt das Rennen. Bei der kleinen Marktgrösse der Schweiz ist anzunehmen, dass sich unter diesen Bedingungen Anbieter von Generika aus dem Schweizer Markt zurückziehen werden. Das Ziel einer erhöhten Marktdurchdringung würde dadurch verfehlt werden. Die FMCH ist überzeugt, dass mit der Schaffung von geeigneten Anreizen eine höhere Marktdurchdringung mit Generika und damit, selbst bei gleichbleibenden Preisen, dauerhaftere Einsparungen erzielt werden können als mit einem Referenzpreissystem. Wie geeignete Anreize aussehen können, hat Frau Nationalrätin Humbel (AG, cvp.) in ihrer Motion 16.4049 überzeugend dargelegt. Daraus folgendes Zitat:

«Selbstdispensierende Ärzte haben kaum ein Interesse, Generika abzugeben, weil sie durch die tiefere Marge potenziell weniger verdienen. Das Gleiche gilt für Apotheker, welche zwar ein Medikament substituieren können, dies aber in Rücksprache mit dem Arzt tun müssen und daher der Aufwand für sie grösser ist als der Nutzen. Um den Anreiz richtig zu setzen, braucht es Fixmargen. Mit einer preisunabhängigen Vertriebsmarge könnte auch der Fehlanreiz reduziert werden, dass anstatt eines günstigen Generikums ein wirkstoffähnliches, aber teureres patentgeschütztes Arzneimittel verschrieben und abgegeben wird.»

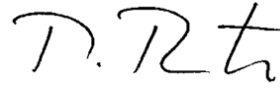
Wie eingangs dieser Stellungnahme bereits erwähnt, bedauert die FMCH, dass die geplante Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) erst Ende 2018 in Aussicht gestellt wird. Sie gehört eigentlich als Beilage zur dieser Vernehmlassung. Die FMCH möchte beliebt machen, dass die oben geschilderte Hypothese, wonach mit geeigneten Anreizen eine höhere Marktdurchdringung und damit weitaus grössere Einsparungen erreicht werden können als mit einem Referenzpreissystem, in der geplanten RFA als Alternative zum Referenzpreissystem vertieft geprüft wird.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen

FOEDERATIO MEDICORUM CHIRURGICORUM HELVETICA



Dr. med. Josef E. Brandenburg
Präsident der FMCH
josef.brandenberg@hin.ch
Tel.: 079 304 71 18



Dr. med. Markus Trutmann
Generalsekretär der FMCH
markus.trutmann@fmch.ch
Tel.: 078 836 09 10

Die FMCH ist der Dachverband von 21 chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen mit rund 10'000 Ärztinnen und Ärzten.
Die FMCH vertritt die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Politik, Behörden, Versicherungen, Verbänden und anderen Organisationen des Gesundheitswesens.
Internet: www.fmch.ch

•

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme vom 13.12.2018

Name / Firma / Organisation : Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : FMH

Adresse : Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

Kontaktperson : Iris Herzog-Zwitter

Telefon : 031 359 11 90

E-Mail : iris.herzog@fmh.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Allgemeine Bemerkungen
FMH	Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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. 42 KVG	Abs. 3	Dritter Satz	Die FMH unterstützt diese gesetzliche Massnahme.	
FMH	Art. 43 KVG	Abs. 5	Erster Satz	Die FMH unterstützt ambulante Pauschalen, vorausgesetzt, dass die Basis jeder Pauschale allerdings ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Tarif ist.	Einzelleistungstarife und Patientenpauschaltarife für ambulante Behandlungen müssen auf einer gesamtschweizerischen vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Basis jedes Pauschaltarifs muss auf einem sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Tarif beruhen.
FMH	Art. 44 KVG	Abs. 1	Zweiter Satz		
FMH	Art. 47a KVG	Abs. 1		Die FMH unterstützt die Schaffung eines nationalen Tariffbüros für den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt. Zu begrüßen ist, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherten eine zwingend paritätisch besetzte Organisation einsetzen.	Die Verbände der Leistungserbringer einerseits und die Gesamtheit der Kostenträger andererseits setzen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist.
FMH	Art. 47a KVG	Abs. 2		Für die gemeinsame Organisation im stationären Bereich (SwissDRG) gibt der Bundesrat auch keine Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation vor. Entsprechend soll diese Kompetenzerweiterung auch nicht im ambulanten Bereich erfolgen. Diese widerspricht der Tarifautonomie.	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 47a KVG	Abs. 3			
FMH	Art. 47a KVG	Abs. 4			Die von der «paritätisch zusammengesetzten» Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.
FMH	Art. 47b KVG	Abs. 1		Die FMH unterstützt diese Massnahme. Art. 47b Abs. 1 ist in Art. 47a inhaltlich zu verankern. In der Folge ist Abs. 2 und Abs. 3 des Art. 47b zu streichen.	Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Organisation nach Artikel 47a diejenigen Daten bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.
FMH	Art. 47b KVG	Abs. 2		Der Bundesrat soll die Daten weiterhin erst dann erhalten, wenn die Tarifierfassung durch die Organisation erfolgt ist. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner. Das subsidiäre System, bei welchem der Bundesrat erst dann in die Tarifautonomie eingreift, wenn die Tarifverhandlungen scheitern, würde in der Folge zu Gunsten eines Staatstarifs aufgegeben werden. Zusätzlich gilt anzumerken: Die Voraussetzungen für die «Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise» sind in keiner Weise definiert. Was bedeutet Preise?	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 47b KVG	Abs. 3		Art. 47b Abs. 3 ist ersatzlos zu streichen, er knüpft an Art. 47b Abs. 2 an..	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 47c KVG	Abs. 1 -7		Die Tarifpartner werden dazu verpflichtet, zwecks Reduktion von Mengen- und Kostenerhöhungen Korrekturmassnahmen in Tarifverträgen vorzusehen. Damit sind degressive Tarife absehbar – ab dem Überschreiten eines vorgegebenen Kostenziels. Diese Verträge haben nur Gültigkeit, wenn sie vom Bundesrat genehmigt wurden. Gibt es eine ungerechtfertigte Erhöhung der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr, ist eine Korrektur vorzunehmen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, erhält der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz, selbst Massnahmen zur Steuerung der Kosten festzulegen. Da es sich um eine Einführung des Globalbudgets handelt, ist diese Bestimmung ersatzlos zu streichen.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 52 KVG	Abs. 1	Bst. b. Abs. 1 ^{bis} und 3	Die FMH hat sich immer gegen ein Referenzpreissystem ausgesprochen, weil dieses zu Versorgungsengpässen führt und die Patientensicherheit gefährdet. Das Modell mit Meldesystem ist klar abzulehnen. Es führt zu massivem administrativem Mehraufwand und ist nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 52a KVG			Diese gesetzliche Bestimmung ist mit dem tragenden Prinzip der Patientensicherheit nicht vereinbar. Wer definiert «gleiche medizinische Eignung»? Was heisst «gleiche medizinische Eignung»? In diesem Kontext ist auf die haftpflichtrechtlichen Risiken hinzuweisen.	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 52b KVG Modell mit Preisabschlag				Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 52b KVG Modell mit Meldesystem				Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 53 KVG	Abs. 1 ^{bis}		Das Beschwerderecht der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 (Spital- und Pflegeheimliste) führt zu einer Gewichtsverschiebung zu Gunsten der Versicherungen. Aus diesem Grund ist diese Bestimmung abzulehnen.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 59 KVG	Abs. 1	Erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g	Dieser Artikel ist mit Art. 42 Abs. 3 dritter Satz KVG auszulegen. Die FMH unterstützt die Sanktionsmöglichkeit im Rahmen der Verhältnismässigkeit. Bemerkung: <u>Rechnungsstellung</u> heisst es in Art. 59 Abs. 1 KVG erster Satz. Die Sanktionen sind jedoch bei der Verletzung der <u>Zustellung</u> der Leistungserbringer an die versicherte Person gesetzlich verankert.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1		Die FMH unterstützt grundsätzlich die Einführung eines Experimentierartikels. Grundsätzlich ist ein Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu begrüßen. Gemäss der Bundesratsstrategie Gesundheit2020 sollte der Mensch im Mittelpunkt stehen. Zudem muss die Finanzierung von Pilotprojekten gemäss Art. 59b KVG sichergestellt sein. Ziel eines Experimentierartikels kann jedoch nicht nur sein, Kosten zu sparen, sondern dabei zumindest die gleiche Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Pilotprojekte dürfen daher nicht alleine aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt und evaluiert werden. Die FMH unterstützt die Einführung eines Experimentierartikels nur unter der Voraussetzung, dass Leistungserbringer, Versicherer und Kantone gleichwertige Partner sind.	
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1	a.	Anmerkung: Das Kostenerstattungsprinzip wird durch das Naturalleistungsprinzip ersetzt.	
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1	b.	Anmerkung: Aufhebung des Territorialitätsprinzips. Diese Bestimmung steht der Patientensicherheit entgegen.	
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1	c.		
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1	d.		
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1	e.		

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 59b KVG	Abs. 1	f.	Diese Formulierung des Art. 59b Abs. 1 KVG ist im Sinne einer Generalklausel auszulegen und aus diesem Grund abzulehnen.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 2			
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 3			Das EDI regelt die Abweichungen vom Gesetz in einer Verordnung.
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 4		Obligatorium zur Teilnahme wird abgelehnt. Es darf keine Verpflichtung entstehen.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 59b KVG	Abs. 5		Die Kompetenz-Konzentration gemäss Art. 59b Abs. 5 führt zu unlösbaren Interessenskonflikten.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 59 KVG	Abs. 6			
FMH	Art. 18a MVG	Abs. 1		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im MVG sollen im Rahmen eines MVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht im Rahmen des Kostendämpfungsprojekts für das KVG. Die FMH lehnt aus diesen dargelegten Gründen die Änderungen dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für nachfolgend zitierten Art. 26 MVG.	Ersatzlos zu streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 26 MVG	Abs. 1 erster Satz und 3 bis			Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 56 UVG	Abs. 1 erster Satz und 3 ^{bis}		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im UVG sollen im Rahmen eines UVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht im Rahmen des Kostendämpfungsprojekts für das KVG. Die FMH lehnt aus diesen dargelegten Gründen die Änderungen dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für nachfolgend zitierten Art. 68 UVG Abs. 1 Bst. c.	Ersatzlos zu streichen
FMH	Art. 68 UVG	Abs. 1 Bst. c			Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

FMH	Art. 26 IVG	Abs. 4 zweiter Satz		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen eines IVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht im Rahmen des Kostendämpfungsprojekts für das KVG. Die FMH lehnt aus diesen dargelegten Gründen die Änderungen dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für die nachfolgend zitierten Artikel 27 IVG; Art. 27 ^{bis} IVG; Art. 27 ^{ter} IVG; Art. 69 IVG.	Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 27 IVG	Abs. 6			Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 27 ^{bis} IVG				Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 27 ^{ter} IVG				Ersatzlos zu streichen.
FMH	Art. 69 IVG	Abs. 3			Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP

Abkürzung der Firma / Organisation : FSP

Adresse : Effingerstrasse 15, 3008 Bern

Kontaktperson : Muriel Brinkrolf

Telefon : +41 31 388 88 41

E-Mail : muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Datum : 17. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	3
Weitere Vorschläge	8

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Die FSP unterstützt den Ansatz des Bundesrates bei der Kostendämpfung im Gesundheitswesen alle Akteure in die Pflicht zu nehmen. Als Verband von LeistungserbringerInnen in Bereich der psychischen Gesundheit sind wir sehr interessiert daran, dass die Steuerungs- und Finanzierungssysteme optimiert werden. Die Optimierung soll aber weder zu Lasten der Versorgungsqualität gehen noch zu einer Zweiklassenmedizin führen. Die FSP nimmt im Folgenden zu den vorgeschlagenen Massnahmen des 1. Pakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen Stellung und bringt Anträge für Änderungsvorschläge an.

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

Name/Firma	Massnahme	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
FSP	M02 – Experimentierartikel	Die FSP begrüsst die Gesetzesanpassungen zur Einführung eines Experimentierartikels, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des Rahmens des KVG ermöglicht. Wir sehen in diesem Artikel eine grosse Chance, mit Pilotprojekten Kosteneinsparungsmöglichkeiten aufzuzeigen – vor allem in Bereichen, wo Erfahrungen aus der Praxis fehlen. Art. 59b Abs.1 regelt die Bereiche in denen das EDI Pilotprojekte bewilligen kann. Wir sind der Meinung, dass auch Pilotprojekte, welche über die Finanzierung neuer Leistungen eine effizientere Versorgung und somit Kosteneinsparungen aufzeigen können, ermöglicht werden müssen. Wir denken da beispielsweise an die Finanzierung von aufsuchender Hilfe und Behandlung bei psychischen Erkrankungen durch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und andere auf dem Gebiet gut ausgebildete Fachkräfte. Laut dem Schlussbericht «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie» im Auftrag des BAGs werden als Erfolgskriterien für mobile Dienste unter anderem eine gesicherte langfristige Finanzierung (bspw. Behandlungs- und Wegkosten nichtärztliches Personal, Vorhalteleistungen und	• Art. 59b Abs.1: «g. Finanzierung neuer Leistungen zur Steigerung der Effizienz in der Versorgung • Ergänzung von Art. 59b Abs. 3: [...] des Pilotprojekts in einer Verordnung. «Dabei werden die betroffenen Akteure des Gesundheitswesens angehört und einbezogen.»

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Gewährleistung der notwendigen Flexibilität, Abgrenzung Pflichtleistungen OKP versus nicht-Pflichtleistungen) sowie gut ausgebildete Fachpersonen genannt. Gemäss Bericht haben mobile Dienste durch die Verkürzung und Vermeidung von Hospitalisierungen – insbesondere fürsorgerische Unterbringung – nicht nur eine positive Auswirkung auf die Lebensqualität von PatientInnen, sondern weisen auch ein Kosteneinsparungspotential auf. Dieses Potential gilt es in einem Pilotprojekt unter dem neuen Experimentierartikel klar auszuweisen. Als Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen sind wir sehr bereit Pilotprojekte im Bereich der psychischen Versorgung mitzutragen und mitzugestalten. Wir unterstützen in der Vorlage auch die umstrittene gesetzliche Verpflichtung von Leistungserbringern zur Teilnahme (Art. 59 Abs. 4) sollten die Ziele der optimalen Umsetzung und des Erhalts repräsentativer Ergebnisse mittels freiwilliger Teilnahme nicht erreicht werden. Die FSP ist jedoch der Meinung, dass neben der Bewilligungspflicht das EDI in jedem Fall den Auftrag haben soll, alle an einem Pilotprojekt beteiligten Akteure bei der Konkretisierung des Projektes mittels Verordnung anzuhören und einzubeziehen.	
FSP	M34 – Nationale Tariforganisation	Die FSP begrüsst den Einsatz einer paritätisch besetzten Tariforganisation für den ambulanten Leistungsbereich. Eine solche Tariforganisation kann eine dauerhafte, sachgerechte Tarifstrukturpflege sicherstellen. Im Vergleich mit dem stationären Bereich werden im ambulanten Leistungsbereich viel mehr Leistungserbringer involviert sein und es wird eine Bandbreite an Tarifstrukturen unterschiedlicher Komplexität zu pflegen geben. Die FSP fordert die Ablösung des Delegationsmodells und die Einführung des Anordnungsmodells. Mit der Umsetzung dieser Forderung werden psychologische PsychotherapeutInnen zukünftig ihre Leistungen über eine neue Tarifstruktur (PsyTarif) zu Lasten des KVG abrechnen. Im Hinblick darauf fordert die FSP, dass die nationale Tariforganisation so aufgebaut wird, dass sie der Heterogenität der Leistungserbringer im ambulanten Bereich Rechnung trägt.	
FSP	M25 – Tarifstruktur aktuell halten	Wir unterstützen den im erläuternden Bericht ausgeführten Entscheid, die vorgeschlagene M25 der Expertengruppe nur teilweise zu übernehmen und die Weiterverfolgung einer jährlichen Anpassung der Tarifstruktur für ambulante ärztliche	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Leistungen durch den Bundesrat fallen zu lassen (vgl. Ausführungen zu M34). Mit der Datenlieferungspflicht der Leistungserbringer an den Bundesrat zur Genehmigung der Tarifstrukturen ist die FSP einverstanden.	
FSP	M15 – Pauschalen im ambulanten Bereich fördern	Diese Massnahme will mittels Ausweitung der subsidiären Kompetenz des Bundesrates Pauschalen im ambulanten Bereich fördern. Die FSP unterstützt die Erarbeitung solcher Pauschalen nicht. Für die Leistungen in der ambulanten Psychotherapie sind Pauschalabgeltungen nicht geeignet. Die zeitabhängige Abrechnung im Bereich der psychischen Gesundheit und Psychotherapie ist auf jeden Fall beizubehalten, die sich weniger linear entwickelt als bei anderen Behandlungsformen. <u>Ein Beispiel:</u> Den Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin ist bei den Tarifen Rechnung zu tragen. Die Leistungen der Kindermedizin sind heterogen und damit weniger standardisierbar als diejenigen von anderen Fachrichtungen. Kinder brauchen bei der Behandlung z.B. mehr Zeit. Es ist wichtig, eine Beziehung aufzubauen und diese zu pflegen. Oft tragen sie mit einem Symptom einen systemischen Konflikt nach aussen. Auch das Beziehungsnetz (Eltern, u.a.) und das soziale Umfeld müssen mitberücksichtigt werden, da diese teilweise einen Einfluss auf die Krankheit und deren Verlauf haben. Die Kinderpsychiatrie ist sich dieser Problematik schon seit langem bewusst und diagnostiziert neben der ICD 10-Diagnose immer auch sogenannte assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände. Diese sagen oft mehr aus über den Aufwand für Diagnostik und Behandlung als die eigentliche Diagnose. Die Definition von Pauschalen für einzelne Symptombilder ist deshalb in der Kinder- und Jugendmedizin und -psychiatrie kaum möglich. Auch bei seltenen Krankheiten, die relativ häufig vorkommen, sind Pauschalen nicht sachgerecht abzubilden. Angelehnt an die Vereinte Organisation der Kinder- und Jugendmedizin vermuten wir, dass es genügend Kinderpsychologen gäbe, dass aber das bestehende Delegationsmodell den Zugang zu den Leistungen erschwert. Führen Fallpauschalen dazu, dass die Entschädigung weiter sinkt, so droht eine Verschärfung der Versorgungslage. Schon heute wechseln viele Kindermediziner in die	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Erwachsenenmedizin, weil die Tarife besser sind und das Umfeld einfacher ist.	
FSP	Massnahmen der Tarifpartner zu Steuerung der Kosten	Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände werden gesetzlich verpflichtet, in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren, um ein ungerechtfertigtes Mengen- und Kostenwachstum zu korrigieren. Damit diese Verträge Gültigkeit erlangen, müssen sie vom Bundesrat genehmigt werden. Falls innerhalb von zwei Jahren keine Einigung erzielt wird, legt der Bundesrat die Massnahmen fest. In den meisten 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. Die ambulanten Tarife sind für private Praxen (Kinder- und Jugend-PsychiaterInnen stehen auf dem letzten Platz der Einkommensskala) und für Ambulatorien bereits heute kaum kostendeckend. Ein Globalbudget mit degressiven Tarifen wäre nicht tragbar. Bereiche mit einer Unterversorgung eignen sich für eine solche Steuerung nicht und sind zwingend auszunehmen, ansonsten die Unterversorgung noch verstärkt wird.	
FSP	Rechnungskopie für Versicherte	Die FSP unterstützt die grundsätzliche Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person und heisst es gut, dass diese Verpflichtung nun auf Gesetzesstufe klarer festgehalten werden soll und Fehlverhalten sanktioniert werden kann. Der Nutzen dieser Massnahme wird aber nur greifen, wenn die versicherte Person die Rechnungsinhalte, welche mit dem heutigen Format der Rechnung schwierig zu interpretieren sind, verstehen kann. Die FSP fordert daher, dass die Rechnung für den/die Patienten/in verständlicher gestaltet werden muss.	
FSP	M09 – Rechnungskontrolle	Die FSP begrüsst jede Massnahme, welche die Rechnungskontrolle stärkt, solange	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	stärken	das Kosten-Nutzen Verhältnis der Massnahme vorab geprüft wurde. Wir bezweifeln jedoch, dass der Einsatz einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde, deren Schaffung in einem nächsten Schritt avisiert werden würde (M35), sollten verstärkte Rechnungskontrollen durch das EDI/BAG nicht greifen (M9), dieser Kosten-Nutzen Prüfung standhalten wird. Zudem müssten bei einer solchen Kosten-Nutzen-Rechnung auf die administrativen Mehraufwände seitens der LeistungserbringerInnen miteingerechnet werden. Die FSP ist der Meinung, dass bei der Rechnungskontrolle den Patienten die wichtigste Rolle zukommt und daher soll die Zustellung einer Rechnungskopie und vor allem entsprechende Vorgaben damit diese Verständlichkeit gegeben ist, als prioritäre Massnahme weiterverfolgt 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Gesellschaft der Solothurner Ärztinnen und Ärzte

Abkürzung der Firma / Organisation : GAeSO

Adresse : Dornacherstrasse 26, 4600 Olten

Kontaktperson : Rechtsanwalt Michel Meier

Telefon : 062/ 212 10 30

E-Mail : m.meier@b3m.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	3
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Allgemeine Bemerkungen
GAESO	Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens und unter Bezugnahme der Ausführungen der GAESO, lässt sich der Vorstand der GAESO nach seiner Sitzung vom 13.12.2018 einstimmig wie folgt vernehmen

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GAESO	Art. 42 KVG	Abs. 3	Dritter Satz	Die GAESO unterstützt diese gesetzliche Massnahme. Die damit einhergehende Kostentransparenz gelingt damit aber nicht nur auf der Ebene Arzt-Krankenkasse, sondern kann auf der Ebene Arzt-Patient bzw. insbesondere Spital-Patient deutlich verbessert werden. Dies ist im Hinblick auf eine verstärkte Übernahme der Selbstverantwortung durch den Patienten in seinem Behandlungspfad zu begrüßen. Dem ist entsprechend bei dieser Bestimmung Rechnung zu tragen.	
	Art. 43 KVG	Abs. 5	Erster Satz	Die GAESO unterstützt ambulante Pauschalen, vorausgesetzt, dass die Basis jeder Pauschale allerdings ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Einzeltarif ist, sog. Snap in. Pauschalierte Abgeltungen haben ihre Berechtigung nur in den Fällen, wo Leistungen effektiv standardisiert erbracht werden können, was im ambulanten Bereich eher der Fall ist, je klarer definiert und fokussiert das Portfolio eines Anbieters ist. Konkret betrifft diese Thematik daher eher Spezialarztpraxen. Die Arbeiten in der Hausarztpraxis insbesondere mit mehrfach und chronisch kranken Patienten oder auch mit Kindern sind häufig nicht standardisierbar.	Einzelleistungstarife und Patientenpauschaltarife für ambulante Behandlungen müssen auf einer gesamtschweizerischen vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die Basis jedes Pauschaltarifs muss auf einem sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen Einzeltarif beruhen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Art. 47a KVG	Abs. 1		Die GAeSO unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt. Zu begrüssen ist, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer eine zwingend paritätisch besetzte Organisation einsetzen.	
	Art. 47a KVG	Abs. 2		Für die gemeinsame Organisation im stationären Bereich (SwissDRG) gibt der Bundesrat auch keine Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation vor. Entsprechend soll diese Kompetenzerweiterung auch nicht im ambulanten Bereich erfolgen. Diese widerspricht der Tarifautonomie und soll zwingend den Tarifpartnern überlassen werden. Ansonsten wird die Tarifautonomie weiter gesetzlich ausgehöhlt	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 47a KVG	Abs. 4			Die von der «paritätisch zusammengesetzten» Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.
	Art. 47b KVG	Abs. 1		Die GAeSO unterstützt diese Massnahme. Art. 47b Abs. 1 ist in Art. 47a inhaltlich zu verankern. In der Folge ist Abs. 2 und Abs. 3 des Art. 47b zu streichen.	Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Organisation nach Artikel 47a diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Art. 47b KVG	Abs. 2		Der Bundesrat soll die Daten weiterhin erst dann erhalten, wenn die Tarifierpassung durch die Organisation erfolgt ist. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner. Das subsidiäre System, bei welchem der Bundesrat erst dann in die Tarifautonomie eingreift, wenn die Tarifverhandlungen scheitern, würde in der Folge zu Gunsten eines Staatstarifs aufgegeben werden. Zusätzlich gilt anzumerken: Die Voraussetzungen für die «Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise» sind in keiner Weise definiert.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 47b KVG	Abs. 3		Art. 47b Abs. 3 ist ersatzlos zu streichen, da er an Art. 47a Abs. 2 anknüpft.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 47c KVG	Abs. 1 -7		Die Tarifpartner werden dazu verpflichtet, zwecks Reduktion von Mengen- und Kostenerhöhungen Korrekturmassnahmen in Tarifverträgen vorzusehen. Damit sind degressive Tarife absehbar – ab dem Überschreiten eines vorgegebenen Kostenziels. Diese Verträge haben nur Gültigkeit, wenn sie vom Bundesrat genehmigt wurden. Gibt es eine ungerechtfertigte Erhöhung der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr, ist eine Korrektur vorzunehmen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, erhält der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz, selbst Massnahmen zur Steuerung der Kosten festzulegen. Da es sich um eine Einführung des Globalbudgets handelt, ist diese Bestimmung ersatzlos zu streichen.	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Art. 52 KVG	Abs. 1	Bst. b. Abs. 1 ^{bis} und 3	Die GAESO hat sich immer gegen ein Referenzpreissystem ausgesprochen, weil dieses zu Versorgungsengpässen führt und die Patientensicherheit gefährdet. Das Modell mit Meldesystem ist klar abzulehnen. Es führt zu massivem administrativem Mehraufwand und ist nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 52a KVG			Diese gesetzliche Bestimmung ist mit dem tragenden Prinzip der Patientensicherheit nicht vereinbar. Wer definiert «gleiche medizinische Eignung»? Was heisst «gleiche medizinische Eignung»? In diesem Kontext ist auf die haftpflichtrechtlichen Risiken hinzuweisen.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 52b KVG Modell mit Preisabschlag				Ersatzlos zu streichen.
	Art. 52b KVG Modell mit Meldesystem				Ersatzlos zu streichen.
	Art. 53 KVG	Abs. 1 ^{bis}		Das Beschwerderecht der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 (Spital- und Pflegeheimliste) führt zu einer Machtverschiebung zu Gunsten der Versicherungen. Aus diesem Grund ist diese Bestimmung abzulehnen.	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Art. 59 KVG	Abs. 1	Erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g	Dieser Artikel ist mit Art. 42 Abs. 3 KVG auszulegen. Die GAeSO unterstützt diese Sanktionsmöglichkeit. Bemerkung: <u>Rechnungsstellung</u> heisst es in Art. 59 Abs. 1 KVG erster Satz. Die Sanktionen sind jedoch bei der Verletzung der <u>Zustellung</u> der Leistungserbringer an die versicherte Person gesetzlich verankert.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 59b KVG	Abs. 1		Grundsätzlich ist die GAeSO nicht gegen die Einführung eines Experimentierartikels. Ziel eines Experimentierartikels kann jedoch nicht nur sein, Kosten zu sparen, sondern dabei zumindest die gleiche Versorgungsqualität zu berücksichtigen. Pilotprojekte dürfen daher nicht alleine aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt und evaluiert werden. Die GAeSO lehnt daher den Experimentierartikel in dieser Form ab.	Ersatzlos streichen
	Art. 59b KVG	Abs. 1	a.	Anmerkung: Das Kostenerstattungsprinzip wird durch das Naturalleistungsprinzip ersetzt.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 59b KVG	Abs. 1	b.	Anmerkung: Aufhebung des Territorialitätsprinzips. Diese Bestimmung steht der Patientensicherheit entgegen.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 59b KVG	Abs. 1	f.	Diese Formulierung des Art. 59b Abs. 1 KVG ist im Sinne einer Generalklausel auszulegen und aus diesem Grund abzulehnen.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 59b KVG	Abs. 3			Das EDI regelt die Abweichungen vom Gesetz in einer Verordnung.
	Art. 59b KVG	Abs. 4		Obligatorium zur Teilnahme wird abgelehnt. Es darf keine Verpflichtung entstehen.	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Art. 59b KVG	Abs. 5		Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 scheint uns wenig lösungsorientiert. Die GAeSO schlägt vor, dass die Pilotprojekte von den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden.	
	Art. 18a MVG	Abs. 1		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im MVG sollen im Rahmen eines MVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht im Rahmen des Kostendämpfungsprojekts für das KVG. Die GAESO lehnt aus diesen dargelegten Gründen die Änderungen dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für nachfolgend zitierten Art. 26 MVG.	Ersatzlos zu streichen
	Art. 26 MVG	Abs. 1 erster Satz und 3 ^{bis}			Ersatzlos zu streichen
	Art. 56 UVG	Abs. 1 erster Satz und 3 ^{bis}		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im UVG sollen im Rahmen eines	Ersatzlos zu streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				UVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht im Rahmen des Kostendämpfungsprojekts für das KVG. Die GAESO lehnt aus diesen dargelegten Gründen die Änderungen dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für nachfolgend zitierten Art. 68 UVG Abs. 1 Bst. c.	
	Art. 68 UVG	Abs. 1 Bst. c		Vgl. vorstehend	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 26 IVG	Abs. 4 zweiter Satz		Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen eines IVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht im Rahmen des Kostendämpfungsprojekts für das KVG. Die GAESO lehnt aus diesen dargelegten Gründen die Änderungen dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für die nachfolgend zitierten Artikel 27 IVG; Art. 27 ^{bis} IVG; Art. 27 ^{ter} IVG; Art. 69 IVG.	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 27 IVG	Abs. 6		Vgl. vorstehend	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 27 ^{bis} IVG			Vgl. vorstehend	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 27 ^{ter} IVG			Vgl. vorstehend	Ersatzlos zu streichen.
	Art. 69 IVG	Abs. 3		Vgl. vorstehend	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verein Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker

Abkürzung der Firma / Organisation : GSASA

Adresse : CH-3000 Bern

Kontaktperson : Dr. Johnny Beney (Präsident) / Sara Iten (Geschäftsführerin)

Telefon : 0848 04 72 72

E-Mail : gsasa@gsasa.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GSASA	59			Keine Anmerkungen	
GSASA	42	3		Keine Anmerkungen; erscheint plausibel	
GSASA	43			Keine Anmerkungen	
GSASA	47		a, b, c	Keine Anmerkungen	
GSASA	52		a, b	Wir lehnen ein Referenzpreissystem ab. Durch das geplante Referenzpreissystem bei Medikamenten, wo mehrere Produkte mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf dem Markt sind (Originale, Co-Marketing-Arzneimittel, Generika oder Biosimilars) sehen wir die Versorgungssicherheit auf dem Schweizer Markt und in den Spitälern massiv bedroht. Bereits jetzt kämpfen die Spitalapotheken mit Lieferengpässen in erheblichem Ausmass (siehe hierzu Zeggel S, Demuth A, Plagge H, Krankenhauspharmazie 2014;35:275-80 und Plagge H, Zeggel S, Krankenhauspharmazie 2017;38:502-6). Immer mehr ältere und preisgünstige Medikamente verschwinden vom Schweizer Markt, wobei Lieferengpässe hierbei häufig die Vorstufe sind (siehe hierzu Plagge H, Krankenhauspharmazie 2015;36:589-94). Die Tatsache, dass die Referenzpreisbildung erst erfolgen soll, wenn mindestens 3 Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in der SL aufgeführt sind, löst das Problem in keiner Weise. Die Vergangenheit hat immer wieder gezeigt, dass Arzneimittel, die in der Schweiz nur von 3 Firmen vermarktet werden, im Fall von Lieferengpässen	Ersatzlos streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			flächendeckend von einer kritischen Versorgungslage betroffen sind. Ferner werden Produkte mit extremen Niedrigpreisen, die in einem Referenzpreissystem einen grossen Einfluss haben werden, in der Regel sehr schnell wieder von Markt verschwinden. In diesem Zusammenhang besonders kritisch ist die Tatsache zu sehen, dass bei Vorhandensein von 2 wirkstoffgleichen Medikamenten zwar kein Referenzpreis gebildet werden soll, in der Regel jedoch nur das preisgünstigere Präparat von der OKP bezahlt wird. Hierdurch werden Arzneimittel in einem Sektor, der ohnehin unter Preisdruck steht, noch weiter unter Druck geraten mit der Konsequenz weiterer Marktrückzüge in der Schweiz. Angesichts permanenter Qualitätsprobleme durch Verlagerung von Teilen der Produktion und eines Grossteils der Wirkstoffproduktion nach Indien und China (jüngstes Beispiel: Valsartan) halten wir es für fahrlässig, Sparübungen primär im Arzneimittelsektor durchzuführen. Qualitätsaspekte und Versorgungssicherheit bleiben hierbei auf der Strecke. Die Tatsache, dass die Referenzpreisbildung an die Aufnahme in die SL gekoppelt ist gibt Anlass zu der Befürchtung, dass Firmen in Zukunft nicht mehr bereit sein könnten, Arzneimittel zur Aufnahme in die SL anzumelden bzw. bestehende Listungen zurückziehen könnten. Ferner ist zu erwarten, dass die Einführung eines Referenzpreissystems zu einem weiteren Preisdruck bei Generika und Originalen im Niedrigpreissektor führen wird. In der Folge wird es zu weiteren Marktrückzügen kommen, da sich der Vertrieb der betroffenen Medikamente in einem kleinen Markt wie in der Schweiz nicht mehr lohnt, was wie bereits erwähnt die Versorgungssicherheit bedrohen wird. Die Bildung von Referenzgruppen, basierend auf der Wirkstoffgleichheit, sehen wir als völlig ungeeignet an. Hierbei werden unterschiedliche galenische Aspekte wie	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Freisetzungsgeschwindigkeit, Retardprinzip, Zermörserbarkeit oder Magensaftresistenz bzw. Kriterien wie Verpackungsfähigkeit für Monodosensysteme überhaupt nicht in Betracht gezogen. Die Wahl des optimalen Produktes für einen Patienten wird in der Praxis eingeschränkt bis verunmöglicht und die Patientensicherheit gefährdet. Speziell die Einführung von Art. 52b Abs. 5, wonach die Versicherer nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergüten müssen, schafft die Möglichkeit Patienten optimal zu therapieren in der Schweiz ab. Die Bildung von Referenzgruppen ist besonders kritisch für wirkstoffidentische Medikamente mit geringer therapeutischer Breite und/oder stark schwankender Bioverfügbarkeit, wo der Austausch von Präparaten zu unerwünschten Wirkungen und letztlich zu einer Gefährdung des Patienten führen kann (Antiepileptika, Psychopharmaka, Immunsuppressiva etc.). Auch die Tatsache, dass Originale und Biosimilars in die Referenzpreisbildung einbezogen werden, halten wir für problematisch. Bislang war ein Substitutionsprinzip zwischen Original und Biosimilar nicht implementiert, und Art. 52a des KVG sah bislang explizit nur die Substitution zwischen Original und Generikum vor. Wir sehen ferner das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und dem jeweiligen Leistungserbringer gestört, da es zu unnötigen Diskussionen hinsichtlich des zu bezahlenden Preises, der Höhe der erstatteten Leistung und der gleichen medizinischen Eignung wirkstoffgleicher Präparate kommen wird. Speziell sehen wir Probleme in Fällen, wo der Einkaufspreis der Apotheke zuzüglich Vertriebsanteil oberhalb des Höchstpreises liegen wird. Die leidvollen Erfahrungen mit der MiGeL und speziell mit den Verbandmaterialien beweisen die Inkompatibilität eines Referenzpreissystems mit der Praxis hinlänglich.	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Weiterhin bleibt festzustellen, dass die geplanten Systeme in der Umsetzung komplex sind und für die Leistungserbringer und den Markt eine nicht akzeptable Zunahme von nicht vergüteten administrativen Aufwendungen bedingen. Die Folge dieser neuen Gesetze werden Versorgungsengpässe, qualitativ fragliche Produkte und hohe administrative Mehrkosten für alle Partner sein. Die Leistungserbringer, die tiefere Margen akzeptieren müssen, können keine höheren personellen und Informatikkosten akzeptieren. Das System hat auch höhere Aufwendungen auf Seiten des BAG und der Versicherer zur Folge. Wer wird dies und aus welchen Quellen bezahlen? Aus unserer Sicht ist die Kosten-Nutzen-Relation für das schweizerische Gesundheitssystem mit dem Referenzpreissystem nicht gegeben und wir weisen es grundsätzlich 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Bundesamt für Gesundheit

Schwarzenburgstrasse 153
3097 Liebefeld

Per E-Mail:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch;

gever@bag.admin.ch

Ort, Datum
Ansprechpartner

Bern, 13. Dezember 2018
Conrad Engler

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 50
conrad.engler@hplus.ch

Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns zur Vernehmlassung über das 1. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung eingeladen. Dafür danken wir Ihnen. H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Die nachstehenden Positionen ergeben sich auf der Basis einer unter den H+ Aktivmitgliedern durchgeführten Befragung.

Grundsätzliche Reform des KVG notwendig

Verschiedene KVG-Revisionen werden zurzeit im Parlament behandelt mit den Themen Qualität, Zulassung, EFAS sowie Vertriebskostenanteil Medikamente. Noch hängig ist die vom Nationalrat bereits im Plenum behandelte und begrüsste Parlamentarische Initiative «Tarifpflege und Entwicklung». Das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung enthält weitere acht Revisionspunkte. Grundsätzlich ist, aus Sicht der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, das ganze KVG revisionsbedürftig, da dieses nicht mehr der gelebten Realität entspricht. Die bestehenden alten ambulanten Tarifstrukturen generieren Fehlanreize, die zu Über- und Fehlversorgungen führen. Gerade Endversorger-Strukturen leiden unter der stetig steigenden Unterfinanzierung im ambulanten Sektor.

H+ ist bestrebt, als Branchenverband konstruktiv in paritätisch zusammengesetzten Organisationen und bei der Entwicklung und Pflege von ambulanten Tarifen mitzuarbeiten.

H+ hat dem Bund 2016 für den überholten und veralteten ambulanten Tarif TARMED eine ausgewogene Revision eingereicht und alle nötigen Berechnungsgrundlagen gegenüber den zuständigen Behörden offengelegt.

H+ hat sich schon vor der Bekanntgabe des 1. Paketes der Kostendämpfungsmassnahmen für ambulante Pauschalen unter SwissDRG eingesetzt und unterstützt alle Bemühungen, eine nationale Tariforganisation mit paritätischer Vertretung aller Leistungserbringer und Versicherer zu schaffen.

Die einzelnen Massnahmen im Überblick

H+ setzt sich für nachfolgende Grundsätze ein und vertritt folgende Positionen zu den einzelnen Massnahmen.

1 Nationale Tariforganisation – M34

H+ hat schon während der parlamentarischen Beratung und in der SGK-NR die parlamentarische Initiative «Tarifpflege und Entwicklung» unterstützt. Die Massnahme «Nationale Tariforganisation» zielt nun in die gleiche Richtung und wird von H+ deshalb ebenfalls unterstützt. Aus Sicht von H+ ist es sinnvoll, dass analog dem stationären Bereich die Tarifpartner gesetzlich verpflichtet werden, eine nationale Organisation für ambulante Tarife einzusetzen. Entscheidend für H+ ist allerdings, dass alle Tarifpartner sich daran beteiligen und die bisherige Blockade im ambulanten Bereich dadurch überwunden werden kann. In diesem Sinne unterstützt H+ die Vorgabe des Bundes, dass sämtliche Tarifpartner in der Organisation vertreten sind und der Organisation die notwendigen Ressourcen und Daten zur Verfügung gestellt werden, damit eine professionelle Tarifpflege betrieben werden kann.

H+ begrüsst die paritätische Beteiligung der Kantone respektive der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an so einer Tariforganisation, die für die Weiterentwicklung und Pflege einer Tarifstruktur für ambulant erbrachte medizinische Einzelleistungen zuständig sein soll. Dabei drängt sich der Weg über die SwissDRG AG auf, an der die Kantone über die GDK paritätisch beteiligt sind. Damit alle Tarifpartner beteiligt werden können, muss das Aktionariat der SwissDRG AG erweitert werden. Zusätzlich zu H+, FMH und santésuisse und der GDK sollten auch curafutura und die MTK als neue Aktionäre aufgenommen werden. H+ hofft, dass dadurch die Blockade gelöst und ein weiteres subsidiäres Eingreifen des Bundesrates in die Tarifstruktur vermieden werden kann.

An seiner Sitzung vom 20. September 2018 hat der H+ Vorstand mit der Kündigung des Aktionsbindungsvertrags der ats-tms AG sowie der Unterstützung der gesetzlichen Verankerung einer nationalen Tariforganisation für die Erarbeitung von Abgeltungsstrukturen für ambulante Leistungen aus dem Massnahmenpaket 1 des Bundesrates die Weichen gestellt für zukunftsweisende tarifpartnerschaftliche Lösungen (H+ Medienmitteilung vom 21. September 2018). Die neu zu schaffende Tariforganisation mit allen Tarifpartnern soll die Revision des veralteten TARMED-Tarifes übernehmen und eine sachgerechte, datenbasierte Tarifierung von medizinischen Einzelleistungen und Pauschalen erarbeiten. Damit soll die seit 14 Jahren bestehende Blockade überwunden und die Tarifpartnerschaft gestärkt werden. Das Tariffbüro soll sicherstellen, dass der TARMED-Nachfolgetarif alljährlich revidiert und den neusten Entwicklungen bei medizinischen Innovationen sowie bei den Kosten mit der Berücksichtigung von Effizienzgewinnen angepasst wird.

Da die Zeit drängt, fordert H+ die Tarifpartner und die Kantone auf, Hand zu bieten für die nötigen strukturellen und organisatorischen Anpassungen für die Ergänzung der 10-jährigen, erfolgreich agierenden SwissDRG mit einem professionellen Tariffbüro. Dieses kann die bisherigen Reformarbeiten konsolidieren und zu Ende führen. Parallel dazu braucht die SwissDRG eine Abteilung für ambulante Pauschalen und eine moderne Führungsstruktur für den erweiterten Tätigkeitsbereich. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Sozialversicherer einbezogen werden. Die nationale Tariforganisation soll sich auf medizinische Leistungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie auf alle Leistungen in der Arztpraxis konzentrieren.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat an seiner Klausur vom 21. September 2018 entschieden, die Voraussetzungen für die Schaffung eines ambulanten Tariffbüros unter dem Dach der SwissDRG AG zu prüfen. Die Vertreter von santésuisse, der MTK, der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, dem Spitalverband H+ und der FMH bekennen sich damit klar zur Tarifpartnerschaft und wollen diese unter dem Dach der SwissDRG AG in Richtung ambulante ärztliche Leistungen erweitern, sofern die rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen dies zulassen.

H+ Position zur nationalen Tariforganisation (KVG Art. 47 a)

H+ unterstützt eine gesetzliche Verankerung einer nationalen Tariforganisation für die Erarbeitung von Abgeltungsstrukturen für ambulante Leistungen. Diese soll sich prioritär um die Revision des veralteten TARMED-Tarifs kümmern und die bisherigen Reformarbeiten konsolidieren und zu Ende führen. Der paritätische Einbezug der Kantone/GDK wird von H+ unterstützt analog der Regelung bei den stationären Tarifen unter SwissDRG.

2 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern – M15

H+ hat sich innerhalb der SwissDRG AG für die Entwicklung ambulanter Pauschalen eingesetzt und unterstützt die Schlussfolgerungen der Machbarkeitsstudie der SwissDRG AG. Auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen nach Ansicht von H+ künftig auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen, so wie es in der SwissDRG vorgesehen und vom Bundesrat vorgeschlagen wird. Alle stationären und ambulanten medizinischen Leistungen sollten in Swiss-DRG-Strukturen und mit der nötigen Professionalität über nationale Tarifstrukturen abgegolten werden. Damit sind unter einem Dach alle Schnittstellen zu regeln zwischen der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie inklusive der Pflege und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Die Entwicklung der ambulanten Pauschalen muss hohe Priorität haben, da die Leistungsverordnung «ambulant vor stationär» des Bundes auf den 1. Januar 2019 in Kraft treten wird. Der Experimentierartikel (siehe 2.5 «Experimentierartikel») soll ermöglichen, dass Pilotprojekte mit ambulanten Pauschalen so rasch wie möglich starten können.

Die Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen» der SwissDRG AG zeigt auf, dass sich auf Basis der vorhandenen stationären Leistungs- und Kostendaten ambulante Pauschalen bewerten lassen. Aufgrund der Verfügbarkeit dieser Daten auf Fallebene lassen sich rasch ambulante Pauschalen etablieren. In der heutigen Tarifwelt gibt es laut der SwissDRG-Studie systematisch gerichtete Fehlanreize, die sich auch – aber nicht ausschliesslich – aufgrund der unterschiedlichen Tarifierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben. Das Zusammenfassen von Einzelleistungen (Pauschale) und der klaren Regelung «ambulant vor stationär» reduziert bestehende Fehlanreize im System. In der Machbarkeitsstudie der SwissDRG wurde die Pauschalierung auf Basis des SwissDRG-Fallpauschalensystems gewählt, unter der Annahme, dass sich ambulante Leistungen in ähnlicher Weise wie die stationären Leistungen zu Leistungs- bzw. Patientengruppen zusammenfassen und bewerten lassen. Im Sinne eines lernenden Systems können durch spätere Erhebungen der Kosten- und Leistungsdaten von ambulanten Leistungserbringern auch Daten von ambulant erbrachten Fällen in die Kalkulation einfließen. Neben der technischen Erarbeitung und Bewertung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen gilt es eine Reihe von Rahmenbedingungen zu definieren bzw. abzuändern. Diese Rahmenbedingungen müssen von den dann zukünftig relevanten Tarifpartnern für diesen Leistungsbereich erarbeitet werden.

H+ unterstützt eine national einheitliche Regelung von ambulanten Pauschalen über die SwissDRG AG, fordert aber Anpassungen der entsprechenden Gesetzesartikel, damit bilaterale, kantonale oder regionale Lösungen für ambulante Pauschalen, die sich zum Teil schon jahrelang bewährt haben, weiterhin möglich sind und auch neue Pauschallösungen für Spezialgebiete und sektorielle Leistungen entwickelt werden können. Entsprechend müssten auch die Genehmigungsverfahren geregelt werden, damit keine hohen administrativen Hürden die Entwicklung neuer Modelle für Pauschalisierungen be- oder verhindern (siehe auch 2.5 Experimentierartikel).

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat an der Sitzung vom 21. September 2018 den Abschlussbericht der Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen» verabschiedet und beschlossen, ihn in der vorliegenden Form zu publizieren. Das weitere Vorgehen betreffend die Arbeiten an den ambulanten Pauschalen soll mit den Abklärungen für die Schaffung eines ambulanten Tarifbüros abgestimmt werden. Dabei werden auch Sofortmassnahmen evaluiert, damit sich die SwissDRG AG weiter den ambulanten Pauschalen und deren Weiterentwicklung befassen kann.

H+ Position zur Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich (KVG Art. 43 Abs. 5)

H+ unterstützt ambulante Pauschalen, da diese helfen können, die heute bestehenden Fehlanreize im System zu beseitigen. Die SwissDRG AG hat dazu mit der Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen» bereits entsprechende Vorarbeiten geleistet. Neben einer national einheitlichen Regelung von ambulanten Pauschalen, fordert H+ jedoch auch Anpassungen der entsprechenden Gesetzesartikel, damit bilaterale, kantonale oder regionale Lösungen für ambulante Pauschalen auch weiterhin möglich sind und auch neue Pauschallösungen für Spezialgebiete und sektorielle Leistungen entwickelt werden können.

3 Tarifstruktur aktuell halten

H+ hat sich über Jahre für die jährliche Aktualisierung des ambulanten Tarifes TARMED eingesetzt und bedauert die bis heute andauernde Blockade einzelner Tarifpartner. Um die Tarifstruktur aktuell zu halten, macht es nach Ansicht von H+ Sinn, dass alle Tarifpartner, also Leistungserbringer und Versicherer, respektive die paritätische neue Tariforganisation gesetzlich verpflichtet werden, dem Bundesrat auch im ambulanten Bereich Daten zu liefern, die benötigt werden, um Tarife festzulegen, anzupassen und zu genehmigen. H+ ist bereit, transparent von Betrieben anonymisierte Leistungs- und Kostendaten zur Verfügung zu stellen.

In diesem Sinne unterstützt H+, dass alle Leistungserbringer und deren Verbände und alle Versicherer und deren Verbände sowie die neue nationale Tariforganisation verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festsetzung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind.

Die Tarifpartner müssen in enger Zusammenarbeit mit der nationalen Tariforganisation (siehe «Nationale Tariforganisation») die technischen Komponenten einheitlich regeln und vereinbaren: Art und Umfang der Daten, Periodizität der Erhebung, Bereitstellung der Plattformen, Schnittstellen-Definitionen, technische Erlasse für die Intermediäre, Kontrolle der Datenqualität und Sicherstellung der Einhaltung der nationalen und kantonalen Datenschutzbestimmungen. Wichtig ist für H+ die transparente Umsetzung insbesondere, dass alle Leistungserbringer (Spitäler und Arztpraxen) und Versicherer (OKP, VVG, UVG, IV und MV) gleichbehandelt werden und Daten liefern müssen.

H+ Position Tarifstruktur aktuell halten (KVG Art. 47b Abs.1 – 3)

H+ unterstützt eine regelmässige Aktualisierung der Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, wenn alle Leistungserbringer und alle Versicherer und deren Verbände sowie die neue nationale Tariforganisation verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten, die für die Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Die Ausgestaltung der Datenlieferung (Art, Umfang, Periodizität etc.) ist unter den Tarifpartnern und der neu zu schaffenden Tariforganisation einheitlich zu regeln.

4 Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sowie H+ unterstützen mit dem Bundesrat das Ziel der Kosteneindämmung. Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen verbessern seit Jahren ihre Leistungserbringung. So bauen sie seit Mitte der 1990er Jahre Betten ab. Die OKP-Kosten für stationäre Aufenthalte haben sich in den letzten Jahren stabilisiert. Die Effizienzeinsparungen der Spitäler und Kliniken sollen auch weiterhin der Kostendämpfung zu Gute kommen.

H+ lehnt hingegen Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, welche die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern. Generell muss in jedem Einzelfall gewährleistet sein, dass Spitäler, Kliniken und Arztpraxen die Versorgung aller Patientinnen und Patienten mit Leistungen zur Diagnose, Beratung und Behandlungen gewährleisten können. Dabei sind Spitäler und Arztpraxen heute schon gemäss Art. 32 KVG verpflichtet, diese Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen.

H+ Position zu Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (KVG Art. 47c)

H+ unterstützt mit dem Bundesrat das Ziel der Kosteneindämmung. H+ lehnt hingegen Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, welche die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern.

5 Experimentierartikel

Die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, die von gewissen gesetzlichen Bestimmungen abweichen, wird von H+ unterstützt. So eine Regelung ermöglicht und erleichtert zukunftsweisende Modelle zu testen, welche verschiedene Spitäler und Kliniken bis jetzt schon geprüft und entwickelt haben. Dazu gehören auch die vom Bund angeregten Pilotprojekte zur einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen oder Versuche im Bereich der integrierten Versorgung. Die vorgeschlagene Massnahme schafft die erforderliche gesetzliche Grundlage, damit solche Pilotprojekte im Rahmen des KVG durchgeführt werden können.

Die Zielvorgaben des Bundes sollten sich aber nicht auf Kostensparmassnahmen beschränken bei solchen Pilotprojekten, sondern generell ergänzt und ausgeweitet werden. Es müssen alle medizinisch sinnvollen Behandlungsansätze – insbesondere Innovationen – mit solchen Pilotprojekten abgedeckt werden können. Die Bewilligungslösungen und -regelungen sind noch flexibler zu lösen und bürokratische und aufwändige Verfahren zu vermeiden.

H+ Position zu Experimentierartikel (Art. 59c)

H+ unterstützt die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, die von gewissen gesetzlichen Bestimmungen abweichen. Die Pilotprojekte sollten sich jedoch nicht nur auf Kostensparmassnahmen beschränken, sondern generell ergänzt und ausgeweitet werden auf medizinisch sinnvolle Behandlungsansätze.

6 Rechnungskopie für Versicherte

Die Pflicht, eine detaillierte und verständliche Rechnung zu erstellen, muss nach über 20 Jahren seit Inkrafttreten der Entwicklung im Bereich der Informatik und insbesondere im Hinblick auf die Einführung des Elektronischen Patientendossiers (EPD) für Spitäler und Kliniken sowie in Arztpraxen grundsätzlich erneuert und angepasst werden. Die Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen für den Schuldner respektive für die versicherte Person sollen auf Verordnungsstufe weiter konkretisiert werden, was auch H+ grundsätzlich begrüsst. Dabei geht es vor allem darum, den administrativen Aufwand auf der Seite der Spitäler und Kliniken zu begrenzen, indem konsequent die standardisierte elektronische Übermittlung der Rechnungen erfolgt durch die Integration der Rechnungsstellung ins Elektronische Patientendossier. Die Übermittlung der Rechnungen an die Versicherer erfolgt bei den Spitälern im System «Tiers payant» heute schon flächendeckend elektronisch. Für H+ wäre es ideal, wenn der Versicherer die vom Spital elektronisch übermittelte Rechnung bei der Abrechnung über den Selbstbehalt und den Abzug der Franchise gleich mitliefert an den Versicherten. Dies könnte auf dem Verordnungsweg so geregelt werden.

Besondere Beachtung ist bei der elektronischen Rechnungsstellung der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen des Bundes und der Kantone zu schenken, damit keine Diagnosen und heiklen medizinischen Datensätze an die Verwaltungen der Versicherer gelangen, sondern nur an den Vertrauensarzt oder den vertrauensärztlichen Dienst geliefert werden, so wie dies bereits bei der Abrechnung stationärer Leistungen erfolgt.

H+ bezweifelt den Kostenspareffekt durch den Versand aller Rechnungen auf Papier an alle Patientinnen und Patienten. Der Versand von 130 Millionen Rechnungen auf Papier per Post würde im Gegenteil zu einem Kosten- und damit Prämienschub sorgen. Unter der Annahme der Kosten pro Rechnung von mindestens CHF 1.00 bis 2.00 für Frankatur, Papier, Druck, IT-System-Konfiguration, Personal plus der Aufwand für Rückfragen und doppelt bezahlte Rechnungen), würde allein der Versand der Rechnungskopie in der Grössenordnung von 130 bis 260 Millionen kosten. Nicht eingerechnet sind die Aufwendungen von Leistungserbringern und Versicherern bei Beanstandungen. Solcher Zusatzaufwand ist zwar schwierig abzuschätzen, würde sich aber für Leistungserbringer und Versicherer in der Grössenordnung von mehreren Hundert Millionen Franken bewegen. Die Kosteneinsparungen durch Rechnungskorrekturen von Rechnungskopien durch die Patientinnen und Patienten müssten über 400 bis 500 Millionen Franken bewegen, was äusserst unwahrscheinlich ist bei jährlich 130 Mio. Rechnungen. Wenn das wie erwartet eintreffen würde, wäre so eine Massnahme kontraproduktiv, würde als Mehrkosten statt Einsparungen bringen.

Vorbehalte hat H+ auch bezüglich der zwar anzustrebenden, aber äusserst komplexen Umsetzung der Verständlichkeit. Die Rechnungen sind heute unter anderem spezifisch auf die Bedürfnisse der Krankenkassen und Versicherer ausgerichtet. Diese prüfen versicherungstechnisch und tarifarisch, ob eine Rechnung geschuldet ist und ob die Höhe und der Preis korrekt sind. Es gibt heute keine Vorgaben und Regeln, was für die Verständlichkeit einer Rechnung massgebend ist. Es wäre deshalb notwendig, dass Bund und Kantone mit den Tarifpartnern festlegen, welche Angaben eine Rechnung enthalten muss.

Rechnungskopie nur auf Verlangen: H+ schlägt eine Anpassung der heutigen Regelung im KVG vor, dass im Bereich Tiers payant die Patientinnen und Patienten bei Eintritt in das Spital oder die Klinik bei der Patientenaufnahme angeben muss, ob sie oder er eine Rechnungskopie will und einverstanden ist, dass diese im Elektronischen Patientendossier hinterlegt wird.

Rechnungskopie ins EPD integrieren: Mit einer schlanken Anpassung des KVG und des EPDG könnte ein effizienter und gesundheitsökonomisch sinnvoller und umweltschonender Versand einer Rechnungskopie der Leistungserbringer an die behandelte Person gelöst werden. Die EPD-Lösung geht davon aus, dass die versicherte Person angeben kann, ob sie eine Rechnungskopie will und diese standardgemäss ins EPD abgelegt wird, wenn der Leistungserbringer die Rechnung an den Versicherer schickt. Die gesetzliche heutige Bestimmung im EPDG bezeichnet als Grundsatz den Inhalt des elektronischen Patientendossiers bewusst als «behandlungsrelevante Informationen». Der Gesetzgeber spricht demnach von «behandlungsrelevanten Dokumenten» und meint damit Informationen, die für andere Gesundheitsfachpersonen in der weiteren Behandlung relevant sind. Administrative Dokumente wie Rechnungen der Leistungserbringer sind keine «behandlungsrelevante Informationen». Technisch von der IT her wäre die Erweiterung des EPD für die Ablage und Dokumentation elektronischer Rechnungen von Leistungserbringern machbar. Die Erweiterung des EPD für die Ablage einer Rechnungskopie würde jedoch eine Gesetzesanpassung erfordern, die im Rahmen des Reformpaktes Massnahmenpaketes 1 zur Kosteneindämmung des Bundes aber innert nützlicher Frist möglich wäre. Bei so einer gesetzlichen Lösung müsste festgehalten werden, dass im Bereich Tiers payant eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers auf Wunsch des EPD-Inhabers dem Patienten und der Patienten hinterlegt werden kann. Die bisherige Regelung mit der Pflicht, dem Versicherten eine Rechnungskopie zuzustellen, müsste dann gestrichen werden zugunsten die Lösung über das EPD und «auf Verlangen».

Datenschutz im EPD gewährleistet: Damit der Datenschutz gewährleistet ist, müsste einerseits sichergestellt werden, dass nicht Personen ohne Zugriffsrechte das EPD der Patienten einsehen können (z.B. Verwaltungspersonal des Spitals) und dass andererseits die Rechnung im EPD in den Bereich «Vertraulichkeitsstufe geheim» hinterlegt wird, auf den nur der EPD-Inhaber Zugriff hat. Im EPD können in diesem Bereich «Vertraulichkeitsstufe geheim» Krankheiten, Behandlungen und Eingriffe mit stigmatisierendem Charakter abgelegt werden, von denen der EPD-Eigner nicht will, dass Leistungserbringer darauf Zugriff haben (z.B. Abtreibungen oder ansteckende Geschlechtskrankheiten).

Standardisierung, effizient und ökologisch sinnvoll: Durch die Erweiterung des EPD könnte dieses attraktiver werden, insbesondere auch für Spitäler und Kliniken, die dann eine schlanke, national einheitliche Lösung für die heute schon geltende gesetzliche Vorschrift zur Zustellung einer Rechnungskopie für die Behandelten erfüllen kann. Dies würde auch einen Anreiz oder Druck auf die vielen freipraktizierenden Ärzte ausüben, die noch immer auf Papierbasis arbeiten und Krankendossiers per Fax an Spitäler und Kliniken schicken. Mit so einer elektronischen Lösung der Ablage der Rechnungskopie ins EPD könnten papierlos und mit verhältnismässigem, standardisierbaren Verfahren unnötige Kosten und ökologisch unsinnige Papierrechnungen vermieden werden.

H+ Position zu Rechnungskopie für Versicherte (Art. 42 Abs. 3)

H+ bezweifelt den Kostenspareffekt durch den Versand aller Rechnungen auf Papier an alle Patientinnen und Patienten und damit verbundene bessere Rechnungskontrolle seitens der Patientinnen und Patienten. Im Gegenteil: Der Versand von 130 Millionen Papier-Rechnungen per Post würde zu einem Kosten- und Prämienschub führen, da auf Seite der Spitäler und Kliniken höhere Kosten entstehen würden. H+ unterstützt den Ansatz, dass Tarifpartner und Behörden Standards entwickeln für einen elektronischen Versand oder Ablage, um einen aufwändigen und ökologisch unsinnigen Papierversand zu vermeiden. Um eine Integration der Rechnungskopie ins Elektronische Patientendossier «auf Verlangen des Behandelten» zu ermöglichen, braucht es eine Anpassung der entsprechenden Bestimmungen im KVG und EPDG.

7 Rechnungskontrolle stärken

Um systematische Leistungskontrollen und Rechnungsprüfungen durch die Versicherer sicherzustellen, unterstützt H+ eine strengere Aufsicht der Versicherer durch das EDI/BAG und dass dabei mehr Audits vor Ort durchgeführt werden. H+ hat bereits 2015 in einem exemplarischen Fall von Missbräuchen bei der Rechnungskontrolle durch einen Versicherer mit extrem hohen Rückweisungsquoten die Kassenaufsicht des BAG bei einem Audit unterstützt.

Gesetzliche Anpassungen sind nach Ansicht von H+ dazu vorläufig nicht nötig, sondern eine konsequente Umsetzung des Kassenaufsichtsgesetzes. Sollte die verstärkte Aufsicht der Rechnungskontrolle nicht den gewünschten Effekt erzielen, könnte sich H+ vorstellen, dass in einem nächsten Schritt die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde geprüft werden soll, um die schwarzen Schafe mit ungerechtfertigten und schikanösen Rechnungsrückweisungen rasch ausfindig zu machen und Sanktionen durchzusetzen.

H+ unterstützt deshalb grundsätzlich die Stärkung und Normierung der Rechnungskontrolle. So können unnötige Rückweisungen und Nachfragen minimiert werden. Denn die bisherige Rechnungskontrolle der Versicherer verschiebt die Kosten meist nur innerhalb eines Versicherers, zwischen Krankheit- und Unfallversicherer oder zwischen OKP- und Privatversicherern. Wesentliche Einsparungen im Gesundheitswesen werden dadurch kaum erreicht. Zielführender wären folgende Lösungsansätze. Erstens die einheitliche Rechnungsüberprüfung durch alle Versicherer. Wenn die Prozesse bei Zahlung, Nachfragen oder Rückweisung bei allen Versicherern gleich wäre, dann könnten die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen ihre Prozesse vereinheitlichen und so Kosten sparen. Zweitens sollten die Versicherer die Effekte ihrer Rechnungskontrolle ausweisen müssen und zwar sowohl die Erfolgsquoten wie auch die Misserfolgsquoten. In der Folge könnten die OKP-Versicherer gebenchmarkt werden und die Versicherten hätte Einblick in den Umgang mit ihren Prämiengeldern. Damit käme das KVG endlich

der Forderung des Gesetzgebers nach, der nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die OKP-Versicherer zu effizientem Arbeiten verpflichtet hat (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Ziffer 223).

H+ Position zu Rechnungskontrolle stärken

H+ unterstützt eine strengere Aufsicht der Versicherer durch das EDI/BAG, die im Rahmen einer konsequenten Umsetzung des Kassenaufsichtsgesetzes erreicht werden kann. Weiter unterstützt H+ grundsätzlich die Stärkung und Normierung der Rechnungskontrolle, da so unnötige Rückweisungen und Nachfragen minimiert werden können.

8 Beschwerderecht für Versicherer bei der Spitalplanung

Die im KVG vorgeschriebene regionale Spitalplanung ist schon heute sehr aufwändig und komplex mit grossem Potential für langwierige juristische Auseinandersetzungen. H+ wehrt sich gegen ein zusätzliches, systemfremdes Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime. Die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung liegt bei den Kantonen, weshalb die Versicherer in diesem Bereich genau gleich wie bei der Zulassung von Leistungserbringern nichts zu suchen haben.

H+ lehnt deshalb das Beschwerderecht von Versicherern bei kantonalen Spital- und Heimlisten ab. Die Kantone müssen beim Erlass von Spital- und Heimlisten die medizinische Versorgung der Bevölkerung berücksichtigen. Das Beschwerderecht gemäss Entwurf birgt die Gefahr von mehr Rechtsstreitigkeiten, die zu Lasten der Prämienzahlenden gehen würden.

H+ Position zu Beschwerderecht für Versicherer (KVG Art. 53 Abs. 1^{bis})

H+ lehnt ein zusätzliches, systemfremdes Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime kategorisch ab.

9 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

H+ lehnt das vorgeschlagene Referenzpreissystem ab. Durch ein Referenzpreissystem bei Medikamenten, wo mehrere Produkte mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf dem Markt sind (Originale, Co-Marketing-Arzneimittel, Generika oder Biosimilars), würde die Versorgungssicherheit auf dem Schweizer Markt und in den Spitälern massiv bedroht.

Bereits jetzt kämpfen die Spitalapotheken mit Lieferengpässen in erheblichem Ausmass. Immer mehr ältere und preisgünstige Medikamente verschwinden vom Schweizer Markt, wobei Lieferengpässe häufig nur die Vorstufe sind. Der Vorschlag, dass die Referenzpreisbildung erst erfolgen soll, wenn mindestens drei Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in der SL aufgeführt sind, löst das Problem in keiner Weise. Die Vergangenheit hat immer wieder gezeigt, dass Arzneimittel, die in der Schweiz nur von drei Firmen vermarktet werden, im Fall von Lieferengpässen flächendeckend von einer kritischen Versorgungslage betroffen sind. Ferner werden Produkte mit extremen Niedrigpreisen, die in einem Referenzpreissystem einen grossen Einfluss haben werden, in der Regel sehr schnell wieder von Markt verschwinden.

In diesem Zusammenhang ist besonders kritisch zu werten, dass bei Vorhandensein von zwei wirkstoffgleichen Medikamenten zwar kein Referenzpreis gebildet werden soll, in der Regel jedoch nur das preisgünstigere Präparat von der OKP bezahlt wird. Hierdurch werden Arzneimittel in einem Sektor, der ohnehin unter Preisdruck steht, noch weiter unter Druck geraten mit der Konsequenz weiterer Marktrückzüge in der Schweiz.

Der Vorschlag, dass die Referenzpreisbildung an die Aufnahme in die SL gekoppelt werden soll, gibt Anlass zu der Befürchtung, dass Firmen in Zukunft nicht mehr bereit sein könnten,

Arzneimittel zur Aufnahme in die SL anzumelden bzw. bestehende Listungen zurückziehen könnten.

Die Bildung von Referenzgruppen, basierend auf der Wirkstoffgleichheit, erachtet H+ als völlig ungeeignet. Hierbei werden unterschiedliche galenische Aspekte überhaupt nicht in Betracht gezogen. Die Wahl des optimalen Produktes für einen Patienten wird in der Praxis eingeschränkt bis verunmöglicht und die Patientensicherheit gefährdet.

Die Bildung von Referenzgruppen ist besonders kritisch für wirkstoffidentische Medikamente mit geringer therapeutischer Breite und/oder stark schwankender Bioverfügbarkeit, wo der Austausch von Präparaten zu unerwünschten Wirkungen und letztlich zu einer Gefährdung des Patienten führen kann (Antiepileptika, Psychopharmaka, Immunsuppressiva etc.). Auch der Vorschlag, dass Originale und Biosimilars in die Referenzpreisbildung einbezogen werden, ist aus H+ Sicht problematisch. Bislang war ein Substitutionsprinzip zwischen Original und Biosimilar nicht implementiert. Art. 52a des KVG sah bislang explizit nur die Substitution zwischen Original und Generikum vor.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und dem jeweiligen Leistungserbringer würde gestört, da es zu unnötigen Diskussionen hinsichtlich des zu bezahlenden Preises, der Höhe der erstatteten Leistung und der gleichen medizinischen Eignung wirkstoffgleicher Präparate kommen würde.

Das vorgeschlagene System mit Referenzpreisen wäre in der Umsetzung äusserst komplex und aufwändig für alle Beteiligte. Für die Leistungserbringer und den Markt würde dies eine nicht akzeptable Zunahme von nicht vergüteten administrativen Aufwendungen bringen. Die Folge dieser neuen gesetzlichen Regelungen wären Versorgungsengpässe, qualitativ fragliche Produkte und hohe administrative Mehrkosten für alle Partner sein. Die Leistungserbringer, die tiefere Margen akzeptieren müssen, können keine höheren personellen und Informatikkosten akzeptieren. Aus unserer Sicht von H+ ist die Kosten-Nutzen-Relation für das schweizerische Gesundheitssystem mit dem Referenzpreissystem nicht gegeben, weshalb H+ es grundsätzlich ablehnt.

H+ Position zu Referenzpreissystem (Art. 52 Abs 1, Art. 52a & b)

H+ lehnt das Referenzpreissystem ab, da dies aufgrund seiner Ausgestaltung die Versorgungssicherheit mit Medikamenten auf dem Schweizer Markt und in den Spitälern massiv bedrohen würde.

Für ergänzende Auskünfte stehen wir gerne zur Verfügung. Gerne orientieren wir Sie auch über den Stand der laufenden Abklärungen über die Integration der Rechnungskopie ins EPD und die Verständlichkeit der Rechnungen sowie über die Kontakte mit den zuständigen Stellen und der involvierten Stakeholdern.

Freundliche Grüsse



Anne Geneviève Bütikofer
Direktorin

Beilage: Elektronisches Vernehmlassungsformular



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Office fédéral de la santé publique
Schwarzenburgstrasse 153
3097 Liebefeld

Lieu, date
Interlocuteur

Berne, le 13 décembre 2018
Conrad Engler

N° direct
E-mail

031 335 11 50
conrad.engler@hplus.ch

Mesures de maîtrise des coûts visant à décharger l'assurance obligatoire des soins: premier volet de mesures en consultation

Madame, Monsieur,

Vous nous avez invités à nous prononcer sur le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé. Nous vous en remercions. H+ Les Hôpitaux de Suisse est l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés. Elle regroupe 236 hôpitaux, cliniques et établissements médico-sociaux en tant que membres actifs, établis sur 369 sites, et plus de 170 membres partenaires – associations, administrations, institutions, entreprises et particuliers.

Les positions qui suivent se fondent sur une enquête menée auprès de nos membres actifs.

Une profonde réforme de la LAMal est nécessaire

Différentes révisions de la LAMal sont traitées actuellement par le Parlement. Elles portent sur la qualité, les admissions à pratiquer, l'EFAS ainsi que sur la part des coûts de distribution des médicaments. L'initiative parlementaire «Maintenance et développement des tarifs» est encore pendante. Elle a déjà été traitée par le Conseil national, qui lui a donné suite. Le premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts comporte huit autres points de la LAMal à réviser. Les hôpitaux, les cliniques et les institutions de soins estiment que la LAMal devrait être revue dans son ensemble, car elle ne correspond plus à la réalité de la pratique. Les anciennes structures tarifaires ambulatoires encore en vigueur génèrent des incitations inopportunes et, par conséquent, une offre en soins médicaux excessive ou inadaptée. Dans le secteur ambulatoire, les structures de prise en charge finale pâtissent particulièrement d'un sous-financement croissant.

En tant qu'association de branche, H+ s'efforce de collaborer dans un esprit constructif au sein des organisations constituées de manière paritaire et de participer au développement et à la maintenance des tarifs ambulatoires.

Afin de remplacer le tarif ambulatoire TARMED obsolète, H+ a soumis en 2016 à la Confédération une révision équilibrée et a communiqué aux autorités compétentes toutes les bases de calcul nécessaires.

Avant même la publication du premier volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts, H+ s'est engagée en faveur de forfaits ambulatoires sous l'égide de SwissDRG SA. H+ soutient

tous les efforts visant à créer une organisation tarifaire nationale avec une représentation paritaire de tous les fournisseurs de prestations et de tous les assureurs.

Tour d'horizon des différentes mesures

Les principes sur lesquels s'engage H+ et les positions qu'elle défend sur les mesures proposées sont développés ci-après.

1 Organisation tarifaire nationale – M34

Durant les débats parlementaires déjà et au sein de la CSSS-CN, H+ a apporté son appui à l'initiative parlementaire «Maintenance et développement des tarifs». La mesure «Organisation tarifaire nationale» poursuit le même but. Elle est donc également soutenue par H+. Selon l'association, il est judicieux d'obliger les partenaires tarifaires à mettre en place une organisation nationale pour les tarifs ambulatoires, comme c'est le cas dans le domaine stationnaire. Il est déterminant pour H+ que tous les partenaires tarifaires y participent afin d'éliminer les blocages existants dans le domaine ambulatoire. En ce sens, H+ soutient la Confédération qui exige que tous les partenaires tarifaires soient représentés dans l'organisation et que les ressources et les données nécessaires soient mises à disposition pour une maintenance professionnelle du tarif.

H+ est favorable à la participation paritaire des cantons, soit de la Conférence des directrices et des directeurs de la santé (CDS), à une telle organisation tarifaire appelée à développer, adapter et actualiser la structure tarifaire pour les prestations médicales dispensées en ambulatoire. SwissDRG SA est tout indiquée pour remplir ce rôle sachant que les cantons y sont représentés paritairement via la CDS. Pour que tous les partenaires tarifaires puissent être associés, un élargissement de l'actionnariat de SwissDRG SA est nécessaire. En plus de H+, de la FMH, de santésuisse et de la CDS, curafutura et la CTM doivent également entrer dans le capital de la société. H+ espère qu'ainsi les blocages pourront être surmontés et qu'une nouvelle intervention du Conseil fédéral à titre subsidiaire pourra être évitée.

Lors de sa séance du 20 septembre 2018, le Comité de H+ a décidé de résilier le contrat d'actionnaires d'ats-tms AG et de soutenir l'inscription dans la loi d'une organisation tarifaire nationale pour l'élaboration de structures de rémunération des prestations ambulatoires telle que proposée dans le premier volet de mesures du Conseil fédéral. Il a ainsi posé les jalons pour l'avenir du partenariat tarifaire (communiqué de presse de H+ du 21 septembre 2018). L'organisation qui reste à créer avec tous les partenaires sera appelée à reprendre la révision du tarif TARMED dépassé depuis longtemps et à concevoir une tarification – appropriée et reposant sur des données – des prestations médicales et de forfaits. Cela permettrait de tirer un trait sur quatorze années de blocages et de renforcer le partenariat tarifaire. Le bureau tarifaire devra réviser chaque année le tarif qui prendra le relai du TARMED et l'adapter aux dernières évolutions de l'innovation médicale et des coûts, en tenant compte des gains d'efficacité.

Comme le temps presse, H+ enjoint aux partenaires tarifaires et aux cantons d'accueillir favorablement les adaptations structurelles et organisationnelles nécessaires à l'instauration d'un bureau tarifaire professionnel au sein de SwissDRG SA qui est performante depuis déjà dix ans. Ce bureau pourra consolider les travaux déjà réalisés et les mener à bien. Parallèlement, SwissDRG SA a besoin d'un service pour les forfaits ambulatoires et d'une structure managériale moderne compte tenu de l'extension de son domaine d'activité. Il faut en outre garantir l'intégration des assureurs sociaux. L'organisation tarifaire nationale doit se focaliser sur les prestations médicales de la somatique aiguë, de la psychiatrie et de la réadaptation ainsi que sur toutes les prestations des cabinets médicaux.

Lors de sa séance spéciale du 21 septembre 2018, le conseil d'administration de SwissDRG SA a décidé d'analyser les conditions de la création, en son sein, d'un bureau tarifaire pour l'ambulatoire. Les représentants de santésuisse, de la CTM, de la Conférence suisse des

directrices et des directeurs de la santé, de H+ et de la FMH se rallient ainsi pleinement au partenariat tarifaire et veulent l'étendre aux prestations médicales ambulatoires sous l'égide de SwissDRG SA, pour autant que les conditions cadres légales, financières et organisationnelles le permettent.

Position de H+ sur l'organisation tarifaire nationale (LAMal art. 47a)

H+ soutient l'inscription dans la loi d'une organisation tarifaire nationale pour l'élaboration de structures de rémunération des prestations ambulatoires. Cette organisation devra en priorité s'occuper de la révision du tarif TARMED, consolider les travaux réalisés jusque-là et les mener à terme. L'intégration paritaire des cantons/de la CDS a le soutien de H+, par analogie avec la réglementation en vigueur pour les tarifs stationnaires sous l'égide de SwissDRG SA.

2 Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoire – M15

Dans le cadre de SwissDRG SA, H+ s'est engagée en faveur du développement de forfaits ambulatoires et soutient les conclusions de l'étude de faisabilité de SwissDRG SA. Selon H+, des tarifs forfaitaires par patient liés aux soins médicaux ambulatoires devront reposer sur une structure uniforme négociée au niveau national, comme prévu par SwissDRG et comme le propose le Conseil fédéral. Toutes les prestations médicales stationnaires et ambulatoires devraient être rémunérées via des structures tarifaires nationales dans le cadre de SwissDRG et avec le professionnalisme requis. Toutes les transitions entre la somatique aiguë, la réadaptation, la psychiatrie ainsi que les soins infirmiers, et entre les secteurs ambulatoire et stationnaire seront à régir sous un seul et même toit. Une priorité élevée doit être accordée au développement de forfaits ambulatoires, car l'adaptation de l'ordonnance fédérale sur les prestations de l'assurance des soins concernant «l'ambulatoire avant le stationnaire» entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2019. L'article relatif aux projets pilotes (lire «Article relatif aux projets pilotes») doit permettre de lancer aussi rapidement que possible des projets de forfaits ambulatoires.

L'étude de faisabilité «Forfaits ambulatoires» de SwissDRG SA conclut qu'il est possible d'évaluer des forfaits ambulatoires sur la base des données de prestations et de coûts exploitables. La disponibilité de ces données au niveau des cas permet d'établir rapidement de tels forfaits. Le système tarifaire actuel comprend, selon l'étude, de mauvaises incitations systématiques qui résultent aussi – mais pas exclusivement – de la tarification différente des prestations ambulatoires et stationnaires. La combinaison des prestations (forfaits) et d'une réglementation claire privilégiant l'ambulatoire plutôt que le stationnaire réduit les mauvaises incitations inhérentes au système. Dans l'étude de faisabilité de SwissDRG, l'application des forfaits est calquée sur le système de forfaits par cas SwissDRG, selon l'hypothèse que les prestations ambulatoires peuvent être regroupées et évaluées dans des groupes de prestations, respectivement de patients, de manière similaire aux prestations stationnaires. Par la suite, des relevés auprès des fournisseurs de prestations ambulatoires permettront aussi d'intégrer, dans le calcul, des données de coûts et de prestations provenant des cas traités en ambulatoire, ce dans le sens d'un système apprenant. A côté des travaux techniques visant à l'élaboration et à l'évaluation d'une structure tarifaire pour des forfaits ambulatoires, il convient aussi de définir, respectivement de modifier, une série de conditions cadres. Ces dernières devront être élaborées par les partenaires tarifaires qui seront compétents à l'avenir pour ce domaine de prestations.

H+ soutient la réalisation d'une réglementation uniforme au niveau national de forfaits ambulatoires sous l'égide de SwissDRG SA. Mais elle exige des modifications législatives afin que les solutions bilatérales, cantonales ou régionales de forfaits ambulatoires qui, pour certaines, sont déjà appliquées à satisfaction depuis des années, restent possibles et que de nouveaux forfaits puissent être développés pour des domaines spécialisés et des prestations sectorielles déterminés. Les procédures d'approbation devraient également être réglementées, de manière à ce

qu'aucun obstacle administratif ne freine ou n'empêche le développement de nouveaux modèles pour les forfaits (lire également Article relatif aux projets pilotes).

Le conseil d'administration de SwissDRG SA a adopté le rapport final de l'étude de faisabilité «Forfaits ambulatoires» lors de sa séance du 21 septembre 2018 et a décidé de le publier. La poursuite de la procédure concernant les forfaits ambulatoires devra être coordonnée avec les clarifications portant sur la création d'un bureau tarifaire. Des mesures immédiates seront envisagées, afin que SwissDRG SA puisse poursuivre l'examen et le développement de forfaits ambulatoires.

Position de H+ sur la promotion de forfaits par cas dans le domaine ambulatoire (LAMal art. 43 al. 5)

H+ soutient les forfaits ambulatoires, car ils peuvent contribuer à l'élimination d'incitations inopportunes dans le système. SwissDRG SA a déjà réalisé les travaux préliminaires avec son étude de faisabilité «Forfaits ambulatoires». En parallèle à une réglementation des forfaits ambulatoires uniforme au niveau national, H+ exige des modifications législatives, afin que les solutions bilatérales, cantonales ou régionales de forfaits ambulatoires restent possibles et que de nouveaux forfaits pour des domaines spécialisés et des prestations sectorielles déterminés puissent être développés.

3 Maintenir la structure tarifaire à jour

H+ réclame depuis longtemps une actualisation annuelle du TARMED et déplore les blocages qui perdurent entre les partenaires tarifaires. Pour que la structure puisse être tenue à jour, H+ estime logique que tous les partenaires tarifaires, en d'autres termes les fournisseurs de prestations et les assureurs, de même que la nouvelle organisation tarifaire paritaire, soient légalement tenus livrer au Conseil fédéral, dans le domaine de l'ambulatoire également, les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs. H+ est disposée à mettre à disposition en toute transparence les données de prestations et de coûts des établissements.

En ce sens, H+ est favorable à ce que tous les fournisseurs de prestations et leurs associations, tous les assureurs et leurs associations, ainsi que la nouvelle organisation tarifaire nationale aient l'obligation de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires pour fixer, adapter et approuver les tarifs et les prix.

Les partenaires doivent régler les aspects techniques de manière uniforme et s'accorder sur ces points en étroite collaboration avec l'organisation tarifaire nationale (lire «Organisation tarifaire nationale»): type et volume des données, fréquence du relevé, préparation des plateformes, définition des interfaces, prescriptions techniques pour les intermédiaires, contrôle de la qualité des données et garantie du respect des dispositions nationales et cantonales sur la protection des données. La transparence dans la mise en œuvre est importante pour H+ qui tient en particulier à ce que tous les fournisseurs de prestations (hôpitaux et cabinets médicaux) et tous les assureurs (LAMal, LCA, LAA, LAI, LAM) soient traités de la même manière et tenus de livrer des données.

Position de H+ sur le maintien de la structure tarifaire à jour (LAMal art. 47b al.1 - 3)

H+ est favorable à l'actualisation régulière des structures tarifaires dans le domaine ambulatoire, si tous les fournisseurs de prestations et tous les assureurs et leurs associations, de même que la nouvelle organisation tarifaire nationale, sont tenus de livrer au Conseil fédéral les données nécessaires pour fixer, adapter et approuver les tarifs et les prix. La configuration de la livraison des données (type, volume, fréquence, etc.) doit être réglée de manière uniforme entre les partenaires et l'organisation à créer.

4 Mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts

Les hôpitaux, cliniques et institutions de soins, de même que H+, soutiennent avec le Conseil fédéral l'objectif de maîtrise des coûts. Depuis des années, la branche améliore sa fourniture de prestations. Elle réduit les nombres de lits depuis les années 1990. Les coûts des séjours hospitaliers à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) se sont stabilisés ces dernières années. Les gains d'efficacité des hôpitaux et des cliniques doivent contribuer encore à freiner la hausse des coûts.

En revanche, H+ n'est pas favorable aux interventions de la Confédération pour le pilotage des quantités et des coûts qui entravent la fourniture de prestations nécessaires médicalement. De manière générale, il faut que, dans chaque cas, les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux puissent garantir les prestations de soins à tous les patients – diagnostics, conseils et traitements. Selon l'art.32 LAMal, les prestations des hôpitaux et des cabinets médicaux doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Position de H+ sur les mesures des partenaires tarifaires concernant le pilotage des coûts (LAMal art. 47c)

H+ soutient avec le Conseil fédéral l'objectif de maîtrise des coûts. En revanche, H+ n'est pas favorable aux interventions de la Confédération pour le pilotage des quantités et des coûts qui entravent la fourniture de prestations nécessaires médicalement.

5 Article relatif aux projets pilotes

H+ soutient l'introduction d'un article de loi autorisant la réalisation de projets pilotes novateurs dérogeant à certaines dispositions légales. Un tel article permettra et facilitera l'essai de modèles d'avenir, déjà examinés et développés par certains hôpitaux et cliniques. Cela inclut des projets pilotes souhaités par la Confédération, tels que le financement uniforme des prestations stationnaires et ambulatoires ou des essais dans le domaine des soins intégrés. La disposition présentée crée ainsi la base légale nécessaire pour que de tels projets puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal.

Les objectifs de la Confédération avec de tels projets pilotes ne devraient pas se limiter aux mesures susceptibles de contribuer à la maîtrise des coûts, mais être envisagés de manière plus générale. Ces projets pilotes doivent pouvoir porter sur toutes les approches thérapeutiques pertinentes – en particulier les innovations. Les autorisations et leur réglementation doivent être plus flexibles. Il faut éviter les procédures bureaucratiques et fastidieuses.

Position de H+ sur l'article relatif aux projets pilotes (LAMal art 59c)

H+ approuve l'introduction d'un article autorisant la réalisation de projets pilotes qui dérogent à certaines dispositions légales. Cependant, ces projets ne devraient pas être restreints aux mesures susceptibles de contribuer à la maîtrise des coûts, mais être envisagés de manière plus générale et étendus aux approches thérapeutiques médicalement pertinentes

6 Copie de la facture pour les assurés

Plus de 20 ans après son entrée en vigueur, l'obligation d'établir une facture détaillée et compréhensible doit être renouvelée et adaptée à l'évolution dans le domaine de l'informatique et en particulier eu égard à l'introduction du dossier électronique du patient (DEP) dans les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux. Les prescriptions sur la clarté des factures pour le débiteur et pour l'assuré doivent être concrétisées au niveau de l'ordonnance. H+ y est

favorable. Il importe avant tout de limiter au maximum la charge administrative pour les hôpitaux et les cliniques: la transmission doit se faire systématiquement et de manière standardisée par voie électronique via l'intégration de la facture dans le dossier électronique du patient. La transmission des factures aux assureurs se fait déjà entièrement sous forme électronique dans le système du «tiers payant». Selon H+, il serait idéal que l'assureur envoie à l'assuré, avec le décompte de la quote-part et la déduction de la franchise, la facture reçue de l'hôpital sous forme électronique. L'ordonnance pourrait régler la procédure de cette manière.

Lors de la facturation électronique, le respect des dispositions de protection des données de la Confédération et des cantons doit faire l'objet d'une attention particulière, afin que les diagnostics et les sets de données médicales sensibles ne parviennent pas aux services administratifs des assureurs, mais qu'ils aillent exclusivement au médecin-conseil ou au service de médecins-conseils, comme cela se fait déjà pour la facturation des prestations stationnaires.

H+ doute que l'envoi de toutes les factures sous forme papier à tous les patients permette de réaliser une économie. L'expédition de 130 millions de factures par la poste entraînerait plutôt une charge supplémentaire et donc une hausse des primes. En partant du principe qu'une facture représente un coût situé entre CHF 1.00 et CHF 2.00 pour l'affranchissement, le papier, l'impression, la configuration du système IT, le personnel, le coût pour les réponses aux questions et la gestion des factures payées à double, l'envoi de la copie de la facture coûterait à lui seul entre 130 et 260 millions. Les dépenses des fournisseurs de prestations et des assureurs en cas de réclamations ne sont pas incluses dans le calcul. De telles dépenses supplémentaires sont certes difficiles à évaluer, mais elles devraient être de plusieurs centaines de millions de francs pour les fournisseurs de prestations et les assureurs. Les économies induites par les corrections de factures après contrôle des copies par les patients devaient donc être de l'ordre de grandeur de 400 à 500 millions de francs, ce qui est hautement improbable pour 130 millions de factures par an. Si cette mesure était prise, elle serait contreproductive: elle engendrerait plus de coûts que d'économies.

H+ émet également des réserves sur la question de la clarté des factures, qui est certes souhaitable, mais particulièrement complexe à garantir. Actuellement, les factures répondent entre autres aux besoins spécifiques des caisses-maladie et des assureurs. Ceux-ci examinent au niveau technique et tarifaire si une facture est due et si le montant et le prix sont corrects. Il n'existe à l'heure actuelle aucune prescription et aucune règle faisant autorité pour la clarté d'une facture. Il serait dès lors nécessaire que la Confédération et les cantons fixent, avec les partenaires tarifaires, les indications que devrait contenir une facture.

Copie de la facture à la demande seulement: H+ propose de modifier les dispositions actuelles de la LAMal en précisant que, dans le système du tiers payant, le patient indique à son admission à l'hôpital ou en clinique s'il souhaite une copie de la facture et s'il est d'accord que celle-ci soit enregistrée dans le dossier électronique du patient.

Intégration de la copie de la facture au DEP: Une petite modification de la LAMal et de la LDEP permettrait au fournisseur de prestations de transmettre au patient la copie de la facture de manière plus efficiente, plus pertinente économiquement et plus respectueuse de l'environnement. Selon la solution du DEP, la personne assurée peut indiquer si elle souhaite une copie de la facture, qui sera enregistrée de manière standardisée dans le DEP lorsque le fournisseur de prestations enverra la facture à l'assureur. L'actuelle disposition de la LDEP précise à dessein que le contenu du dossier électronique du patient porte sur des données «pertinentes pour le traitement». Le législateur parle dès lors de documents «pertinents pour le traitement» et entend par là des informations utiles à d'autres professionnels de la santé dans le cadre de la poursuite des soins médicaux. Les documents administratifs, tels que les factures des fournisseurs de prestations ne sont pas des «informations pertinentes pour le traitement». Une extension du DEP pour le dépôt et l'archivage des factures électroniques des fournisseurs de prestations serait réalisable sur le plan technique (IT). Cependant, il faudrait modifier la loi pour que l'enregistrement de la copie de la facture dans le DEP soit autorisé. Une telle modification serait possible en temps utile dans le cadre des révisions liées au premier volet de mesures de la Confédération pour la maîtrise des coûts. Cette solution législative devrait préciser que, dans le

système du tiers payant, une copie de la facture du fournisseur de prestations peut être enregistrée dans le dossier électronique du patient à la demande de ce dernier. L'actuelle obligation d'adresser une copie de la facture à l'assuré serait supprimée en faveur de la solution du DEP et «à la demande».

Protection des données garantie dans le DEP: Pour garantir la protection des données, il faudrait d'une part s'assurer que les personnes qui n'ont pas les droits d'accès ne puissent pas consulter le dossier (par ex. le personnel administratif de l'hôpital) et d'autre part que la facture soit enregistrée dans le domaine «niveau de confidentialité secret», auquel n'accède que le titulaire du DEP. Dans ce domaine sont consignés les maladies, les traitements et les interventions ayant un caractère stigmatisant dont le titulaire du DEP ne veut pas donner accès aux fournisseurs de prestations (par ex. avortements ou maladies sexuellement transmissibles).

Standardisation efficiente et pertinente écologiquement: Cette extension du DEP pourrait le rendre plus attractif, y compris pour les hôpitaux et pour les cliniques, qui trouveraient ainsi une solution simple et uniforme au niveau national pour appliquer l'obligation en vigueur aujourd'hui déjà de transmettre une copie de la facture à la personne soignée. Cela serait également un incitatif ou une pression pour les nombreux médecins en pratique privée qui travaillent encore sur support papier et envoient les dossiers des malades par fax aux hôpitaux et aux cliniques. Avec la solution de l'enregistrement de la copie de la facture dans le DEP il serait possible d'éviter des coûts inutiles et une consommation de papier insensée grâce à une procédure proportionnée et standardisable.

Position de H+ sur la copie de la facture pour les assurés (LAMal art. 42 al. 3)

H+ doute que l'envoi de toutes les factures sous forme papier à tous les patients leur permette d'assurer un meilleur contrôle qui aboutisse à une économie. Au contraire: l'expédition de 130 millions de factures par la poste entraînerait plutôt une charge supplémentaire et donc une hausse des primes, car elle générerait des coûts plus élevés pour les hôpitaux et les cliniques. H+ souhaite que les partenaires tarifaires et les autorités développent des standards pour l'expédition et l'enregistrement électroniques, afin d'éviter un envoi de papier coûteux et écologiquement aberrant. Pour pouvoir intégrer la copie de la facture au dossier électronique du patient «à sa demande» il est nécessaire de modifier les dispositions correspondantes dans la LAMal et la LDEP

7 Renforcer le contrôle des factures

Dans le but de garantir un contrôle systématique des prestations et des factures par les assureurs, H+ approuve le renforcement de la surveillance des assureurs par le DFI/OFSP et la réalisation de davantage d'audits sur place. En 2015 déjà, H+ avait apporté son soutien à la surveillance des caisses par l'OFSP lors d'un audit: il s'agissait d'un cas exemplaire d'abus dans le contrôle des factures par un assureur présentant un taux de contestations extrêmement élevé.

Des adaptations légales ne sont pas nécessaires pour l'instant, selon H+. Il suffit d'appliquer strictement la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. Si le renforcement de la surveillance du contrôle des factures ne devait pas produire les effets escomptés, H+ pourrait envisager, dans une prochaine étape, la création d'un organe indépendant de contrôle des factures pour que les moutons noirs qui multiplient les contestations injustifiées et les chicaneries soient rapidement identifiés et que des sanctions soient prises.

H+ soutient donc le renforcement et la standardisation du contrôle des factures, qui permettra de réduire le nombre de contestations et de demandes de renseignements inutiles. L'actuel contrôle des factures ne conduit le plus souvent qu'à un transfert interne à l'assureur des coûts entre l'assurance-maladie et l'assurance accidents ou entre l'AOS et l'assurance privée. Cela ne génère donc pas d'économies conséquentes. Les approches suivantes seraient plus pertinentes. Premièrement: un contrôle des factures unifié pour tous les assureurs. Si les processus

de paiement, de demande de renseignements ou de contestation étaient les mêmes chez tous les assureurs, les hôpitaux, cliniques et institutions de soins pourraient unifier également leurs processus et économiser des coûts. Deuxièmement: les assureurs devraient avoir l'obligation de faire état des effets de leur contrôle et présenter leurs taux de succès et d'échecs. Un benchmark entre les assureurs AOS pourrait ainsi être effectué et les assurés auraient ainsi une idée de la façon dont les assureurs utilisent l'argent de leurs primes. La LAMal donnerait enfin suite à l'exigence du législateur, qui impose non seulement aux fournisseurs de prestations, mais aussi aux assureurs AOS de mener leurs travaux en respectant le principe de l'économie (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, chiffre 223).

Position de H+ sur le renforcement du contrôle des factures

H+ approuve le renforcement de la surveillance des assureurs par le DFI/OFSP, grâce à une application stricte de la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale. H+ soutient en outre le renforcement et la standardisation du contrôle des factures, qui permettra de réduire le nombre de contestations et de demandes de renseignements inutiles.

8 Droit de recours pour les assureurs concernant la planification hospitalière

La planification hospitalière régionale prévue par la LAMal est déjà très fastidieuse et complexe. Elle est la source d'interminables litiges devant la justice. H+ s'oppose à un droit de recours supplémentaire, étranger au système, pour les assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux. La responsabilité de la garantie de l'offre en soins incombe aux cantons, c'est la raison pour laquelle les assureurs n'ont pas à se mêler de ce domaine, comme ils n'ont pas à le faire de l'admission des fournisseurs de prestations.

H+ rejette le droit de recours des assureurs concernant les listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS. Lorsqu'ils promulguent leurs listes, les cantons doivent tenir compte de l'offre en soins médicaux pour la population. Le droit de recours proposé dans le projet risque de créer davantage de litiges qui seront au final à la charge des payeurs de primes.

Position de H+ sur le droit de recours des assureurs (LAMal art. 53 al. 1bis)

H+ s'oppose catégoriquement à un droit de recours supplémentaire, étranger au système, pour les assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux relatives à la planification et à la liste des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux.

9 Système de prix de référence pour les médicaments

H+ rejette le système de prix de référence tel que proposé. Lorsque plusieurs produits ayant la même composition de substances actives sont commercialisés (préparations originales, médicaments en co-marketing, génériques ou biosimilaires), ce système menacerait fortement la sécurité de l'approvisionnement du marché suisse et des hôpitaux.

Les pharmacies d'hôpitaux sont confrontées aujourd'hui déjà à d'importantes difficultés d'approvisionnement. De plus en plus de médicaments anciens et peu onéreux disparaissent du marché suisse et la pénurie n'en est souvent que le signe avant-coureur. La proposition consistant à utiliser le prix de référence à partir de trois médicaments de même composition de substances actives répertoriés dans la LS ne résout en aucun cas le problème. On a vu par le passé qu'en cas de difficultés de livraison, les médicaments, qui ne sont commercialisés que par trois entreprises en Suisse, se trouvent dans une situation d'approvisionnement critique sur

l'ensemble du territoire. De plus, des produits dont les prix sont particulièrement bas et qui auront une grande influence dans le système de prix de référence, sont en règle générale retirés très rapidement du marché.

Dans ce contexte, il faut considérer d'un œil particulièrement critique la règle selon laquelle la préparation la moins chère devra être en principe remboursée par l'AOS lorsque l'on se trouve en présence de deux médicaments de même composition de substances actives qui ne nécessitent pas de prix de référence. Cela aurait pour conséquence que des médicaments qui se trouvent dans un secteur déjà sous la pression des prix, subiraient une contrainte supplémentaire, avec pour conséquence de nouveaux retraits du marché suisse.

La proposition de coupler la formation du prix de référence avec l'inscription sur la LS fait craindre que des entreprises puissent à l'avenir ne plus être prêtes à annoncer des médicaments à inscrire sur la LS, respectivement puissent être incitées à en retirer.

La formation de groupes de référence reposant sur la similitude des substances actives ne convient pas du tout, selon H+. Car cette proposition ne tient pas compte de différents aspects galéniques. Le choix du produit le mieux adapté pour un patient sera réduit, voire supprimé en pratique, et la sécurité des patients sera menacée.

Les groupes de référence sont particulièrement problématiques pour les médicaments de même substance active ayant une marge thérapeutique étroite et/ou une biodisponibilité fortement fluctuante, pour lesquels un échange de préparation peut entraîner des effets indésirables et, au final, présenter un danger pour le patient (antiépileptiques, psychotropes, immunosuppresseurs, etc.) La proposition d'intégrer les préparations originales et les biosimilaires pour la formation du prix de référence est également problématique selon H+. Jusque-là, le principe d'une substitution entre original et biosimilaire n'a pas été implémenté. L'art. 52a LAMal ne prévoit explicitement que la substitution entre original et générique.

La relation de confiance entre le patient et le fournisseur de prestations serait entamée, car cela entraînerait des discussions inutiles sur le prix à payer, le montant de la prestation remboursée et sur l'adéquation thérapeutique comparée de préparations contenant les mêmes substances actives.

Il serait particulièrement complexe et fastidieux pour tous les acteurs de mettre en œuvre le système de prix de référence proposé. Pour les fournisseurs de prestations et le marché, cela représenterait une augmentation inacceptable de frais administratifs non remboursés. Cette nouvelle réglementation aurait pour conséquence des pénuries d'approvisionnement, des produits d'une qualité douteuse et une forte augmentation des coûts pour tous les partenaires. Les fournisseurs de prestations, qui doivent accepter des marges plus faibles, ne peuvent admettre des charges supplémentaires dans les domaines du personnel et de l'informatique. H+ estime que le système de prix de référence n'offre pas un bon rapport coûts/bénéfice pour le système de la santé. Elle s'oppose à ce projet.

Position de H+ sur le système de prix de référence (LAMal art. 52 al. 1, art. 52a et b)

H+ rejette le système de prix de référence qui représente sous cette forme une grave menace pour la sécurité de l'approvisionnement en médicaments du marché suisse et des hôpitaux.

Nous restons volontiers à votre disposition pour toute information complémentaire. Nous vous renseignons volontiers sur les investigations en cours concernant l'intégration de la copie de la facture dans le DEP et l'intelligibilité des factures. Nous pouvons aussi vous transmettre les contacts avec les services compétents et les parties prenantes.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. G. Bütikofer', with a stylized flourish at the end.

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice

Annexe: Formulaire électronique de la consultation

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : H+ Die Spitäler der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : H+

Adresse : Lorrainestrasse 4A

Kontaktperson : Conrad Engler

Telefon : 031 – 335 11 50

E-Mail : conrad.engler@hplus.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
H+	Siehe Begleitbrief.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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+	42	3 dritter Satz		Der Papierversand von 130 Mio. Rechnungskopien ist nicht mehr zeitgemäss, unökologisch und unsinnig. So ein Papierversand würde Zusatzkosten in der Grössenordnung von 400 bis 500 Mio. Franken auslösen. H+ schlägt deshalb vor, dass die elektronische Rechnungskopie im Tiers payant auf Verlangen im Elektronischen Patientendossier EPD hinterlegt werden kann. Für die Integration der elektronischen Rechnungskopie ins EPD im geschützten Bereich mit der «Vertraulichkeitsstufe geheim» bedarf es gemäss nebenstehendem Antrag eine KVG-Änderung und eine Ergänzung des Geltungsbereiches im EPDG. Eine ausführliche Begründung finden Sie in unserem Begleitbrief.	3 ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person auf Verlangen vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist, und teilt dem Leistungserbringer bei der Patientenaufnahme mit, ob dieser die Rechnungskopie im Elektronischen Patientendossier EPD ablegen kann... .
H+	43	5 erster Satz		H+ unterstützt eine national einheitliche Lösung für ambulante Pauschalen, fordert aber auch die Möglichkeit, weiterhin oder neu Pauschalen zwischen den Leistungserbringern und Versicherern zu vereinbaren für ambulante Leistungspakete oder Spezialbehandlungen, die einer kantonalen Genehmigung bedürfen. H+ betont, dass der Ansatz nationale Tarifstrukturen für ambulante Leistungen (und keine Preispauschalen) konsequent durchgesetzt werden muss, sei es in der erweiterten SwissDRG AG oder über die neue Organisation für Tarifstrukturen ambulante Leistungen.	belassen
H+	47a	1 + 2		Nach dem Vorbild der SwissDRG AG soll eine neue Organisation entstehen, an der auch die Kantone paritätisch beteiligt werden sollen. Entscheidend für den Erfolg ist, dass alle Tarifpartner der Leistungserbringer und Versicherer daran beteiligt sind, die in den	¹ Die anerkannten Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen mit den Kantonen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Bereichen KVG, UVG, IVG und MVG tätig sind. Wichtig ist zudem, dass die neue Organisation dem Bundesrat die Tarifstruktur zur Genehmigung einreicht. Politische Vorgaben sollen im Rahmen von Absatz 2 explizit keine gemacht werden dürfen. Detaillierte Begründung siehe Begleitbrief.	die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist. An der Organisation müssen alle Tarifpartner beteiligt sein, die im KVG und UVG, IVG und MVG tätig sind. ² Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufstellen und stellt sicher, dass die Tarifstruktur datenbasiert, KVG-konform und sachgerecht erarbeitet wird ohne politische Vorgaben.
H+	47a	3		Wenn die Tarifpartner und Kantone das nicht schaffen, kann der Bundesrat wie beim TARMED 1.08_BR und 1.09 Amtstarife erlassen, für die er selbst verantwortlich zeichnet. Er kann das BAG beauftragen, Revisionen durchzuführen, um die Sachgerechtigkeit einer veralteten Tarifstruktur wiederherzustellen.	Streichen.
H+	47a	4		Kein Tarifpartner darf ein Vetorecht für sich beanspruchen, weshalb auch Tarifstrukturen mit Mehrheitsbeschlüssen zur Genehmigung eingereicht werden können.	Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden durch diese Organisation dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet.
H+	47b	2		Ergänzung bei den Einschränkungen im letzten Satz.	... unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips, des Datenschutzes und der Betriebsgeheimnisse der Leistungserbringer und Versicherer.
H+	47b	3		Keine Strafen.	Streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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+	47c			Ergänzend Einbezug von Patientenorganisationen. H+ unterstützt mit dem Bundesrat das Ziel der Kosteneindämmung. H+ lehnt hingegen Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, welche die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern. Siehe Begleitbrief.	¹ Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände erarbeiten zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen Massnahmen zur Steuerung der Kosten. Absätze 5 – 7 streichen.
H+	52			H+ lehnt das Referenzpreissystem ab, da dies aufgrund seiner Ausgestaltung die Versorgungssicherheit mit Medikamenten auf dem Schweizer Markt und insbesondere in den Spitälern massiv bedrohen würde.	Streichen.
H+	53	1bis		H+ lehnt ein zusätzliches, systemfremdes Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime kategorisch ab. Den Versicherern fehlen in diesem Bereich die Legitimation und dafür nötigen Kenntnisse. Siehe Begleitbrief.	Streichen.
H+	59	1		Siehe Begleitbrief.	Belassen.
H+	59	3	g	Siehe Anpassung Artikel 42.3 Siehe Begleitbrief.	Streichen.
H+	59b	1	g	H+ unterstützt die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, die von gewissen gesetzlichen Bestimmungen abweichen. Die Pilotprojekte sollten sich jedoch nicht nur auf Kostensparmassnahmen beschränken, sondern	g. Effizienz der Verwaltungskosten der Versicherer h. Effizienz der Leistungserbringer und in integrierten Behandlungsnetzen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				generell ergänzt und ausgeweitet werden auf medizinisch sinnvolle Behandlungsansätze und Innovationen sowie Effizienzsteigerungen. Es fehlen auch Effizienzfördernde und damit kostensparende Massnahmen bei den Versicherern. Sprachlich regt H+ an, statt «Experimente» konsequent den Ausdruck «Pilotprojekte» zu verwenden. Siehe Begleitbrief.	i. Medizinische Innovationen j. Kantonale Sonderregelungen in der integrierten Versorgung
H+	59b	4 - 6		Zu bürokratisch, kein staatliches Verpflichten. Pilotprojekte müssen auf Freiwilligkeit und Überzeugung basieren. Siehe Begleitbrief.	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.

Versand per E-Mail

An das Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Biel, 4. Dezember 2018

Stellungnahme IFAK Verein zur Einführung eines Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

(Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September hat der Vorsteher des Eidg. Departementes des Innern die Vernehmlassung im oben genannten Geschäft mit Frist bis 14.12.18 eröffnet.

Der IFAK Verein vertritt die wirtschaftlichen Interessen von derzeit 320 unabhängigen Apotheken. Obwohl er in der Vernehmlassung nicht als Adressat aufgeführt ist, nimmt er gestützt auf Artikel 4 des Vernehmlassung-Gesetzes Stellung.

Der Vorstand des IFAK Vereins hat an seiner Sitzung vom 22.11.2018 die Vernehmlassungs-Vorlage beraten und einstimmig beschlossen, die vom BAG vorgestellten **Modelle für die Einführung eines Referenzpreissystems abzulehnen**.

Der IFAK Verein teilt die Meinung, dass wir die aufgrund der immer teurer werdenden Behandlungen und steigenden Lebenserwartung wachsenden Gesundheitskosten in den Griff bekommen müssen. Die vorgeschlagene Methode ist aber der falsche Weg. Sie führt zu einer eigentlichen Generikastrafe. Generika sind aber ganz sicher nicht die Kostentreiber. Das Billigste ist nicht immer das Günstigste.

Unsere Ablehnung begründen wir wie folgt:

Auslandpreisvergleiche sind unzulässig und falsch

Das BAG und der Bundesrat betonen immer wieder, dass Generika in der Schweiz mehr als doppelt so teuer sind wie im Ausland. In der Schweiz sind die Produktionsmengen im Vergleich zur EU sehr klein und die Zulassungsverfahren bei Swissmedic aufwendig und kostspielig. Die zu erbringenden Dienstleistungen - bis die Medikamente beim Patienten sind - fallen in der Schweiz zu Schweizer Löhnen, mit Schweizer Infrastruktur, Schweizer Gesetzen und Regulierungen an. Mit unzulässigen Auslandspreisvergleichen werden aber ironischerweise gerade die kostengünstigen Generika an den Pranger gestellt.

Seite 1

IFAK Verein

Bözingenstrasse 162 / PF 6045 / CH-2500 Biel 6
Telefon 032 - 344 10 32 / Telefax 032 - 344 10 25
www.ifakverein.ch / info@ifakverein.ch

Verein für die unabhängige Apotheke

In der Schweiz gibt es rund 200 generikafähige Wirkstoffe weniger als in Deutschland. Der Schweizer Markt ist zu klein, als dass es sich für die Industrie ökonomisch lohnen würde, für alle Wirkstoffe ein Generikum zu entwickeln.

Allein die Verpackungsvorschriften in der Schweiz stellen eine hohe Zulassungshürde für Generika dar. Ein Generikum muss in allen Packungsgrößen und galenische Formen produziert werden wie das Originalpräparat. Dies ist per se nicht abzulehnen, erlaubt aber eben den Vergleich mit dem Ausland-nicht.

Generika sind keine Kostentreiber

Generika werden zu Unrecht für die Kostenexplosion im Schweizer Gesundheitssystem mitverantwortlich gemacht. Sie verursachen nämlich lediglich 11 Prozent der Medikamentenkosten. Das entspricht minimalen 1.3 Prozent der Gesamtkosten. Generika leisten einen substantiellen Beitrag zu den Sparanstrengungen im Schweizer Gesundheitssystem und deren Preise sinken seit über einem Jahrzehnt kontinuierlich. Die Einsparungen mit Generika betrugen im Jahr 2017 CHF 415 Mio.

Dem gegenüber machen Medikamente mit einem ex-factory Preis von über CHF 880 zwar nur 0.7 Prozent des SL-Marktes aus, verschlingen aber 32 Prozent der Medikamentenkosten. Tendenz steigend (Quelle: IQVIA). Das vom BAG vorgeschlagene Festbetragssystem lässt aber genau den Bereich unberührt, der die wirklichen Kosten verursacht.

Mehraufwand und -kosten durch schlechtere Therapietreue

Die Betreuung eines Patienten ist ein Prozess in vielen Schritten. Der Therapieerfolg hängt entscheidend vom Therapie begleitenden Dialog zwischen Arzt / Apotheker und Patient ab. Nur so baut sich gegenseitiges Vertrauen auf. Eine Verordnungspraxis nach dem Billigstprinzip hat massive Auswirkungen auf die Therapietreue und damit auf den Erfolg. Dies zeigen die Erfahrungen aus Ländern der EU. Patienten werden dort bereits entweder zum Medikamentenwechsel oder zur Bezahlung des Differenzbetrags gezwungen. Diese Zuzahlungen werden ihrer Franchise nicht angerechnet. Ohne Aufzahlung bekommen Beitragszahler nicht mehr jenes Präparat, das sie kennen und dem sie vertrauen. Dies führt zu unerwünschten Wirkungen und zu einer verschlechterten Therapietreue. Die Patienten sind durch ständige Medikamentenwechsel verunsichert und überfordert. Dadurch passieren viele Fehler bei der Einnahme der Medikamente (Doppel Einnahme, falsche Medikamente, etc.) mit der Folge von teuren Spitalaufenthalten. Patientinnen und Patienten wären deshalb die grossen Verlierer in diesem System.

Einschränkung der Therapie- und Wahlfreiheit

Die vom BAG vorgeschlagenen Modelle schränken die Wahlfreiheit der Ärzte, Patienten und Leistungserbringer erheblich ein. BAG und Krankenkassen diktieren darin die Medikamentenauswahl.

In der Vergangenheit haben sich Schweizer Versicherte in Volksabstimmungen mit ähnlicher Zielrichtung stets gegen solche Einschränkungen entschieden. Schweizer Patientinnen und Patienten wollen selbst bestimmen. Eine deutliche Mehrheit der Schweizer Bevölkerung sprach und spricht sich für den Erhalt der Wahlfreiheit bei Medikamenten aus, selbst wenn dadurch ein paar Franken Prämien gespart werden könnten. (gemäss einer Umfrage Gfs Zürich). Ein Festbetragssystem würde nur zu marginalen Prämienenkungen führen, die vom Versicherten kaum wahrgenommen würden.

Gefährdung der Versorgungssicherheit durch vermehrte Lieferengpässe

BAG und Krankenkassen haben den Fokus auf eine Kostensenkung, jedoch nicht auf Qualität und Versorgungssicherheit gerichtet. Dies wird dazu führen, dass wichtige Notfallmedikamente und verbesserte Verabreichungsformen für Kinder und Senioren in Zukunft nicht mehr selbstverständlich erhältlich sind. Schon heute zeigen die langen Listen von Swissmedic, dass lebensnotwendige Medikamente wie Antibiotika teilweise nicht verfügbar sind. Diese prekäre Situation wird sich mit der Einführung eines Festbetragssystems weiter zuspitzen.

Wirkstoffe, welche heute schon günstig sind, werden vom Markt verschwinden. Als Ausweg wird auf die teureren Originalpräparaten zurückgegriffen werden müssen. Die Hälfte aller Generika kosten heute schon weniger als 20 Franken (ex-factory). Die Grenze zur Unwirtschaftlichkeit ist für viele Produkte bereits gegeben. Durch die vorgestellten Modelle kommt es nach der erneuten, unverhältnismässigen Preissenkung zu noch tieferen Erträgen bei den Herstellern. Reduzierte Dienstleistungen und kleinere Lager sind die Folge davon, was zu vermehrten Lieferschwierigkeiten führen wird. Nicht selten müssen Anbieter die Vermarktung von kostengünstigen Generika und Biosimilars schlussendlich einstellen. Das Festpreissystem mit seinem faktischen Monopol für den billigsten Anbieter beschleunigt diese Entwicklung rasant. Diese Schwächung der Generikaindustrie wirkt sich kontraproduktiv auf das Ziel der Förderung von Generika und Biosimilars aus.

Die Versorgungssicherheit wird auch deshalb gefährdet, weil sich die Hersteller angesichts der stark gesenkten Preise auf noch weniger Produkte und Wirkstoffe konzentrieren müssen und auch keine Zusatzleistungen mehr anbieten können. Die Auswahl an Arzneimitteln wird dadurch kleiner. Dies bei erhöhtem Aufwand für den Leistungserbringer und schlechterer Beratung und Betreuung durch die Herstellerfirmen.

Der IFAK Verein schlägt, anstelle des Kahlschlags, der mit der Einführung des Referenzpreissystem erfolgen würde, nachhaltige und lösungsorientiertere Anpassungen, resp. Massnahmen vor:

Das Potential einer erhöhten Marktdurchdringung von Generika liegt bei rund 150 Mio. Franken. Es gilt, dieses Potential durch Schaffung der richtigen Anreize auszuschöpfen. Dies könnte unter anderem damit erreicht werden, dass eine möglichst einheitliche Vertriebsabgeltung von Originalen und Generika eingeführt wird.

Es sollten ebenfalls Anreize geschaffen werden, damit es sich für die Hersteller lohnt, auch für kleinere Nischenprodukte Generika zu entwickeln.

Weiter sollte bei den hochpreisigen Medikamenten, welche im Verhältnis zu ihrem Mengenanteil einen sehr hohen, tendenziell steigenden, Umsatzanteil haben, die Preisbildung überdacht und angepasst werden.

Kosten sparen im Gesundheitswesen muss sein, es darf aber nicht auf Kosten der qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung – zu Lasten aller Schweizerinnen und Schweizer – passieren.

Für die Berücksichtigung unseres Anliegens danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse

IFAK Verein



Dr. C. M. Hysek
Präsident

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : IFAK Verein - Verein für die unabhängige Apotheke

Abkürzung der Firma / Organisation : IFAK Verein

Adresse : Bözingenstrasse 162, 2500 Biel 6

Kontaktperson : Dr. Claus Hysek

Telefon : 032 344 10 32

E-Mail : info@ifakverein.ch

Datum : 4.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	7

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Der Vorstand des IFAK Vereins hat an seiner Sitzung vom 22.11.2018 die Vernehmlassungs-Vorlage beraten und einstimmig beschlossen, die vom BAG vorgestellten Modelle für die Einführung eines Referenzpreissystems abzulehnen. Die Begründung der Ablehnung lassen wir Ihnen im Anhang (Word Dokument) zukommen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 28. November 2018

Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 – Einführung eines Referenzpreissystems

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 14. September 2018 wurde die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Wir konzentrieren uns dabei auf Punkt 7 des Vernehmlassungspakets, die Einführung eines Referenzpreissystems.

I. Vorbemerkungen

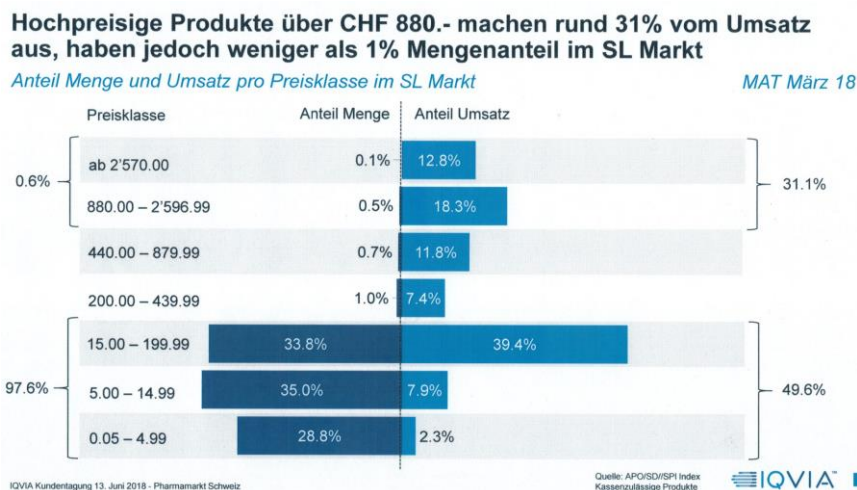
Die Versorgungssicherheit ist akut gefährdet

Die Medienberichterstattungen der vergangenen Monate und die alarmierenden Rückmeldungen von Leistungserbringern zeigen auf, dass unserem Land immer häufiger Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln der Grundversorgung drohen werden, da deren Herstellung wegen mangelnder Rentabilität und zu hoher bürokratischer Hürden in der Schweiz nicht mehr stattfindet. Als Beispiele können Antibiotika und Impfstoffe genannt werden.

Der ständig zunehmende Preisdruck auf Arzneimittel im unteren Preissegment drängt Anbieter im Bereich der Grundversorgung aus dem Markt, weil sie ihre Produkte ohne die betriebswirtschaftlich notwendigen Erträge oder sogar unter den Gestehungskosten verkaufen müssten. Der Preisdruck führt ausserdem dazu, dass immer mehr günstige Arzneimittel der Grundversorgung (auch Generika) oder zumindest deren Wirkstoffe in Billigländern wie Indien und China bei Lohnherstellern produziert werden müssen. Daraus resultieren hohe Abhängigkeiten und eine massive Gefährdung der Versorgungssicherheit, weil man nicht nur in weit entfernten, politisch beschränkt zuverlässigen Staaten einkauft, sondern dort auch nur von einigen wenigen Herstellern. Dies führt dazu, dass vermeintliche Konkurrenten auf dem Schweizer Markt ihre Produkte beim gleichen Lohnhersteller produzieren lassen, so dass bereits heute nur eine scheinbare Vielfalt besteht. Hinzu kommt, dass Lohnhersteller in asiatischen Ländern aus Rentabilitätsgründen prioritär die grossen Chargen für grosse Märkte produzieren, was sich für die Schweiz häufig nachteilig auswirkt. Ein ökonomisches wie auch ein juristisches Einwirken auf dieses Verhalten der Lohnhersteller ist in aller Regel aussichtslos.

Wenn sich diese Entwicklung weiter fortsetzt, werden schlussendlich nur noch einige wenige Generikahersteller auf dem Schweizer Markt tätig sein können. Dieser Wegfall von Herstellern führt zu einer weiteren Verschärfung des konkreten Versorgungsrisikos für die Bevölkerung unseres Landes und damit zu einer Gefährdung der Patientensicherheit.

Weiterer Preisdruck im Bereich der Medikamente der Grundversorgung wird aber keinesfalls signifikante Einsparungen bringen. Wie die nachstehenden Grafiken zeigen, machen Arzneimittel der Grundversorgung im unteren Preissegment bis CHF 15.— pro Packung zwar mengenmässig rund 64% der in der Schweiz verkauften Arzneimittel aus, verursachen aber lediglich rund 10% der Medikamentenkosten und damit einen sehr geringen Anteil. Dazu gehören auch die meisten Generika. Demgegenüber machen Arzneimittel mit einem Preis von über CHF 200.— pro Packung nur 2.3% der verkauften Menge aus, verursachen aber über 50% der Kosten. Dies belegen die aktuellen Zahlen von IQVIA (vormals IMS). Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Kosten für Arzneimittel lediglich 9% der gesamten Gesundheitskosten ausmachen.



Eine weitere Darstellung der IQVIA zeigt, dass die Kosten im obersten Preissegment seit 2005 um 773% gestiegen sind, im untersten Preissegment bei einer Zunahme an verkauften Packungen im Umfang von 23,1% aber lediglich um 19.7%. Somit sind die Kosten im untersten Preissegment weniger hoch gestiegen als die Zunahme an verkauften Packungen, womit – relative gesehen – eine Kostensenkung zu verzeichnen ist.

Der Umsatz mit Produkten mit einem ex-factory Preis über CHF 2'570.- hat seit 2005 um rund CHF +558.8 Mio. resp. um +773.0% zugenommen

Im Vergleich dazu bleiben Wert und Menge der günstigsten Produkte seit 2005 ungefähr stabil



Es gibt gute Lösungsansätze

Bedauerlich sind diese Fehlentwicklungen umso mehr, als Vorschläge für Systemverbesserungen und Sparmassnahmen im Medikamentenbereich auf dem Tisch liegen, welche weder die Versorgungssicherheit noch die Patientensicherheit gefährden und keine zusätzliche Bürokratie verursachen würden:

- Ein neues, nach Preisgruppen differenziertes Preisbildungssystem muss geschaffen werden, welches der unterschiedlichen Kostenentwicklung Rechnung trägt. Die IG Schweizer Pharma KMU hat dem Bundesamt für Gesundheit bereits im Jahr 2016 ein entsprechendes Grobkonzept vorgestellt. Es ist realistisch, hier ein jährliches Sparpotential von CHF 100 Mio. einzusetzen.
- Zudem müssen Anreize zur Erhöhung des Generikaanteils geschaffen werden. Der Schweizer Arzneimittelmarkt weist eine der tiefsten Generikadurchdringungen in Europa auf, womit ein erhebliches Sparpotential nicht genutzt wird. Eine Anhebung des Generikaanteils auf das europäische Niveau würde zu jährlich wiederkehrenden Einsparungen von rund CHF 100 bis 200 Mio. führen.
- In der Schweiz werden pro Jahr Medikamente im Wert von ca. CHF 800 Mio. weggeworfen. Ein Grossteil dieses Betrages ist auf mangelnde Therapietreue respektive Therapieabbrüche zurückzuführen, die in der Folge zu weiteren Therapiekosten führen. Diesem Problem muss durch Verbesserung der Compliance (Therapieüberwachung und –begleitung) in enger Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Apothekerschaft, Industrie und Versicherern entgegengewirkt werden. Zurückhaltend gerechnet könnten mit Massnahmen zur Verbesserung der Therapietreue Kosten von mindestens CHF 100 Mio. ausserhalb des Arzneimittelbereiches eingespart und gleichzeitig die durch Medikamentenverschwendung entstehenden Kosten um CHF 100 Mio. reduziert werden.
- Heute ist der Marktzugang für Biosimilars durch Fehlanreize im Zulassungsverfahren OKP (Spezialitätenliste) massiv erschwert. Eine Anpassung der Zulassungsregelung würde zu raschen Markteintritten mehrerer Biosimilars führen. Vorsichtige Schätzungen gehen von einem jährlich wiederkehrenden Sparpotential von CHF 50 - 100 Mio. aus.

Ausserdem bedarf es dringend eines gezielten Programms zur Sicherstellung der Patienten- und Versorgungssicherheit durch Reduktion der Abhängigkeit von beschränkt stabilen Zulieferstaaten wie Indien oder China.

II. Das Referenzpreissystem

Im Lichte der vorstehend dargelegten Alternativmassnahmen, mittels derer ohne Beeinträchtigung der Patientensicherheit, ohne zusätzliche Bürokratie, ohne Verlust an Rechtsstaatlichkeit und ohne weitere Gefährdung der Versorgungssicherheit erhebliche Einsparungen im Arzneimittelbereich möglich wären, lehnen wir die Vorlage betreffend Einführung eines Referenzpreissystems in beiden zur Diskussion gestellten Varianten entschieden ab.

Ferner lehnen wir die zehnte, in das Revisionspaket «eingeschmuggelte» Massnahme 24 aus dem Expertenbericht (Billigstprinzip bei zwei wirkstoffgleichen Präparaten) ebenso dezidiert ab.

1. Vorbemerkung: Regulierungsfolgenabschätzung fehlt

Dem Handbuch für Regulierungsfolgenabschätzung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, Stand März 2013 ist zu entnehmen: «Bei der Durchführung einer Vernehmlassung sind die Resultate der RFA zu dieser Phase im erläuternden Bericht darzulegen.»

Auf der Webseite des SECO ist zum Thema Regulierungsfolgenabschätzung folgender Satz zu finden: "Bei der Durchführung der Vernehmlassung sind die ersten Resultate der RFA im erläuternden Bericht darzulegen."

<https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/wirtschaftslage---wirtschaftspolitik/wirtschaftspolitik/regulierung/regulierungsfolgenabschaetzung.html>

Dem erläuternden Bericht zur Vorlage ist demgegenüber auf Seite 63 zu entnehmen: «Erst die noch laufende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) wird eine genauere Analyse der möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und mögliche weitere Optimierungen erlauben. Die Ergebnisse der RFA werden gegen Ende des Jahres vorliegen.»

Die Tatsache, dass in der vorliegenden Revisionsvorlage eine Regulierungsfolgenabschätzung vollständig fehlt, verstösst somit eindeutig gegen bestehende Regelungen und Weisungen. Dementsprechend ist eine adäquate Beurteilung der Vorlage im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens gar nicht möglich.

2. Zusätzliche Massnahme platziert

Neben der Einführung eines Referenzpreissystems (Massnahme 22 des Berichtes der Expertengruppe) soll via Art. 52b KVG auch die Massnahme 24 des Berichtes («Anpassung des Substitutionsrechts») eingeführt werden. Dies ist den allgemeinen Ankündigungen zur Vorlage nicht zu entnehmen, faktisch wird damit eine zehnte Massnahme umgesetzt. Dabei handelt es sich um die Einführung des Billigstprinzips bei zwei Arzneimitteln mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste.

3. Verlust an Rechtsstaatlichkeit

Gemäss Art. 52 Abs. 1bis des Entwurfes sollen sowohl Referenz- als auch Höchstpreise auf Verordnungsstufe geregelt werden, was für die Hersteller zu einem erheblichen Verlust an Rechtsstaatlichkeit führen würde. Dies deshalb, weil heute alle Preise der Spezialitätenliste auf Verfügungsbasis mit Rechtsmitteln festgelegt werden. Der Bundesrat begründet diesen

Abbau an Rechtsstaatlichkeit damit, dass künftig ein Preis für mehrere Hersteller gelten würde, weshalb individuelle Verfügungen nicht mehr möglich seien. Für solche Konstellationen sieht das schweizerische Recht das Instrument der Allgemeinverfügung vor, welche ein Beschwerderecht weiterhin ermöglichen würde und durch entsprechende Ausgestaltung ohne weiteres an die hier bestehenden, systemischen Bedürfnisse angepasst werden könnte. Auf diesem Weg könnte ein Verlust an Rechtsstaatlichkeit vermieden werden.

4. Weniger Versorgungssicherheit

Die bereits heute durch die laufenden Preissenkungsmassnahmen bestehende Gefährdung der Versorgungssicherheit wird sich weiter akzentuieren. Es kann hierzu auf die einleitenden Vorbemerkungen sub I. verwiesen werden.

5. Gefährdung der Patientensicherheit – mehr weggeworfene Medikamente

Die durch Referenzpreissystem und Billigstprinzip notwendigen Medikamenten- und Therapiewechsel können die Patientensicherheit gefährden. Da bei einem systembedingten Medikationswechsel häufig angebrochene Packungen des vorher verwendeten Arzneimittels übrigbleiben, wäre mit einer Zunahme an weggeworfenen respektive zu entsorgenden Medikamenten und dadurch mit entsprechenden Mehrkosten zu rechnen.

6. Mehr Bürokratie

Sowohl die Einführung des Referenzpreissystems als auch die Einführung einer Begründungspflicht bei Nichteinhaltung des Billigstprinzips nach Art. 52b KVG würden zu erheblichem bürokratischem Aufwand bei Leistungserbringern und Versicherern führen.

7. Ausnahmelisten drohen

Es gibt Indikationen, bei denen eine Substitution durch den Apotheker aus medizinischen Gründen nicht vorgenommen werden darf, weil der Patient bei der Umstellung von einem Medikament auf ein anderes vom Arzt in mehreren Behandlungsschritten neu eingestellt werden muss.

Auch kann es bei Substitutionen aufgrund unterschiedlicher Hilfsstoffzusammensetzung eines Generikums zu heftigen Unverträglichkeitsreaktionen kommen, zum Beispiel bei in der Bevölkerung weit verbreiteten Unverträglichkeiten von Laktose- und Gluten. Zur Illustration verweisen wir an dieser Stelle auf die Problematik rund um das Schilddrüsenhormon-Präparat Levothyrox von Merk in Frankreich, das dem Präparat Euthyrox derselben Firma in der Schweiz entspricht. Dort hat eine Umstellung auf andere Konservierungsstoffe bei rund 15'000 Patienten zu zum Teil ernsthaften gesundheitlichen Problemen geführt, sodass kurzfristig Alternativ-Präparate aus dem Ausland zugelassen und eingeführt werden mussten. Solche Konstellationen machen die Festlegung von Ausnahmen notwendig. Die Schaffung einer entsprechenden Ausnahmeliste würde zu Verkomplizierungen und noch mehr Bürokratie führen, wie in Deutschland bereits geschehen. Auch würde durch eine lückenhafte Umsetzung die Patientensicherheit zusätzlich gefährdet.

8. Wirkstoff versus Indikation

Nicht alle Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung haben auch identische Indikationen. Eine Substitutionspflicht, die sich ausschliesslich an der Wirkstoffzusammensetzung orientiert, wäre somit nicht sachgerecht, weil sie die Substitutionen von verschriebenen Arzneimitteln durch andere verursachen würde, die von Swissmedic mangels klinischer Evidenz für diese Indikation gar nicht zugelassen wurden. Um solche Fehler zu vermeiden,

müssten wiederum Ausnahmelisten erstellt werden, woraus sich dann weitere Umsetzungsprobleme ergäben, die zu noch mehr Bürokratie und unnötigen zusätzlichen Gefährdungen der Patientensicherheit führten.

9. Spareffekt völlig unklar

Mangels Regulierungsfolgenabschätzung liegen keine verlässlichen Zahlen zum Spareffekt der vorliegenden beiden Massnahmen im Arzneimittelbereich vor. Deshalb ist auch nicht quantifiziert, welche zusätzlichen neuen Kosten durch Therapiewechsel (Bürokratie und weggeworfene Arzneimittel) und Begründungspflicht bei Abweichung vom Billigstprinzip (Bürokratie) entstehen, die gegenzurechnen wären. Eine seriöse Vernehmlassung ist in Ermangelung dieser Informationen kaum möglich.

10. Deutlich bessere Massnahmen mit ausgewiesenem Spareffekt liegen auf dem Tisch

Wie bereits vorstehend ausgeführt, haben breite Kreise des schweizerischen Gesundheitswesens alternative Sparmassnahmen vorgeschlagen, welche ein quantifiziertes Sparpotential ausweisen, zu keinerlei Nachteilen für die Patientenüberwachung führen, die Versorgungssicherheit nicht weiter verschlechtern und keine zusätzliche Bürokratie verursachen. Darauf sind weder Bundesrat noch Verwaltung bis heute eingetreten – aus unerfindlichen Gründen.

Zusammenfassend danken wir im Voraus bestens für die wohlwollende Prüfung unserer Vernehmlassung und bitten Sie um deren Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüssen

Die Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU



Bioforce 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme

Name / Firma / Organisation : Intergenerika

Abkürzung der Firma / Organisation : Intergenerika

Adresse : Altmarktstrasse 96, 4410 Liestal

Kontaktperson : Dr. Axel Müller, Geschäftsführer

Telefon : 061 927 64 08

E-Mail : axel.mueller@intergenerika.ch

Datum : 4.12.2018

Gelöscht: 14

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	14
Weitere Vorschläge	21
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Intergenerika	1. Allgemeines Intergenerika lehnt beide vom Bundesrat vorgeschlagenen Modelle vollumfänglich ab. Das System zur Festsetzung der Generikapreise wurde erst vor kurzem angepasst und erheblich verschärft. Dieses System hat in der kurzen Zeit bereits zu erhöhten Einsparungen geführt. Alleine die Preissenkungen in 2017 haben zu Einsparungen von CHF Mio. 146.5 im patentabgelaufenen Bereich geführt (Generika CHF Mio. 60.1, Originale CHF Mio. 86.4). Es ist aus unserer Sicht überstürzt, wenn dieses wirksame System kurz nach dessen erfolgreicher Einführung bereits wieder verworfen wird, bevor es seine Wirkung nachhaltig entfalten konnte. Die Kosten-senkenden Wirkungen des bestehenden Systems sind garantiert, während die Auswirkungen des neuen Systems unsicher sind. Es ist mit erheblichen Kollateralschäden und unerwünschten Nebeneffekten für Patienten, Leistungserbringer und Generikahersteller zu rechnen. Vor allem Patienten wären die grossen Verlierer in diesem System. Das bestehende System, zusätzlich zum definiertem Preisabstand zum Originalpräparat und dynamischem differenzierten Selbstbehalt, hat sich bewährt. Es wird von den Beteiligten aus folgenden Gründen akzeptiert und geschätzt: • Es garantiert die Wahlfreiheit für die Patienten und gibt ihnen Gewissheit, eine gleichbleibende Medikation ohne ständige Wechsel zu erhalten • Eine Medikation ohne ständige Wechsel erhöht die Therapietreue und den Behandlungserfolg und vermindert dadurch kostenintensive Hospitalisierungen • Es erhöht die Versorgungssicherheit von Medikamenten in verschiedenen Darreichungsformen und Packungsgrössen, auch in Nischenindikationen • Es ermöglicht eine vorhersehbare und sozialverträgliche Belastung für den Patienten mit Selbstbehalt und Franchise ohne Zuzahlung in der Apotheke • Es gibt Planungs- und Rechtssicherheit für Hersteller und den von ihnen vertriebenen Arzneimittel • Es ermöglicht Wettbewerb unter den Herstellern und führt zu regelmässigen signifikanten Einsparungen im Patent-abgelaufenen Bereich Mit den beiden vorgeschlagenen Referenzpreismodellen werden diese Vorteile nicht nur verschwinden, die Grundversorgung in der Schweiz mit kostengünstigen Generika wird Schaden nehmen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

2. Stellungnahme zu Modell 1 (Modell mit Preisabschlag)

2.1 Allgemeines

Dieses Modell führt nicht zu einer Förderung von Generika und Biosimilars wie vom Bundesrat beabsichtigt, sondern wird mittelfristig den Schweizer Generika – und Biosimilars-Markt zerstören oder zumindest sehr stark reduzieren. Zwar führt das Modell mit Preisabschlag zu einer einmaligen Preissenkung, diese wird jedoch von den Prämienzahlenden finanziell kaum wahrgenommen, da ihre Wirkung auf die Höhe der Prämie - wenn es überhaupt zu einer solchen Auswirkung kommt - verschwindend klein sein wird. Allerdings führt eine solche Preissenkung zu einer starken Reduktion der Versorgungssicherheit und der Versorgungsqualität, welche von den Patienten dann sehr wohl wahrgenommen wird. Intergenerika lehnt dieses Modell vollumfänglich ab.

2.2 Auswirkungen auf den Patienten und Prämienzahler

Mit Blick auf die Behandlung werden die Patienten und Prämienzahler Einbussen hinnehmen müssen.

Die Wahlfreiheit der Patienten wird eingeschränkt. Sie riskieren, je nach Wahl des Arzneimittels, eine Zuzahlung leisten zu müssen, da die Versicherer nur noch bestimmte Arzneimittel zum Referenzpreis vergüten müssen. Dass die Wahlfreiheit bei den Patienten einen hohen Stellenwert hat, zeigte die Abstimmung über die Einheitskasse. Die Vorlage wurde am 28.9.2014 von 61.9% der Stimmenden und 19 Ständen verworfen (<https://www.srf.ch/news/schweiz/abstimmungen/abstimmungen-vom-28-9-2014/einheitskasse>).

Langzeitpatienten werden mit häufigen Medikamentenwechseln konfrontiert werden, wenn die Wirkstoffpreise in kurzen Abständen überprüft und angepasst werden und die Versicherer nur das günstigste Arzneimittel vergüten. Dass solche häufigen Medikamentenwechsel insbesondere bei Dauertherapie die Therapietreue (Compliance) negativ beeinflussen, ist bekannt. Langfristig resultieren daraus höhere Kosten für die OKP, weil sich die Krankheiten bei fehlender Compliance oder ungenügender Behandlung verschlimmern.

Die Auswahl an Arzneimitteln mit Zusatznutzen (spezielle Galenik, unterschiedliche Dosisstärken und Packungsgrößen, teilbare Tabletten, etc.), wird kleiner werden, da die Hersteller bei den vorgesehenen Preisabschlägen über weniger Mittel verfügen werden. Auch wird wegen der Unsicherheit, ob ihr Produkt von den Krankenversicherungen überhaupt noch vergütet werden wird, kein Anreiz mehr bestehen, solche spezielle, von den Patienten geschätzten Formen zu entwickeln. Darunter werden jene Patienten leiden, die gegebenenfalls dann mit einem für sie nicht optimalen Arzneimittel behandelt werden müssen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Die allfälligen finanziellen Einsparungen werden vom Patienten zudem kaum wahrgenommen. Im Gegenteil, sie wirken sich sogar in Form von zusätzlich zu leistenden Zuzahlungen in der Apotheke negativ für ihn aus. Zudem werden seine Zuzahlungen nicht auf seine Franchise angerechnet. Sein Selbstbehalt - falls er ein Generikum auf Referenzpreisniveau akzeptiert - wird nur unmerklich um ein paar Rappen günstiger sein als dies im heutigen System der Fall ist. Verordnet der Arzt aus medizinischen Gründen ein bestimmtes, teureres Medikament, muss der Patient Zuzahlungen leisten. Diese summieren sich nach Berechnungen von bwa Consulting, Bern, auf CHF Mio. 41.7 pro Jahr. Das Gleiche gilt auch, wenn wegen Versorgungsengpässen bei Generika nur noch das Original erhältlich ist. Falls sämtliche Einsparungen im Patent-abgelaufenen Bereich von ca. CHF Mio. 423 (Basis 2017, Quelle bwa Consulting) von den Krankenkassen an ca. 8 Mio. Versicherte vollständig weitergegeben würden, würde dies zu einer einmaligen Senkung der monatlichen Patientenprämie von etwa 4 bis 5 Franken führen. Diese Einsparung ist kleiner als die jährliche Prämiensteigerung ausmacht, d.h. der Effekt würde vom Patienten gar nicht wahrgenommen. Darüber hinaus zeigte eine repräsentative Studie, durchgeführt von Gfs Zürich in 2017, dass 3 von 4 Patienten nicht bereit wären auf ein Modell zu wechseln, welches nur das günstigste Generikum anbietet, auch wenn die Prämie damit pro Monat um 5 Franken sinken würde. Im Ergebnis würden gesunde Versicherte bei den Krankenkassenprämien zwar marginal entlastet, Patienten jedoch müssten mehr bezahlen, zusätzlich zu ihren neben Franchise und Selbstbehalt bereits im Vergleich zum Ausland hohen „out-of-pocket“- Zahlungen. Bei diesen liegt die Schweiz im Vergleich zum Ausland ganz vorne. Sie machen 28 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aus, im OECD-Schnitt sind es bloss 20 Prozent: (https://www.oecd.org/switzerland/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-SWITZERLAND.pdf). Das Modell führt auch dazu, dass die Preise zwischen patentabgelaufenen Originalpräparaten und Generika zu einem grossen Teil angeglichen werden. Damit fällt der Preisvorteil der Generika im Vergleich zum heutigen Modell weitgehend weg, und die Patienten haben gar keinen Anreiz mehr Generika zu verwenden. Zudem wird das Prinzip des differenzierten Selbstbehaltes, welches im heutigen System für einen gewissen Preiswettbewerb unter den Firmen sorgt, im Referenzpreismodell eliminiert. Gleichzeitig sinkt auch die Differenz beim Selbstbehalt des Patienten zwischen Original und Generikum im Vergleich zu heutigen System. Deshalb wird der Patient in Zukunft weniger Anreize haben als heute, ein Original durch ein Generikum zu ersetzen. Die negativen Folgen für den Generikamarkt und die Versorgungssicherheit werden nachfolgend dargestellt.
--	---

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

2.3 Auswirkungen auf den Markt

a) Preise der Generika / Biosimilars und Versorgungssicherheit

Die neueren Generika liegen bereits heute auf dem geplanten, sogenannten „Höchstpreis“ (APV minus definierter Preisabstand). Weitere Preissenkungen kämen daher- abhängig von der Anzahl Anbieter - primär durch den vom Bundesrat festzulegenden Preisabschlag auf diesen Höchstpreis zustande. Die Grössenordnung dieses Preisabstandes ist im Gesetz nicht definiert, sondern kann vom Bundesrat in der Verordnung festgelegt werden. Dies bedeutet, dass der Bundesrat die Höhe des Abschlags frei festlegen kann. Da es sich bei den Verordnungen zum KVG nur um so genannte Vollzugsverordnungen handelt, geht eine solche Kompetenz zu weit. Diese müsste im übergeordneten Gesetz festgelegt sein. Andernfalls fehlt die demokratische Legitimierung für die Höhe eines solchen Abzugs.

Ohne verbindliche Angaben zu den Preisabständen, die vom Bundesrat beliebig nach Zeit und Höhe geändert werden können, ist den Herstellern eine vorausschauende Planung und verlässliche Budgetierung nicht möglich.

Bei älteren, sehr preisgünstigen Generika, würde eine Preissenkung auf den nach neuen Regeln definierten „Referenzpreis“ zu Preisniveaus führen, welche in vielen Fällen eine weitere Vermarktung aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr erlauben würden. In der Folge würden vor allem diese preisgünstigen Generika in der Grundversorgung, vom Markt verschwinden, was im Ergebnis zu höheren Kosten der OKP führt und damit den Zielen des KVG zuwiderläuft.

Die vorgesehenen zusätzlichen Preisabschläge werden dazu führen, dass die Hersteller über weniger finanzielle Mittel verfügen werden. Sie müssen in der Folge ihre Kosten optimieren. Da diese bereits heute, aufgrund der letzten Anpassungen, weitgehend optimiert sind, wird es zu einer signifikanten Reduktion von Leistungen mit schwerwiegenden Konsequenzen für die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität kommen:

- Die Hersteller werden ihre Lagerbestände reduzieren. Dies wird zu vermehrten Lieferengpässen und einer Reduktion der Versorgungssicherheit führen, gefolgt von vermehrt notwendigen Medikamentenwechseln beim Patienten.
- Generika mit Zusatznutzen wie zum Beispiel verwechslungssichere Packung, spezielle Galenik, zusätzliche Dosisstärken, etc. werden vom Markt verschwinden, da die teureren Herstell- und Entwicklungskosten nicht mehr getragen werden können.
- Die Hersteller werden versuchen, sich auf umsatzstarke Packungen zu konzentrieren und weniger häufig verschriebene Packungen vom Markt nehmen. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit und die Wahlfreiheit der Patienten.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

- Die als Folge der Preissenkungen sinkenden Umsätze und Erträge werden zu einer Reduktion der generisch erhältlichen Medikamente und in der Folge zu einer Elimination von kleineren Generikaherstellern führen. Es dürfte sich mit der Zeit ein Monopol oder Duopol in der Schweiz bilden.
- Die Vorstellung, dass das Referenzpreissystem zu mehr Wettbewerb im Markt führen wird (Erläuternder Bericht, S.33), trifft nicht zu. Zudem ist die Versorgungssicherheit gefährdet, wenn der Markt von wenigen Firmen abhängig ist. Ein Produktionsausfall bei einem Anbieter wirkt sich in solchen Fällen sehr viel stärker aus, weil kein anderer Anbieter die Lücke füllen kann.
- Durch die Angleichung der Preise von Generika und patentabgelaufenen Originalprodukten werden Generika für Patienten und Leistungserbringer im Vergleich zum heutigen System unattraktiver. Die Generikadurchdringung des Marktes wird im Vergleich zu heute abnehmen, und es wird zu einer Mengenreduktion bei Generika kommen. Dies wiederum hat weitreichende Folgen für die Hersteller.
- Durch die Mengenreduktion werden die Herstellkosten steigen. Die Schweiz hat bereits heute im internationalen Vergleich sehr kleine Mengen, was das Problem der teureren Herstellung noch verschärft.
- Durch die gleichzeitig stattfindende Preisreduktion werden die Deckungsbeiträge und in der Folge die Investitionsmöglichkeiten für Generikafirmen prozentual und absolut stark abnehmen. Dies wirkt sich wiederum auf das Angebot und die Versorgungssicherheit aus.

Ein Rückgang der Generika widerspricht nicht nur den Zielsetzungen der Politik und der Konsumentenorganisationen, welche beide die Verwendung von Generika fördern wollen, sondern letztlich auch den Zielen der Krankenversicherungen (vgl. z.B. die Motion Humbel vom 15.12.2016, Nr. 16.4049 oder Beiträge auf den Webseiten von Krankenversicherern, z.B. unter <https://www.sympany.ch/de/privatkunden/wissenswertes/kundenvorteile/sparen/generikasuche.html> oder <https://www.helsana.ch/de/blog/arzneimittelreport-biosimilars>, besucht am 22.10.2018).

Die aktuelle Ausgestaltung des Referenzpreissystems führt somit zu Konsequenzen, welche der Forderung, mehr Generika und Biosimilars einzusetzen, zuwiderlaufen.

b) Versorgungsengpässe

Intergenerika befürchtet, dass es mit dem neuen Modell vermehrt zu Versorgungsengpässen kommen wird.

- Es ist vorgesehen, dass das Referenzpreissystem erst greift, wenn mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

- Es ist aber nirgends definiert, um was für Anbieter es sich dabei handeln muss. Unbekannt ist auch, ob die Regel auch greift, wenn es beispielsweise zwei grosse Anbieter und einen ganz kleinen Anbieter gibt oder gar nur einen grossen und zwei kleine. Die Versorgungssicherheit bei einer solchen Konstellation ist keineswegs gewährleistet, auch wenn die Zahl der Anbieter die gesetzlichen Vorgaben erfüllt.
- Firmen könnten von einer Vermarktung ihrer Produkte Abstand nehmen, wenn bereits schon drei Anbieter im Markt sind, da sie mit tieferen Preisen einsteigen müssten.
- Es ist vorgesehen, dass der Bundesrat Massnahmen ergreifen kann, wenn die Versorgungssicherheit gefährdet ist. Dies ist in der Praxis kaum wirksam umzusetzen, da oft nicht einmal der Hersteller weiss, wann ein Versorgungsengpass auftritt. Zwar kann der Bundesrat die Preise aufgrund von Lieferschwierigkeiten nachträglich anpassen, dabei ist aber zu beachten, dass Lieferanpassungen im internationalen Handel in der Regel sechs Monate und mehr Reaktionszeit benötigen, wie wir am Beispiel von Valsartan im Augenblick erleben.

Es ist anerkannt, dass die Versorgungssicherheit im schweizerischen Generikamarkt zurzeit hoch ist, gerade im Vergleich zum Ausland. Diese hohe Sicherheit hat vor allem zwei Gründe:

- 1) Die in der Schweiz vergleichsweise höheren Preise lenken die internationalen Medikamentenströme bei „Stock-Out“- Situationen automatisch zuerst in die Schweiz, und allfällige Vorräte werden ebenfalls bevorzugt in die Schweiz gelenkt. Dass dieser Mechanismus mit den vorgesehenen Preissenkungen gefährdet sein wird, zeigt das Beispiel des Spitalmarktes: Im Spitalmarkt sind die Nettopreise bereits heute teilweise unter dem EU-Durchschnitt, womit die Bereitschaft der Hersteller sinkt, bei Lieferschwierigkeiten oder Versorgungsengpässen (zuerst) an Schweizer Spitäler zu liefern.
- 2) Auf Grund der hohen Serviceerwartungen der Kunden ist die Lieferfähigkeit ein wichtiger Wettbewerbsfaktor. Deshalb halten Generikafirmen in der Schweiz überdurchschnittlich hohe Lager, um extern bedingte Lieferschwankungen möglichst auszugleichen. Solche Lager dürften künftig aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr möglich sein, was zu vermehrten Lieferengpässen führen wird.

Das Referenzpreis-System wird aufgrund dieser Gegebenheiten unumgänglich zu vermehrten Versorgungsengpässen führen, da das heute bestehende, ausgewogene System nicht mehr möglich sein wird. Die als Gegenmittel vorgesehenen Massnahmen können die zu erwartenden Folgen des neuen Systems in keiner Art und Weise auffangen oder neutralisieren. Im Gegenteil, die Versorgungsunsicherheit wird sich wegen den aufgezeigten Mechanismen verschärfen.

Mit dem neuen Modell würden die Preise der patentabgelaufenen Originale vermutlich 20% bis 70%, bzw. bei eingeführten Produkten 10-35% unter dem EU-Durchschnitt (neun Referenzländer) zu liegen kommen, da für den Referenzpreis der APV massgebend ist und dazu ein bestimmter Abschlag kommt. Für das Pharmaland Schweiz, mit dem höchsten Lohnniveau in Europa, ist dies eine absurde Situation.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Die Folgen sind absehbar: Einige Originalhersteller werden ihre Originale vom Markt nehmen, da sich deren Vertrieb aufgrund der Fixkosten mit dem massiv reduzierten Ertrag nicht mehr rechnet. Andere werden den Preis auf den Höchstpreis senken und damit nahe am Preisniveau der Generika, bzw. dem Referenzpreis sein. Damit steigt der Druck auf Generika und deren Verschreibung würde einbrechen. Viele Patienten und Ärzte würden das Original vorziehen, wenn es gleich teuer ist wie ein Generikum. Bei stark reduzierter Verschreibung rechnen sich viele Generika betriebswirtschaftlich nicht mehr für die Hersteller, mit der Folge, dass diese vom Markt genommen werden. Der Markt wäre dann mehrheitlich von den Originalpräparaten abhängig. Wie vorstehend gezeigt, werden die Originalhersteller bei sinkenden Erträgen prüfen, welche Arzneimittel noch gewinnbringend vertrieben werden können und welche vom Markt zu nehmen sind. Der Markt wird aber kaum noch Generika enthalten, da diese bereits vorher aus wirtschaftlichen Gründen vom Markt genommen werden mussten. Im Ergebnis führt das vorgesehene Modell zwar zu einer kurzfristigen Preissenkung, gefährdet längerfristig aber die Versorgungssicherheit und Auswahl an Arzneimitteln in erheblichem und wahrscheinlich irreversiblen Ausmass.
	3. Stellungnahme zu Modell 2 (Modell mit Meldesystem) 3.1 Allgemeines Das Modell 2 mit Meldesystem beeinträchtigt ebenfalls sowohl die Behandlungsqualität als auch die Wahlfreiheit der Patienten und Leistungserbringer. Erzwungene Medikamentenwechsel sind im Modell 1 primär eine Folge der verringerten Versorgungssicherheit. Im Modell 2 sind sie systemimmanent, das heisst, das System kann nur funktionieren, wenn es zu dauernden Medikamentenwechseln kommt. Im mengenmässig kleinen Schweizer Generikamarkt mit nur wenigen Anbietern wird dieses Modell nicht funktionieren. In Kürze wird eine Monopol- bzw. Duopol Situation eintreten, mit den bekannten unerwünschten Effekten. Mit Ausnahme des Preiswettbewerbes (dieser würde im Modell 2 eher stattfinden), gelten die gleichen Kritikpunkte wie im Modell 1. Um Wiederholungen zu vermeiden, wird darauf verwiesen. Zusätzlich kommen weitere Kritikpunkte dazu. Diese hängen alle mit den sich einstellenden „Individualverträgen“ (in Deutschland bekannt als „Rabattverträge“) zwischen Krankenversicherern und Medikamentenherstellern zusammen. Intergenerika lehnt auch dieses Modell 2 vollumfänglich ab.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

3.2 Auswirkungen auf die Patienten und Prämienzahler

a) Wahlfreiheit

Im heute bestehenden System haben Patienten und Leistungserbringer eine weitgehende Wahlfreiheit in Bezug auf die Verwendung von Medikamenten. Diese Wahlfreiheit wird vom Schweizer Souverän und ganz allgemein in unserem Gesundheitswesen geschätzt.

Dies zeigen unter anderem die Ergebnisse verschiedener Abstimmungen:

- Die Denner Initiative „Für tiefere Arzneimittelpreise“, welche dazu verpflichten wollte, das jeweils preisgünstigste Medikament und in der obligatorischen Krankenversicherung nur noch Generika – soweit vorhanden – zu vergüten. Die Initiative wurde am 8.6.2000 bereits im Parlament von beiden Räten abgelehnt und danach am 4.3.2001 von rund 70% der Stimmenden verworfen (https://de.wikipedia.org/wiki/Eidgen%C3%B6ssische_Volksinitiative_%C2%ABf%C3%BCr_tiefere_Arzneimittelpreise%C2%BB).
- Die Initiative für eine Einheitskrankenkasse wurde am 28.9.2014 von 61.9% der Stimmenden und 19 Ständen verworfen (<https://www.srf.ch/news/schweiz/abstimmungen/abstimmungen-vom-28-9-2014/einheitskasse>).
- Die Managed Care Vorlage wurde am 17.6.2012 von allen Ständen und 76% der Stimmenden abgelehnt (<https://www.nzz.ch/schweiz/wuchtiges-nein-zur-managed-care-vorlage-1.17249448>).

Die Wahlfreiheit im bestehenden System wird von den Patienten und Leistungserbringern somit hoch bewertet und eingeschätzt. Die empfundene Qualität und Zufriedenheit mit unserem bestehenden Gesundheitssystem wirkt sich letztlich positiv auf die Patienten aus.

Im vorgesehenen Modell 2 fällt die Wahlfreiheit weitgehend dahin, weil die Krankenkassen bestimmen würden, welches Medikament durch Leistungserbringer bzw. Patient zu verwenden ist. Dies ist im Vergleich zu heute eine krasse Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten sowie der Verschreibungsfreiheit der Ärzte. Im Ergebnis leidet die Therapietreue (Compliance) der Patienten und damit das Resultat der Behandlungen, was längerfristig zu höheren Kosten führt. Unseres Erachtens ist es fahrlässig, nur die kurzfristigen Auswirkungen im Auge zu haben, ohne die längerfristigen Konsequenzen ebenfalls zu berücksichtigen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

b) Häufige Medikamentenwechsel mit Risiken für die Patienten

Im Modell 2 wird es noch stärker und regelmässig zu erzwungenen Medikamentenwechseln kommen als in Modell 1. Es ist davon auszugehen, dass für die Mehrheit der Produkte „Individualverträge“ zwischen Krankenkassen und Herstellern abgeschlossen und darin die zu vergütenden Preise definiert werden. Immer wenn ein Anbieter erneut einen tieferen Preis anbietet, was in einem kompetitiven Markt häufig vorkommt, wird ein anderes Arzneimittel das günstigste werden, das dann ausschliesslich noch vergütet wird.

Unfreiwillige Änderungen des verschriebenen Arzneimittels führen erwiesenermassen zu Verwechslungsgefahr bei der Einnahme durch den Patienten, speziell bei polytherapierten Patienten, sowie zu:

- abnehmender Compliance
- einer erhöhten Nebenwirkungsrate, weil die Arzneimittel nicht mehr entsprechend der individuellen Situation und den Bedürfnissen des Patienten ausgewählt werden können
- erhöhtem Medikamentenverbrauch zur Behandlung der sich einstellenden Nebenwirkungen
- zusätzlichen Arztbesuchen und Hospitalisierungen wegen nicht adäquater Medikation

(Quelle: Prof. Dr. Gudrun Neises, Pharm. Ztg. 154. Jahrgang. 19. November 2009, S. 74-77.)

3.3 Auswirkungen auf den Markt und die verschiedenen Akteure

Um allen Patienten das für sie jeweils vergütete Medikament abgeben zu können, müssten Apotheker und selbstdispensierende Ärzte (SD-Ärzte) stets sämtliche Generika an Lager haben. Dies ist für Apotheken nur schwer möglich, für SD-Ärzte dürfte es nahezu unmöglich sein. Die regelmässigen Preissenkungen werden bei den Leistungserbringern zudem immer wieder zu Lagerverlusten führen. Dies wird zur Folge haben, dass gerade SD-Ärzte keine oder nur wenige Generika an Lager halten und diese verschreiben werden. Die Patienten werden in der Folge vermehrt Zuzahlungen leisten müssen, sollten sie nicht auf das billigste Medikament wechseln wollen.

Vertragsänderungen zwischen Krankenversicherern und Generikafirmen werden dazu führen, dass einzelne Medikamente nicht mehr verkauft werden und in der Folge wegen Überschreiten der Haltbarkeit entsorgt werden müssen. Dies bedeutet Lagerverluste bei den Herstellern, gegebenenfalls auch Belastungen für die Umwelt.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Die Komplexität und Bürokratie für Apotheker und SD-Ärzte werden zunehmen. Der bürokratische Aufwand wird auch beim BAG zunehmen, das bereits angekündigt hat, neue Stellen zu schaffen. Dies ist eine fragwürdige Konsequenz, wenn die Kosten im Gesundheitswesen ja gesenkt werden sollen. Als Ergebnis des zu erwartenden Preiskampfes werden nur vertikal integrierte Firmen mittel- und langfristig überleben können. Die Folgen einer solchen Konzentration auf wenige Unternehmen im Schweizer Generikamarkt wurden bereits vorstehend beschrieben. Es ist auch zu erwarten, dass insbesondere Biosimilars neben Generika bei der vorgesehenen Preiskalkulation in den Modellen vom Markt verschwinden werden, obwohl der Bundesrat ja ausdrücklich Biosimilars fördern möchte. Es sei hier erwähnt, dass Entwicklung und Herstellung von Biosimilars sehr komplex und kostenintensiver sind als bei Generika.
	4. Schlussfolgerungen Beide vorgestellten Modelle werden von Intergenerika vollumfänglich abgelehnt. Sie schränken die Wahlfreiheit der Ärzte, Patienten und Leistungserbringer erheblich ein, eine Folge, die von den Schweizer Versicherten angesichts der klaren Verdikte in früheren Volksabstimmungen mit ähnlicher Zielrichtung kaum akzeptiert werden dürfte. Zudem führen sie nur zu marginalen Prämiensenkungen, die vom Versicherten kaum wahrgenommen werden. Kranke werden überdies Zuzahlungen leisten müssen, die nicht ihrer Franchise angerechnet werden. Beide Modelle gefährden die Versorgungssicherheit, weil die sinkenden Preise zu tieferen Erträgen bei den Herstellern führen. Diese werden wiederum mit reduzierten Dienstleistungen und kleineren Lagern reagieren müssen, was zu vermehrten Lieferschwierigkeiten führen wird. Bereits jetzt bestehen immer mehr Lieferengpässe, wie sich auf der Webseite von Swissmedic unschwer erkennen lässt. Mit den vorgestellten Modellen werden kostengünstige Generika und Biosimilars nach der erneuten, unverhältnismässig hohen Preissenkung vermehrt vom Markt zurückgezogen werden. Lieferengpässe in der Grundversorgung der Schweizer Patienten werden bei den noch verbleibenden Produkten häufiger. Damit wird die Generikaindustrie insgesamt geschwächt und der Anteil an Generika und Biosimilars zurückgehen, eine Konsequenz, die dem Willen von Politik und Konsumenten entgegenläuft. Beide wollen Generika und Biosimilars fördern. Die Versorgungssicherheit wird – trotz angeblichen Gegenmassnahmen – auch deshalb gefährdet, weil sich die Hersteller angesichts der stark gesenkten Preise auf weniger Produkte konzentrieren müssen und auch keine Zusatzleistungen mehr anbieten können. Zusätzlich wird die Auswahl an Arzneimitteln kleiner. Die vorgesehenen Änderungen im KVG lassen viele Fragen offen und führen zu Rechtsunsicherheit. Die entsprechenden Detailregelungen in den Verordnungen werden nicht durch das übergeordnete Gesetz abgedeckt sein, was für Vollziehungsverordnungen wie die KVV und KLV kritisch ist. Den entsprechenden Regelungen wird die demokratische Legitimierung fehlen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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. 52	Abs. 1, Abs. 1 ^{bis}	Bst. b,	Die Festlegung der Preise in einer Verordnung verunmöglicht es den davon direkt betroffenen Herstellern, die Preise mit einer Beschwerde anzufechten. Dies ist ein massiver Verlust an Rechten gegenüber dem bestehenden System, bei dem die Preise verfügt werden. Das Verhältnis von Höchst- und Referenzpreis zum Fabrikabgabepreis (FAP) wird nicht definiert. Dies bringt Rechtsunsicherheit für den Hersteller, der mit dem FAP rechnen und planen muss. Auch das Verhältnis zwischen Höchstpreis und Referenzpreis ist nicht definiert.	
	Art. 52a	Abs. 1		Die Formulierung ist irreführend und möglicherweise unrichtig: Das Modell mit der Vergütung des <u>günstigeren</u> Arzneimittels gilt nur, wenn nur zwei Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff bestehen. Wenn „mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung“ bestehen, wie Abs. 1 erwähnt, geht man davon aus, es handle sich um mehr als zwei Arzneimittel, womit das Referenzpreissystem greifen würde.	
	Art. 52a	Abs. 1		Die neuen Regelungen gelten für Arzneimittel „gleicher Wirkstoffzusammensetzung“. Dies soll unabhängig davon gelten, ob es sich dabei um Originalpräparate, Co-Marketing-Arzneimittel, Generika oder Biosimilars handelt. Biosimilars können nach Ansicht von Intergenerika nicht in Referenzgruppen eingeteilt werden, da das Referenzpreissystem auf	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			der Austauschbarkeit der Mitglieder einer Gruppe beruht. Biosimilars sind nach den einschlägigen Grundlagen jedoch nicht automatisch austauschbar mit ihrem Referenzpräparat wie dies bei Generika der Fall ist. Wahrscheinlich sind sie auch untereinander nicht direkt austauschbar. Gemäss der Wegleitung von Swissmedic zur Zulassung von Biosimilars liegt die Austauschbarkeit von Referenzpräparat und Biosimilar in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Während bei Arzneimitteln mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der SL ohne Referenzpreis (das heisst, wenn weniger als drei Produkte in der SL sind), das günstigste nur vergütet werden muss „bei gleicher medizinischer Eignung“, fehlt diese Voraussetzung für die Wahl eines Arzneimittels aus einer Referenzgruppe. Den Entscheid, ob ein Biosimilar gleich geeignet ist für einen Patienten wie das Referenzpräparat, kann nur der Arzt im konkreten Einzelfall treffen. Die Bestimmungen des Referenzsystems verletzen mit Blick auf Biosimilars deshalb die Therapiefreiheit des Arztes und wahrscheinlich dem Anspruch des Patienten auf eine Behandlung, die in seinem Interesse liegt und für ihn am besten geeignet ist. Der Wirkstoff eines Biosimilars ist nach der Wegleitung von Swissmedic nur „im Wesentlichen gleich“ wie der Wirkstoff seines Referenzpräparates, und nicht identisch wie dies bei Generika verlangt wird. Deshalb ist auch die Austauschbarkeit nicht automatisch gegeben. Intergenerika lehnt deshalb den Einbezug der Biosimilars in das Referenzpreissystem ab.	
	Art. 52a	Abs. 2 und 3	Wann ist ein Arzneimittel medizinisch gleich geeignet? Die Kriterien dazu müssten im KVG definiert sein, da die KVV und KLV nur Vollziehungsverordnungen sind. Zudem besteht das Risiko, dass Patienten ungleich behandelt werden, wenn keine verbindlichen Kriterien definiert sind.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Modell 1 mit Preisabschlag	
	Art. 52b	Abs. 1		Zu den Schwierigkeiten bei „Arzneimitteln gleicher Wirkstoffzusammensetzung“ und Biosimilar: siehe Kommentar zu Art. 52a Abs. 1 vorstehend.	
	Art. 52b	Abs. 2		Wird der APV nach den bestehenden Regeln berechnet? Es ist nicht klar, ob der APV mit dem Original oder dem Generikum durchgeführt wird. Nach welchen Kriterien bestimmt sich der angemessene Preisabstand? Gilt dies nur für Generika oder auch für Originale? Wie legitimiert sich gegebenenfalls ein Preisabstand von z.B. 70% für ein Originalpräparat im Vergleich zum heutigen System? Und wie lässt sich rechtfertigen, dass Originale damit erheblich billiger sein werden als im Ausland? Wird der APV publiziert? Falls nein, wie wird dann Transparenz hergestellt, damit die Berechnung überprüft werden kann?	
	Art. 52b	Abs. 3		Nach welchen Kriterien bestimmt sich der angemessene Preisabschlag? Bei mehr als 4 Präparaten mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll der Preisabstand höher sein, weil die Versorgungssicherheit angeblich weniger gefährdet ist. Diese Vermutung muss nicht zutreffen: Die Verfügbarkeit hängt auch vom Hersteller des Wirkstoffes ab (der oft nicht identisch ist mit dem Hersteller des Fertigprodukts). Wenn beim Hersteller des Wirkstoffes ein Engpass besteht, können davon alle Hersteller des Fertigprodukts betroffen sein.	
	Art. 52b	Abs. 4		Diese Bestimmung scheint widersprüchlich: Der Preis in Art. 52 Abs. 1 ^{bis} ist nicht eindeutig definiert, weil in Art. 52 Abs. 1 ^{bis} zwei Preise definiert sind. In Art. 52b Abs. 2 hingegen ist nur der Referenzpreis definiert. Der Höchstpreis kann nach Art. 52 Abs. 1 ^{bis} jedoch nicht der Referenzpreis	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				sein.	
	Art. 52b	Abs. 5		Eine einseitige Preisanpassung nur nach unten widerspricht einer rechtsgleichen Behandlung und wird strikt abgelehnt. Dies gilt umso mehr, als Gesuche für eine Preiserhöhung zurzeit und wahrscheinlich noch längere Zeit nicht bewilligt werden.	
	Art. 52b	Abs. 6		Diese Bestimmung ist aus gesetzgeberischer Sicht kritisch: Bei der KVV und KLV handelt es sich nur um Vollziehungsverordnungen, welche keine zusätzlichen Rechte oder Pflichten begründen dürfen. Alle Regelungen, die in einer Vollziehungsverordnung enthalten sind, müssen bereits im übergeordneten Gesetz enthalten sein. Vollziehungsverordnungen dürfen nur noch Fragen der praktischen Umsetzung regeln. Vorliegend fehlen jegliche Anhaltspunkte oder Kriterien, zum Beispiel wie die Preisabstände zu bestimmen sind. Die Bestimmung wäre sogar als Delegationsnorm für eine gesetzesvertretende Verordnung ungenügend. Mit der vorgesehenen Regelung fehlt die demokratische Legitimierung der neuen Bestimmungen in den Verordnungen.	
	Art. 52b	Abs. 7	Bst. b	Wie weiss der Bundesrat, dass die Versorgung gefährdet ist? Wenn der Lieferengpass eingetreten ist, ist es für eine Anpassung zu spät, da solche Anpassungen im Markt erfahrungsgemäss eine Umsetzungsfrist von 6 Monaten haben. Zudem bewilligt Swissmedic bei Lieferengpässen oft die Einfuhr des betroffenen Arzneimittels aus dem Ausland. Müsste dann nicht dieses „Ersatzarzneimittel“ anstelle des nicht lieferbaren Arzneimittels vergütet werden?	
				Das Modell mit Preisabschlag wird zum Marktrückzug von günstigeren Produkten führen, da sich deren Vertrieb bei noch tieferen Preisen wirtschaftlich nicht mehr rechnen wird. Die Konsequenz wird sein, dass die günstigeren Produkte vom Markt verschwinden, was mittel- und langfristig zu höheren Kosten führt und damit den Zielen des KVG	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				zuwiderläuft.	
				Modell 2 mit Meldesystem	
	Art. 52b	Abs. 1		Zu den Schwierigkeiten bei „Arzneimitteln gleicher Wirkstoffzusammensetzung“ und Biosimilar: siehe Kommentar zu Art. 52a Abs. 1 vorstehend.	
	Art. 52b	Abs. 2		Wie weiss der Bundesrat, dass die Versorgung gefährdet ist? Wenn der Lieferengpass eingetreten ist, ist es für eine Anpassung zu spät, da solche Anpassungen im Markt erfahrungsgemäss eine Umsetzungsfrist von 6 Monaten haben. Zudem bewilligt Swissmedic bei Lieferengpässen oft die Einfuhr des betroffenen Arzneimittels aus dem Ausland. Müsste dann nicht dieses „Ersatzarzneimittel“ anstelle des nicht lieferbaren Arzneimittels vergütet werden?	
	Art. 52b	Abs. 4		Welche Preise sind zu melden? Je nach Versicherer können – entsprechend den individuellen Verträgen – beim gleichen Produkt unterschiedliche Preise gemeldet werden. Wie geht das BAG damit um und was gilt als der massgebende Preis? Wie wird sichergestellt, dass Patienten, die bei verschiedenen Krankenversicherungen versichert sind, gleich behandelt werden? Die vorgesehene Meldehäufigkeit ist zu hoch und führt zu einem unverhältnismässigen bürokratischen Aufwand bei den Herstellern. Meldungen, die häufiger als einmal jährlich gemacht werden müssen, kann das BAG nicht verarbeiten.	
	Art. 52b	Abs. 5		Diese Bestimmung könnte gegebenenfalls kartellrechtlich kritisch sein, wenn damit der Markt eingeschränkt wird, sich mehrere Versicherer gleich verhalten oder die Versicherer einen bestimmten Preis	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				vorgeben. Es besteht das Risiko für Kick-back Zahlungen, wenn ein Hersteller sein Produkt zum Beispiel 10% tiefer anbietet, mit der Krankenversicherung vereinbart, dass diese nur sein Produkt vergütet und die Krankenversicherung den Hersteller als Ausgleich für sein Angebot „entschädigt“.	
	Art. 52b	Abs. 6		Eine einseitige Preisanpassung nur nach unten widerspricht einer rechtsgleichen Behandlung und wird strikt abgelehnt. Dies gilt umso mehr, als Gesuche für eine Preiserhöhung zurzeit und wahrscheinlich noch längere Zeit nicht bewilligt werden.	
	Art. 52b	Abs. 7		Diese Bestimmung ist aus gesetzgeberischer Sicht kritisch: Bei der KVV und KLV handelt es sich nur um Vollziehungsverordnungen, welche keine zusätzlichen Rechte oder Pflichten begründen dürfen. Alle Regelungen, die in einer Vollziehungsverordnung enthalten sind, müssen bereits im übergeordneten Gesetz enthalten sein. Vollziehungsverordnungen dürfen nur noch Fragen der praktischen Umsetzung regeln. Vorliegend fehlen jegliche Anhaltspunkte oder Kriterien, zum Beispiel wie die Preisabstände zu bestimmen sind. Die Bestimmung wäre sogar als Delegationsnorm für eine gesetzesvertretende Verordnung ungenügend. Mit der vorgesehenen Regelung fehlt die demokratische Legitimierung der neuen Bestimmungen in den Verordnungen.	
	Art. 52b d	Abs. 8	Bst.	Wie weiss der Bundesrat, dass die Versorgung gefährdet ist? Wenn der Lieferengpass eingetreten ist, ist es für eine Anpassung zu spät, da solche Anpassungen im Markt erfahrungsgemäss eine Umsetzungsfrist von 6 Monaten haben. Zudem bewilligt Swissmedic bei Lieferengpässen oft die Einfuhr des betroffenen Arzneimittels aus dem Ausland. Müsste dann nicht dieses „Ersatzarzneimittel“ anstelle des nicht lieferbaren Arzneimittels vergütet werden?	
	Übergangsb			Wie bestimmt sich das Marktvolumen? Nur anhand des	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	estimmungen n Abs. 3			Originalpräparats oder einschliesslich Generika?	
--	-------------------------	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interpharma

Abkürzung der Firma / Organisation : lph

Adresse : Petersgraben 35, 4009 Basel

Kontaktperson : Bruno Henggi

Telefon : 061 264 34 97

E-Mail : bruno.henggi@interpharma.ch

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
lph	Das dem ersten Kostendämpfungspaket zu Grunde liegende Konzept des EDI unterstellt grossen und dringenden Handlungsbedarf. Vertreter des Departements sprechen von einem «Gebot der Stunde» die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen zu dämpfen. Das EDI bleibt die Antwort auf die Frage schuldig, warum die Stunde des Schweizer Gesundheitswesen jetzt schlägt, notabene in einer Periode vieler und teilweise bedeutender Innovationen. Zudem erweckt das Departement den Eindruck, dass die Schweiz ein Sonderfall sei. In Tat und Wahrheit kann hierzulande ein Wachstum der Gesundheitsausgaben in Relation zur Entwicklung des BIP beobachtet werden, das der Entwicklung in anderen reichen OECD-Ländern entspricht. OECD-Daten publiziert vom COMMONWEALTH FUND sehen die Schweiz beim BIP-Anteil hinter Frankreich, Schweden, Deutschland und den Niederlanden, gleichauf mit Dänemark und knapp vor Neuseeland, Kanada und Japan. Der effektive Sonderfall sind die USA mit einem BIP-Anteil, der 50% über den genannten Staaten liegt.
lph	Interpharma stellt sich mit vielen anderen Akteuren im Gesundheitswesen auf den Standpunkt, dass der Problem- und Handlungsdruck im Schweizer Gesundheitswesen weniger aus dem Kostenwachstum per se entsteht als vielmehr durch die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und der daraus folgenden ungleichen Lastverteilung zwischen einkommensabhängigen Steuern und einkommensunabhängigen Prämien. Die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu vollständig prämienfinanzierten ambulanten Leistungen muss allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Davon sind insbesondere Prämienzahlende betroffen, welche sich knapp nicht für eine Prämienverbilligung qualifizieren. Wenn eine Reform zügig anzugehen ist, dann ist es die Reform, welche eine sozialverträglichere Verteilung der Finanzierungslast bewirkt.
lph	Das erste Kostendämpfungspaket erhebt den Anspruch, einen Beitrag zur Eliminierung der Mengenausweitung liefern, welche medizinisch nicht begründet werden kann. Der Bericht führt aus, dass in allen vier grossen Kostenblöcken anzusetzen sei. Das Paket verzichtet jedoch entgegen den Beschlüssen und Vorankündigungen vom März 2018 darauf, die verschiedenen Rollen der Kantone zu prüfen. Es sind die Kantone, welche Investitionen in zweistelliger Milliardenhöhe in vorwiegend stationäre Versorgungsstrukturen – dem grossen Kostenblock (22.8%) – planen und vornehmen wollen und damit die Grundlage für künftiges Kostenwachstum in einem Bereich legen, der als Folge des Trends zur ambulanten Versorgung relativ an medizinischer Bedeutung verlieren wird und verlieren sollte. Die einheitliche Finanzierung der beiden Versorgungssektoren würde die notwendige Steuerungsfunktion auch auf das Investitionsverhalten der Kantone ausüben. Das vorgeschlagene Beschwerderecht der Versicherungsverbände ist dagegen dem Umfang der Problemlage schlicht nicht gewachsen und wäre ein juristischer Fremdkörper im System, welcher den grundlegenden Fehlanreiz unangetastet lassen würde.
lph	Der Kommunikation des EDI im März 2018 konnte entnommen werden, dass die im – vom EDI initiierten - Expertenbericht über die Kostendämpfung in der OKP prominent genannten Massnahmen bezüglich Globalzielvorgaben im OKP-Bereich und Globalzielvorgaben für die wichtigsten

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	OKP-Kostenblöcke vom Gesamtbundesrat zurückgestellt worden waren. Die im Expertenbericht für den Fall der Nichteinhaltung von Globalzielen genannten Sekundärmassnahmen wie <i>Tarifkorrektur</i> oder <i>automatische Tarifiereduktion</i> tauchen bemerkenswerterweise in neuen Massnahmen auf, namentlich etwa unter <i>Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf der Pa.Iv. 17.402)</i>, welche notabene im Nationalrat nach inhaltlicher Diskussion abgelehnt wurde. Auffallend ist zudem, dass sich der Expertenbericht immerhin noch Sorgen um die Qualität und Effizienz des Schweizer Gesundheitswesens machte. So lautete eine Aussage im Kapitel Globalzielvorgaben auf Seite 27/131 des Berichts, dass «zentral ist, dass die Massnahmen sich nicht zulasten der Patientinnen und Patienten auswirkt, sondern die Effizienz steigert». Solche Beteuerungen zugunsten der Versorgungs- und Therapiequalität, welche von der Bevölkerung als hoch beurteilt wird und mit der sie sehr zufrieden ist, fehlen in den Ausführungen zur Neuauflage des gescheiterten Konzepts völlig. Es wird stillschweigend unterstellt, dass der Gesetz- und Verordnungsgeber in der Lage sei, mit Regulierung die «medizinisch nicht begründbaren» Leistungen in der Versorgung eliminieren zu können. Es kann davon ausgegangen werden, dass der eindimensionale Kostenfokus negativen Einfluss auf die Qualität der Versorgung ausüben und unerwünschte Konsequenzen auf die Versorgungserbringung bewirken wird. Ins gleiche auf Kosten fixierte Konzept des EDI passt sodann auch die Limitierung des Experimentierartikels auf Kostendämpfung.
lph	Interpharma findet einzelne Massnahmen unterstützungswürdig oder würde sie akzeptieren, wenn die vom Verband genannten Bedingungen erfüllt wären. Dies betrifft die Massnahme M02 Experimentierartikel, M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern und die Anpassung des Vertriebsanteils. M22 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln können wir in der vorgeschlagenen Form nicht unterstützen.
lph	Interpharma lehnt Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf Pa.Iv. 17.402) sowie das Beschwerderecht der Versicherten betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ab.
lph	Interpharma gibt keine Empfehlung zu M34 Nationale Tariforganisation, M25 Tarifstruktur aktuell halten, Rechnungskopie für Versicherte und M09 Rechnungskontrolle ab.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
lph	43	5		Interpharma befürwortet im Grundsatz die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich M15. Für Interpharma ist wichtig, dass die Pauschalen in der ambulanten Versorgung den Bereich der Arzneimittel nicht umfassen. Die Vereinbarung von Pauschalen im ambulanten Bereich ist in der medizinischen Praxis nichts Neues. Mit Pauschalen, die zusätzlich zum TARMED zur Anwendung kommen, können standardisierte medizinische Behandlungen in gewissen Bereichen vereinfacht in Rechnung gestellt werden. Die FMCH und santésuisse haben sich auf ausgewählte ambulante Pauschaltarife geeinigt. Auch die Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie befürwortet ambulante Pauschaltarife. Erfolgsversprechend sind Pauschalierungs-Konzepte, welche auf der Initiative der Akteure beruhen und nicht verordnet werden. <u>Auf subsidiäre Kompetenzen des Bundes ist aber zu verzichten.</u>	
lph	KVG 47c IVG	1-7 27 ^{bis}		Interpharma lehnt Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten ab (KVG, IVG) Die Massnahme geht grundsätzlich in eine ähnliche Richtung wie die vom Parlament bereits abgelehnte Pa.lv. 17.402. Postuliert werden «Massnahmen zur Steuerung der Kosten» in Tarifverträgen oder eigenen gesamtschweizerisch geltenden Ver-	KVG Art. 47c; IVG Art. Art. 27^{bis} <i>streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				tragen, «Überwachung der mengenmässigen Entwicklung in verschiedenen Positionen», «Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und Kosten», Eingriffe seitens der öffentlichen Hand über «Grundsätze über die Massnahmen zur Steuerung der Kosten», über die Definition der Positionen, deren mengenmässige Entwicklung überwacht wird sowie subsidiär über den Beschluss von «Massnahmen zur Steuerung der Kosten». Schliesslich sollen gegen Leistungserbringer, welche gegen Bestimmungen über die Steuerung der Kosten verstossen, Sanktionen ergriffen werden können. Die vorgeschlagenen Instrumente können zu massiven Eingriffen in das Gesundheitssystem führen, mit unklaren Auswirkungen auf die Kostensituation aber abschätzbaren negativen Folgen (Aufschub und Verlagerung von medizinischen Leistungen, unklare Situation in Bezug auf Nach- und Rückfinanzierungen, vermehrte Eingriffe seitens der öffentlichen Hand). Deutsche Kassenpatienten können dies im Q4 jeweils erleben, wenn der Arzt sein Regelvolumen am aufbrauchen ist und dem Patienten Bescheid geben, er könne a) im Q1 des nächsten Jahres wiederkommen, b) ev. von einem Kollegen versorgt werden, der noch Regelvolumen hat oder c) privat versorgt werden. Interpharma spricht sich dezidiert gegen ein solches System aus, da es aus oben genannten Gründen erhebliche Nachteile für die Patienten mit sich bringt.	
	52a			Artikel 52a (Günstigkeitsprinzip) Interpharma fordert die Streichung des Günstigkeitsprinzips • Streichung des Günstigkeits-Prinzips in Art. 52a. Das Günstigkeits-Prinzip steht im Widerspruch zum Grundsatz der SL wonach die Vergütungsregelung bei Arzneimitteln in der SL erfolgt, gefährdet die Versorgungssicherheit und missachtet den Grundsatz der Verschreibungsfreiheit des	Art. 52a <i>Gemäss geltendem Recht</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Arztes • Die Vergütung der Arzneimittel ohne Referenzpreis – spricht bis zum Markteintritt von mindestens drei patentabgelaufenen Medikamenten - soll nach geltendem Recht erfolgen • Demzufolge ist Art. 52a bezüglich des Substitutionsrechts beizubehalten • Absatz 4 ist zu streichen. Dieser Absatz würde dem BAG Ermessensspielraum einräumen, welcher dem Amt nicht zukommen kann.	
lph	52b	1		Interpharma fordert die Berücksichtigung der Schutzrechtstitel Beide mit dem Kostendämpfungspaket I vorgeschlagenen Neuerungen hinsichtlich des Referenzpreissystems (Modell mit Preisabschlag und Modell mit Meldesystem) berücksichtigen u.E. die Patentsituation der betroffenen Arzneimittel nicht oder zu wenig. Voraussetzung für die Einführung des Referenzpreissystems ist bei beiden Modellen, dass mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in die SL aufgenommen wurden (Art. 52b Abs. 1 EKVg). Die Botschaft (S. 51) sagt zwar, dass bei der Beurteilung auf die Wirkstoff- und Indikationsebene (ATC-5-Level) abgestellt werden soll. Von der Indikation ist in Art. 52b Abs. 1 EKVg jedoch nirgends die Rede. Es besteht daher das erhebliche Risiko, dass das Referenzpreissystem auch dann angewendet wird, wenn bei einem der Präparate noch ein Patentschutz (z.B. second medical use, Art. 7d PatG), ein ESZ (Art. 140a ff. PatG/revPatG) oder ein Unterlagenschutz (Art. 11a und 11b revHMG) besteht. Mit anderen Worten kann bei der Zulassung von zwei wirkstoffgleichen Arzneimitteln das Referenzpreissystem auch auf ein Originalpräparat angewendet werden, das in anderem Zusammenhang noch über einen Schutztitel verfügt (Art.	¹ Sind mindestens drei Arzneimittel ... ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. <i>Neu:</i> Von den Bestimmungen der Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis sind Präparate ausgenommen, die noch über einen gültigen Patentschutz (Artikel 7 des Patentgesetzes), ein gültiges Ergänzendes Schutzzertifikat (Artikel 140 ff. des Patentgesetzes) oder über einen gültigen Unterlagenschutz (Artikel 11a und 11b des Heilmittelgesetzes) verfügen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			7d PatG, Art. 140a ff. PatG/revPatG oder Art. 11a oder 11b re-vHMG). Damit wird auf Stufe KVG das Immaterialgüterrecht bzw. der Schutz von medizinischen Innovationen durchbrochen. Wir identifizieren an dieser Stelle dringenden Handlungsbedarf, wonach die Schutzrechts-Titel besser abzugrenzen und der Ermessensspielraum für das BAG klarer abzustecken. Wir favorisieren die Möglichkeit, diejenigen Originalpräparate, welche noch über einen Patentschutz oder einen Unterlagenschutz verfügen, vom Referenzpreissystem auszunehmen. Den patentgeschützten Arzneimitteln sind Arzneimittel mit einem ergänzenden Schutzzertifikat gemäss Art. 140a ff., Art. 140n ff und Art. 140t ff. Patentgesetz gleichgestellt. Mit anderen Worten sollte die Anwendbarkeit des gesamten Referenzpreissystems wie folgt vom Ablauf des Patentschutzes, der Ergänzenden Schutzzertifikate und des Unterlagenschutzes abhängig gemacht werden:	
lph	52b		Interpharma kann ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln in der vorgeschlagenen Form nicht unterstützen. Akzeptabel könnte ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln sein, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind: • Im Geltungsbereich des Gesetzes erfasst sind Präparate mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung (ATC-5-Level) • Ein Referenzpreis wird festgesetzt, wenn mindestens drei wirkstoffgleiche Arzneimittel in der SL registriert sind • D.h. ATC 4-/ATC 3-Level und patentierte Arzneimittel sind nicht im Geltungsbereich des Referenzpreissystems • Die beiden Preismodelle, welche für das Referenzpreissystem vorgeschlagen werden, sind unausgereift. Eine Präferenzaussage ist auf der Basis der Vernehmlassungsvorlage nicht möglich, weil beide Modelle Mängel aufweisen.	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				○ Das Modell mit Meldesystem mit den spezifischen Bestimmungen in Absatz 5 ist abzulehnen, weil es mit einem nur selektiven Zugang der Patienten zu Arzneimitteln und einem unverhältnismässig hohen administrativen Aufwand verbunden wäre. Dem Erfordernis, dass mit einem Referenzpreissystem keine Medikamentenwechsel verbunden sein dürfen, würde nicht Rechnung getragen. Sodann bliebe die Verschreibungsfreiheit unbeachtet. ○ Das Modell mit Preisabschlag, welches die Elemente Auslandpreisvergleich, Preisabstand und Preisabschlag beinhaltet und kombiniert, kann je nach Ausgestaltung mit massiven Auswirkungen auf die Anbieter verbunden sein, welche die Versorgungs- und Patientensicherheit beeinträchtigen würden. • Für die Berechnung des Referenzbetrags wird APV und TQV erhoben. • Eine Gleichstellung von Biosimilars und Generika ist abzulehnen. Es ist im Interesse der Sicherheit von Patientinnen und Patienten Biosimilars als eigene Arzneimittel-Kategorie zu behalten und von einer Gleichstellung mit Generika strikt abzusehen. Im Rahmen der Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) des BAG und SECO sollten sämtliche Auswirkungen eines möglichen Referenzpreissystems für Biosimilars berücksichtigt werden; inklusive der negativen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Produktion von patentabgelaufenen Original-Biologika in einem stark regulierten Markt. Das revidierte Heilmittelgesetz definiert in Art. 4 Abs.1 Biosimilars neben Originalpräparaten und Generika als eigene Arzneimittel-Kategorie. Ein Biosimilar ist ein biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit dem Referenzpräparat aufweist; dagegen ist ein Generikum wirkstoffidentisch wie das (chemische) Originalpräparat. Die eigene Arz-	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				neimittel-Kategorie rechtfertigt sich dadurch, dass das mit lebenden Zellen hergestellte Nachahmerprodukt dem Original nur ähnlich aber nicht identisch ist. Dieses Faktum der blossen Ähnlichkeit hat Implikationen bei der Zulassung und im Einsatz von Biologika/Biosimilars in der Praxis. Aus Gründen der Patientensicherheit und möglicher Immunogenität sind Biosimilars weder mit dem Referenzpräparat noch untereinander austauschbar. Auch aufgrund der nicht möglichen Substituierung von Biosimilars können diese nicht in ein Referenzpreissystem eingebunden werden. Es ist zudem zu vermeiden, dass mit der Revision des KVG Inkoherenzen zum soeben revidierten HMG und der Swissmedic geschaffen werden. Die Biosimilars sind deshalb aus den vorgeschlagenen Modellen für die Einführung eines Referenzpreissystems explizit auszuschliessen. Sie bedürfen einer separaten Regelung. • Dieselben Überlegungen müssen für alle Biologika einschliesslich Blutprodukte und Vakzine gelten. Eine abschliessende Stellungnahme zum Referenzpreissystem und zu den Preismodellen wird erst dann möglich sein, wenn der Bundesrat die entsprechenden Verordnungsbestimmungen aufgelegt haben wird. Interpharma lädt den Bundesrat dazu ein, die Verordnungsbestimmungen zum Referenzpreissystem mit der Botschaft zur KVG-Revision vorzulegen. Originalpräparate mit abgelaufenen Patenten wären im «Referenzpreis-Marktsegment» mit einem Anteil von etwa 50% vertreten. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die forschende Pharmaindustrie im Rahmen des Referenzpreissystems mit Originalpräparaten mit über 50 Prozent zur Kosteneindämmung beitragen würde	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

lph	53	1 ^{bis}		Interpharma lehnt ein Beschwerderecht der Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ab, da es in die Versorgungs-Kompetenz der Kantone eingreift und die Fehlanreize nicht korrigiert. Die rechtlichen Grundlagen für die Erstellung von Spitallisten werden vom Gesetzgeber auf Bundes- und Kantonsebene erstellt. Die Kantone sorgen unter Berücksichtigung einer gesundheitspolitischen Gesamtplanung sowie der bundesrechtlichen Vorgaben für die Planung einer bedarfsgerechten und qualitativ guten Spitalversorgung. Die Kantone beschliessen je eigene Spitallisten und erteilen ihnen Leistungsaufträge. Den Krankenkassen kommt in diesem Umfeld eine ausführende Rolle zu. Ein Beschwerderecht kann den Kassen deshalb nicht zukommen. Es wäre systemfremd, ein solches einzuführen und käme einem Eingriff in die Versorgungs-Kompetenz der Kantone gleich. Die kantonale Investitionspolitik soll und kann nicht über die Einführung eines arbiträren und systemfremden neuen Instruments korrigiert werden, sondern ist über die Reform der ungleichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs zu beeinflussen.	Art. 53 Abs. 1^{bis} <i>streichen</i>
lph	4a 59b	1		Art. 59b Abs. 1 (Experimentierartikel) Interpharma befürwortet im Grundsatz den Experimentierartikel M02.	4a. Kapitel: Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung Art. 59b 1 Um neue Modelle zur Verbesserung der Qualität und Effizienz zur Eindämmung der Kostenentwick-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Interpharma erachtet einen Experimentierartikel als sinnvoll. Der Geltungsbereich für Pilotprojekte ist aber offen zu halten und nicht auf Kostendämpfung einzuschränken. Die Limitierung auf Kostendämpfungs-Massnahmen bringt das Gesundheitssystem nicht weiter. Es soll möglich sein, mit Pilotprojekten Massnahmen zur Steigerung der Qualität und der Effizienz zu testen oder eine Umgebung zu schaffen, in der die Eliminierung von Fehlanreizen analysiert werden kann. Der Experimentierartikel kann beispielsweise dazu dienen, Projekte im Bereich der Digitalisierung zu erproben. Die durch Interpharma mitgegründete Multi-Stakeholder-Plattform Santenext will innovative Initiativen und Ansätze fördern, die helfen, das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Gemäss dem Entwurf können Projekte in der Regel von Kantonen, Leistungserbringern und Patientenorganisationen vorgeschlagen werden. Die Pharma-Industrie ist ebenfalls daran interessiert, Projekte für den Experimentierartikel vorzuschlagen. Demzufolge ist Interpharma der Ansicht, dass der Adressatenkreis für weitere interessierte Stakeholder – inklusive der Industrie - geöffnet werden sollte. Nach Ansicht von Interpharma kann es beim Experimentierartikel auch nicht darum gehen, die Grundlagen des KVG in Frage zu stellen. Es wäre nicht sinnvoll, mit dem Experimentierartikel das Territorialitätsprinzip, einen wichtigen Grundsatz des KVG, aufzuheben. Projekte basierend auf dem Experimentierartikel sollen bezüglich (Projektbeschreibung, Methodik und Evaluation) transparent ausgestaltet sein.	lung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte bewilligen.
--	--	--	--	---



Eidgenössisches Departement
des Innern
BAG, Abteilung Leistungen
3003 Bern

Geht per Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch, gever@bag.admin.ch

Zürich, 3. Dezember 2018

Vernehmlassungsverfahren Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur Anhörung in oben erwähnter Angelegenheit. Sehr gerne nehmen wir dazu Stellung. Grundsätzlich befürworten die kantonalen Spitalverbände einen sorgfältigen Umgang mit den knappen Ressourcen im Gesundheitswesen. Es ist deshalb unser Ziel, nur neue Regelungen einzuführen, die für alle Beteiligten effizient, unbürokratisch und transparent sind und die nachweislich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

Leider müssen wir feststellen, dass das Massnahmenpaket 1 eine Flut von neuen administrativen Verpflichtungen aufstellt, welche in keiner Art und Weise einer kostengünstigeren Behandlung der Patientinnen und Patienten dient. Nur weil die Leistungserbringer mehr Daten liefern und mehr Papier produzieren müssen, wird das Gesundheitswesen nicht günstiger. Erlauben Sie uns deshalb nachfolgend einige Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln.

► K3 fordert im Tiers payant eine Information an den Versicherten durch den Versicherer (Art. 42 Abs. 3)

K3 ist gegen den Vorschlag von Art. 42 Abs. 3. Er geht 180° in die falsche Richtung.

Die Erstellung und der Versand von weit über 20 Millionen Rechnungskopien durch Spitäler und Kliniken pro Jahr kostet unglaublich viel Geld. Bei vorsichtiger Schätzung der Gestehungskosten von CHF 20 pro Rechnung, werden Mehrkosten von über CHF 40 Mio. verursacht. Die Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch und elektronisch alle Rechnungen sehr genau. Dies wird auch von der Expertengruppe unter der Massnahme M09

erläutert und bestätigt. Wir fordern deshalb, dass die Krankenversicherer bei der Abrechnung des Selbstbehalts an ihre Versicherten jeweils eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers beilegen.

Die heutige Regelung führt bei Patientinnen und Patienten immer wieder zu Unsicherheiten. Sie bezahlen aufgrund der Rechnungskopie eine Behandlung, welche eigentlich durch die Krankenversicherung geschuldet ist. Die Kopie seitens Leistungserbringer ist deshalb aufzuheben.

Bundesrat und das Parlament setzen auf das elektronische Patientendossier (EPD). Zur besseren Information der Patientinnen und Patienten würden wir es begrüßen, wenn eine Kopie der Rechnung im EPD hinterlegt werden könnte. Dies würde den Überblick für interessierte Bürgerinnen und Bürger verbessern, ohne dass dadurch grössere zusätzliche Kosten entstehen würden.

► K3 setzt sich dafür ein, dass Pauschaltarife für ambulante Behandlungen noch nicht auf einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. (Art. 43 Abs. 5)

Gemäss Art. 47a soll künftig die ambulante Tarifstruktur durch eine gemeinsame Tariforganisation erarbeitet werden. Die Forderung nach einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur ist deshalb verfrüht. Der angegebene Zeitrahmen reicht niemals aus, um sich auf eine einheitliche Struktur zu einigen und das mögliche Leistungsspektrum für ambulante Pauschalen ist noch zu wenig absehbar und zu wenig definiert.

Zudem gibt es aktuell verschiedene Bestrebungen für Pauschaltarife in der Schweiz. Wir sind überzeugt, dass diese Initiativen dazu führen werden, dass die Tarifpartner Pauschalen auch im ambulanten Bereich vereinbaren. Auch Komplexpauschalen über stationäre und ambulante Leistungen hinweg sollten möglich sein.

Eine obligatorisch, schweizweit einheitliche Tarifstruktur behindert solche innovativen und kostensparenden Modellversuche, weshalb wir sie ablehnen.

Das Ziel, mittelfristig eine national einheitliche Tarifstruktur für ambulante Pauschalen in Spitälern und Kliniken einzuführen, befürworten wir hingegen.

► K3 setzt sich für eine funktionierende Tariforganisation für ambulante Behandlungen ein (Art. 47a)

Es ist richtig, dass auch im ambulanten Bereich eine funktionierende Organisation eingesetzt wird, welche schweizweit die Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen festlegt.

Diese sollte nicht von den Vorgaben der Organisation für die stationären Tarife abweichen, welche sich in den letzten Jahren als effizient und effektiv erwiesen hat.

Deshalb ist der Abs. 1 so zu ergänzen, dass die Organisation gemeinsam mit den Kantonen gebildet wird. Abs. 2 ist zu streichen, da dies vom Grundsatz im stationären Bereich abweicht und den Spielraum der Tarifpartner und der Kantone unnötig einschränkt. Der Bundesrat kann ja gemäss Abs. 3 beim Fehlen eingreifen und muss gemäss Abs. 4 die Struktur genehmigen.

► **K3 will den Datenaustausch auf das notwendige Mass reduzieren (Art. 47b)**

Um Datenerhebungen nicht doppelt durchzuführen und die vorhandenen Daten möglichst optimal zu nutzen, soll der Bundesrat die Daten zur Genehmigung oder Festlegung der Tarifstruktur direkt und ausschliesslich von der gemeinsamen Tariforganisation beziehen. Die Verpflichtung zur (doppelten) Datenlieferung durch die Leistungserbringer ist völlig unnötig und unverhältnismässig. Auch Abs. 3 ist entsprechend auf die Verpflichtung der gemeinsamen Organisation zu reduzieren.

Der Bundesrat genehmigt die von den Tarifpartnern vorgelegten Tarife oder legt eine Struktur fest. Hingegen ist eine Anpassung durch den Bundesrat nicht notwendig und untergräbt die Vertragsfreiheit der Tarifpartner. Die enthaltene Kompetenz zur Anpassung ist zu streichen. Sie entspricht nicht dem Sinn und Geist der Rollenzuteilung im Krankenversicherungsgesetz.

► **K3 setzt sich für einen ungehinderten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ein (Art. 47c Abs. 1)**

Die vorgesehene Verpflichtung für Leistungserbringer und Versicherer Verträge mit Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren, lehnt K3 ab. Allein die Definition eines ungerechtfertigten Kostenwachstums ist unklar. Und wer entscheidet im Einzelfall, welche Leistung ungerechtfertigt ist?

Solche Bestimmungen laufen im Endeffekt auf eine Globalbudgetierung der Gesundheitskosten hinaus. Die Erfahrungen in Kantonen mit Globalbudget sind durchwegs negativ und zeigen, dass:

- Kantone mit Globalbudget die höchsten Gesundheitskosten haben,
- das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient geschädigt wird,
- durch die Rationierung ein Qualitätsverlust entsteht,
- die Leistungserbringer zu Massnahmen gezwungen werden, welche sich nicht mehr am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichtet,
- das Globalbudget zu administrativem Aufwand und zu Staatsmedizin führt.

► **K3 setzt sich für eine Leistungserbringung ein, die sich an den medizinischen und qualitativen Notwendigkeiten orientiert und nicht an einer amtlichen Kostensteuerung. (Art. 47c)**

Dieser Artikel ist zu streichen. Ausser der Transparenz über Mengen und Kosten – welche wir befürworten – sehen wir keine echten Sparanreize. Sicher werden damit keine Kosten gespart. Kosten entstehen nicht, weil Gesundheitsleistungen erbracht werden, sondern weil die Patientinnen und Patienten diese benötigen.

Für Kosteneinsparungen durch die Anwendung der WZW-Kriterien sind unserer Meinung nach im KVG schon genügend Mittel vorhanden. So kann der Bundesrat festlegen, welche Behandlungen durch die Krankenversicherer zu vergüten sind und welche nicht.

Als denkbare Alternative müsste nicht bei den schlussendlich resultierenden Kosten der Krankenversicherer angesetzt werden, sondern beim Bedarf nach Leistungen. Es wären also Mittel und Wege zu suchen, um eine ungerechtfertigte Nachfrage einzudämmen oder um präventive Massnahmen zu fördern, welche bereits die Entstehung von Krankheiten verhindern.

Im Übrigen zementiert eine Kostensteuerung nach Bereichen die überholte Fragmentierung der Leistungen und die ausschliessliche Verfolgung von Partikularinteressen aller beteiligten Institutionen. Dies läuft der unbedingt notwendigen integrierten Versorgung der Patientinnen und Patienten entlang einer Versorgungskette diametral entgegen. Bereichsübergreifende Auswirkungen von sogenannten «Einsparungen» oder «Kostenerhöhungen» könnten damit nicht erfasst werden.

Die vorgesehene Kompetenz für den Bundesrat nach zwei Jahren Massnahmen festzulegen, kommt der Einführung der Globalbudgetierung durch die Hintertüre gleich. Wie bereits oben beschrieben, lehnen wir dies ab.

Nach wie vor ist die Gesundheitsversorgung ein Auftrag der Kantone. Die Verantwortung für allenfalls notwendige Massnahmen zur Kosteneindämmung oder eventuell sogar eine Kostensteuerung läge deshalb nicht beim Bundesrat, sondern bei den Kantonen.

► **K3 setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das administrativ einfach und für Bürgerinnen und Bürger transparent und verständlich ist. (Art. 52b)**

K3 lehnt das Referenzpreissystem für Arzneimittel ab. Die Massnahme zielt auf die preisgünstigsten Arzneimittel, welche den Hauptteil der Versorgung sicherstellen. Die pharmazeutischen Firmen werden ihre Produkte teilweise aus dem Schweizer Markt zurückziehen, was zu Versorgungslücken führt. Die Wirkung der vorgeschlagenen Massnahme wird unseres Erachtens um ein Vielfaches durch die zusätzliche Bürokratie, die Unverständlichkeit für die Bevölkerung und durch den geringen Unterschied zur bestehenden Lösung zu

Nichte gemacht. Auch im aktuellen System können die Behörden Preise von Medikamenten festlegen. Patientinnen und Patienten zahlen einen Selbstbehalt. Das genügt völlig.

Mit dem Modell mit Meldesystem (Art. 52b) werden unnötige Datenflüsse obligatorisch erklärt. Dass einzelne Versicherer womöglich unterschiedliche Regelungen betreffend die Vergütung von Medikamenten treffen können, kompliziert das System unnötig. Da nämlich die Bürgerinnen und Bürger weder diese spezifischen Ausnahmen noch deren Anpassung nachvollziehen können, werden sie auch nicht darauf reagieren. Wir sind der festen Überzeugung, dass der grösste Teil der Bevölkerung mit so einer Lösung und Arzneimittellisten hoffnungslos überfordert ist.

► **K3 setzt sich für eine klare Kompetenzordnung betreffend der Spitalplanung ein (Art. 53. Abs. 1bis)**

Mit Art. 53 Abs. 1bis sollen auch Krankenversicherungsverbände zur Beschwerde gegen kantonale Spitalplanungen oder Zulassungen von Spitälern legitimiert sein. Dies vermischt Aufgaben und Kompetenzen. Die Spitalplanung ist Sache der Kantone, die auch für eine genügende Gesundheitsversorgung sorgen müssen. Diese Planung ist bereits hoch reglementiert und aufwändig. Der Prozess bis zu einer Spitalplanung dauert ca. 4 Jahre. Die Krankenversicherer oder andere Akteure haben hier nichts zu suchen. Die Krankenversicherer tragen keinerlei Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Versicherten eines Kantons. Zudem bestehen mehrere Krankenversicherungsverbände, deren Meinungen und Interessen oft diametral auseinander gehen.

► **K3 setzt sich für einen griffigen Experimentierartikel ein (Art. 59b)**

Die Formulierung im Experimentierartikel Art. 59b geht uns zu wenig weit, ist viel zu kompliziert und zu stark eingeschränkt.

Der Absatz 2 ist offener zu formulieren. Es sollen beispielsweise auch Massnahmen für eine bessere Qualität oder für weniger Administration erprobt werden können.

Absatz 3 ist zu streichen. Für ein zeitlich und räumlich begrenztes Experiment genügt eine vertragliche Abmachung, welche entweder durch den Kanton oder das EDI genehmigt wird. Damit können auch allenfalls beabsichtigte Ungleichbehandlungen von Patientinnen und Patienten vermieden werden. Als Gesetzesgrundlage für die Ausnahme genügt der Verweis auf den Art. 59b.

Absatz 5 muss insbesondere auch kantonal möglich sein.

Für die im Gesetzesentwurf aufgeführten Änderungen der Bundesgesetze über die Militärversicherung, die Unfallversicherung und die Invalidenversicherung gilt unsere Stellungnahme analog.

Schlussbetrachtung

Abschliessend möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass wir insbesondere einen Experimentierartikel und eine gemeinsame Organisation für die ambulante Tarifstrukturen begrüssen. Gleichzeitig bitten wir Sie dringend, den administrativen Aufwand und die Komplexität der Regelungen auf das unbedingt notwendige Mass zu reduzieren. Die Leistungserbringer möchten und müssen ihre ohnehin knappen Ressourcen wieder vermehrt für die Patientinnen und Patienten verwenden. Und Bürgerinnen und Bürger brauchen ein Gesundheitssystem, das sie verstehen und das Anreize setzt, unnötige Leistungen nicht zu beanspruchen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit Stellung nehmen zu können und hoffen, dass unseren Anliegen Rechnung getragen werden kann. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3
c/o Verband Zürcher Krankenhäuser



Daniel Kalberer, lic. rer. publ. HSG

Die Konferenz Kantonale Krankenhausverbände K3 ist der Zusammenschluss der Spitalverbände und -organisationen der Kantone Aargau, beider Basel, Bern, Graubünden, Solothurn, Zentralschweiz (GL, LU, NW, OW, SZ, UR, ZG) und Zürich und vertritt deren gemeinsame Anliegen.

Herrn Bundespräsident
Alain Berset
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Per Mail an:
[Abteilung-
leistungen@bag.admin.ch](mailto:Abteilung-leistungen@bag.admin.ch)
gever@bag.admin.ch

Zürich, den 7. Dezember 2018

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
(KVG): Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren
Vernehmlassungsantwort KKA

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Konferenz der kantonalen Ärztgesellschaften KKA ist der Dachverband von 21 kantonalen Ärztgesellschaften. Aufgrund der Wichtigkeit dieser Vernehmlassung, die uns aufgrund unseres Engagements für die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Regionen und Kantonen unter adäquaten Rahmenbedingungen und aktivem Einbezug der Ärzteschaft betrifft, erlauben wir uns fristgemäss hiermit unsere Stellungnahme einzureichen.

Seit Jahren engagiert sich die KKA als aktiver Partner im Bereich der Gesundheitspolitik und verfolgt im Rahmen der kantonalen Tarifverhandlungen intensiv die Entwicklung der Gesundheitskosten insbesondere in Bezug auf die ambulante Versorgung und deren Impact auf die Tarifverhandlungen der selbständig erwerbenden Ärzteschaft. Seit den 70er Jahren und insbesondere im Laufe der vergangenen 10 Jahre lässt sich unschwer feststellen, dass die Schweizer Gesundheitspolitik sehr Spital lastig – respektive spitalfreundlich ausgerichtet war. Dies hat zu eindrucklichen Investitionen im Spitalsektor geführt, zu Lasten der wesentlich kostengünstigeren Förderung der nicht-spital-ambulanten ärztlichen Versorgung. Zeitgleich wurden diverse politische Entscheide gefällt, die relativ einschneidende finanztechnische und versorgungsmässige Konsequenzen hatten. Besonders hervorheben möchten wir diesbezüglich:

- Einführung des Zulassungsstopps für Ärzte 2003 mit konsekutiver Förderung der vermehrten Ausbildung von Spezialisten auf Kosten der Grundversorger und Deckung des erhöhten Spitalarztbedarfs aufgrund der Einführung der 50-Std-Woche nach 2005. Unvorbereitete Aufhebung des 'Ärztstopps' 2012-2013 mit konsekutiver 'Spezialisten-Schwemme' in gewissen Regionen der Schweiz.

- Einführung der neuen Spitalfinanzierung und freien überkantonalen Spitalwahl für alle seit 2012 zu Lasten der Grundversicherung, mit einem damit verbundenem Shift von je 1 Milliarde CHF/Jahr von den Zusatzversicherungen auf die Kantone (Steuern) und Grundversicherung (Prämien), ohne reellen Mehrwert für die medizinische Behandlungsqualität und Versorgung.
- Seit 2012 Vergütung zusätzlicher alternativmedizinischer Therapien durch die Grundversicherung, die zuvor nur über die Zusatzversicherungen vergütet wurden.

Die rasanten Entwicklungen der medizinischen Fortschritte haben gleichzeitig, schon lange vor Einführung der politischen Strategie 'ambulant vor stationär' eine Verkürzung der Spitalaufenthalte und eine Verschiebung vieler Tätigkeiten und Abklärungen vom stationären in den ambulanten Sektor, verstärkt auch im Rahmen von Ärztenetzwerken uä., ermöglicht. Ebenfalls führt die zunehmende Überalterung, veränderte Demographie und Anpassung gesellschaftlicher Normen zu einem natürlichen Kostenanstieg im ambulanten Sektor. Verstärkt wird dieser durch innovative und neue Behandlungsoptionen ambulant wie auch stationär, die meist wesentliche Verbesserungen für die Lebensqualität und Lebensdauer der Schweizer Bevölkerung ermöglicht haben. Dass dies nicht zum Nulltarif zu haben ist, liegt auf der Hand.

Die KKA ist sich bewusst, dass der so generierte Kostendruck auf die Prämien für viele Versicherte zunehmend problematisch wird. Gleichzeitig wurde in den letzten Jahren in vielen Kantonen zunehmend die Subventionierung der Krankenkassenprämien durch politische Entscheidungen im Zuge sogenannter 'Sparmassnahmen' kontinuierlich reduziert, was natürlich die Belastung der betroffenen Prämienzahler zusätzlich verschärft hat.

In diesem Gesamtkontext ist es verständlich, dass der Ruf nach kostendämpfenden Massnahmen in der Bevölkerung und Politik immer lauter wird und drastische Lösungsansätze gefordert werden, um die Situation in den Griff zu bekommen.

Die KKA bedauert gerade in diesem Kontext ausserordentlich, dass bisher keine transparente und brauchbare Analyse des jeweiligen Impacts der oben genannten Faktoren (politische Entscheidungen und Kostenverschiebungen von den Zusatzversicherungen zu Lasten der Grundversicherung und Kantone, Kosten-Nutzen-Analysen des medizinischen Fortschritts, die auch die Gesamtkosten betrachten und nicht nur isoliert die Gesundheitskosten, demographische Entwicklung usw.) in Auftrag gegeben wurde, um darauf basierend sachlich fundierte Korrekturmassnahmen ableiten zu können, die unter Umständen auch einfache Anpassungen gewisser politischer Entscheide beinhalten sollten. Es scheint einfacher, Massnahmen für die Leistungserbringer an der Front zu erlassen, ohne eine sachlich und datenbasiert korrekte Ursachen- und Kosten-Nutzenanalyse zu erstellen, die sehr wahrscheinlich zu ganz anderen Lösungsvorschlägen führen würde. Stattdessen verfolgen die vorgelegten Massnahmen primär das Ziel, pauschal die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich zu bremsen, wie in der Mitteilung des BAGs zu entnehmen ist:

„Ziel der vorliegenden Neuregelung ist, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten

bezahlten Prämien zu begrenzen. Mit den Massnahmen soll die Kostenentwicklung in den vier grossen Kostenblöcken – insbesondere jedoch für die ambulanten Bereiche – gebremst werden. ‘‘

Erstaunlicher Weise ist im selben Schritt vorgesehen:

‘‘Neben den Anpassungen im KVG werden zusätzlich analog auch im Bereich von Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung entsprechende Anpassungen vorgeschlagen.’’

Dass hier eine logisch nachvollziehbare Verknüpfung fehlt zwischen postulierten Kostenexzessen und zwingenden Korrekturmassnahmen ist gerade bei der SUVA, die ja die führende Versicherung im Unfall- und Militärversicherungsbereich ist, offensichtlich. Die SUVA schreibt hohe Gewinne und senkt ihre Prämien für 2019!

<https://www.swissinfo.ch/ger/suva-schreibt-hohen-gewinn-und-senkt-praemien-fuer-2019/44219766>

Dies sollte zum Nachdenken anregen, ob nicht eben doch eine globale Kosten-Nutzen-Analyse dienlich wäre, um die Beurteilung der Gesundheitskostenentwicklung etwas sachlicher und zielführender angehen zu können. Dann könnten auch zielführende Korrekturmassnahmen, dort wo sie sinnvoll umsetzbar wären, ohne die Gesundheitsversorgung zu gefährden oder qualitative Einbussen zu provozieren, partnerschaftlich und datenbasiert erarbeitet und erfolgversprechend umgesetzt werden.

Für eine detailliertere Auseinandersetzung mit Ihrer Vorlage verweist die KKA auf die Stellungnahme der AGZ (Ärztegesellschaft ZH), die wir voll und ganz unterstützen (siehe Beilage).

Im Folgenden möchten wir noch einige Aspekte hervorheben, die der KKA im Zusammenhang mit zu evaluierenden Kostendämpfungsmaßnahmen wichtig scheinen, teils Stellung nehmend auf Vorschläge Ihrer Vorlage, teils leider im Massnahmenpaket nicht angedachte Vorschläge.

Vorschläge der KKA zu möglichen, sinnvoll erscheinenden ‘Kostendämpfungsmaßnahmen’:

- Experimente im KVG

Der ‘**Experimentierartikel**’ mag initial vielversprechend daherkommen. Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass sinnvolle Experimente durchaus bereits im bestehenden KVG möglich sind, insbesondere mit der darin bereits möglichen individualisierbaren Pauschaltarifizierung ergänzend zur gesamtschweizerischen Einzelleistungsstruktur. Dass bereits ohne ‘Experimentierartikel’ wesentliche und medizinisch sinnvolle ‘Experimente’ umgesetzt werden konnten, zeigen diverse Netzwerke, die sich in verschiedenen Kantonen den regionalen Möglichkeiten entsprechend entwickelt haben. Im Hinblick auf die hier gesammelten Erfahrungen und Möglichkeiten würde der Experimentierartikel paradoxer Weise einen Rückschritt darstellen, da er keine nachhaltige Implementierung regional sinnvoller Projekte ermöglicht, weil er nur zeitlich limitiert einsetzbar ist und falls er nicht eine verallgemeinbare Umsetzung erlauben würde, abgebrochen werden müsste. Dies ist für Leistungserbringer, die unter Umständen grosse Umstellungen, Investitionen und Prozessumstellungen, eingehen müssen, kaum zumutbar. In diesem Sinne ist auch die vorgeschlagene Abänderung zu den jetzt im KVG zulässigen Pauschal-Verträgen, die noch zu wenig genutzt wurden, wenig sinnvoll. Wichtiger schiene es, die Partner zu ermutigen, die bestehenden Möglichkeiten des KVGs zu nutzen,

um medizinisch und versorgungsmässig sinnvolle lokale und regionale Lösungsansätze zu ermöglichen.

Einen einfachen Ansporn hierzu könnte dagegen sein, Krankenkassen, insbesondere jene, die überdurchschnittliche Prämien für die Grundversicherung aufweisen, zu verpflichten, eine Mindestanzahl solcher alternativer partnerschaftlicher Versorgungsprojekte vorzuweisen. Ideen und konstruktive Vorschläge diverser Leistungserbringer liegen häufig vor, jedoch findet sich leider selten ein verhandlungsbereiter Partner seitens der Krankenkassen! Die Entscheidungsprozesse und Bewilligungsprozesse für solche Pilotprojekte könnten und sollten wesentlich vereinfacht und beschleunigt werden. Demgegenüber sieht Ihre Vorlage eine verstärkte Bürokratisierung vor, mit zusätzlicher Genehmigungspflicht durch den Bundesrat. Als einfaches Druckmittel, um ein 'lean management' solcher Projekte zu ermöglichen könnte sein, dass im Sinne einer Kontrolle der kosteneffizienten Krankenkassenführung überdurchschnittliche Prämien im KVG-Bereich nicht genehmigt würden, ausser in begründeten Ausnahmefällen, z.B. wenn solche Versorgungsprojekte unterstützt würden.

Zurzeit ist es nicht verständlich, weshalb Kostenunterschiede von mehr als 140 CHF/Monat für Krankenkassenprämien politisch toleriert werden, bei für alle Krankenkassen bestehenden gleichen ambulanten Tarifierungen und nur unwesentlichen Unterschieden im Bereich der stationären Tarife im Bereich KVG.

Ein grosses Einsparpotential würde sich aus unserer Sicht daraus ergeben, wenn zurzeit sinnlos investierten Krankenkassengelder, die für juristische Festsetzungsverfahren und für Taxpunktwertverhandlungen, die nicht den bundesgerichtlich bereits mehrfach festgehaltenen Kostenimpact-Faktoren Rechnung tragen, in **sinnvolle Versorgungs-pilotprojekte und partnerschaftlich geführte 'Pilotprojekte'** zum Beispiel im 'less is more' Bereich, wie sie bereits im aktuellen KVG durchaus möglich wären, investiert würden.

Im Gegensatz zu den Vorschlägen in ihrer aktuellen Vorlage ist bei solchen Projekten eine freiwillige Teilnahme und eine partnerschaftliche regionale Erarbeitung und Implementierung unerlässlich. Dass dies zu einer erfolgreichen Umsetzung solcher Projekte unerlässlich ist, haben diverse wissenschaftliche Studien in England gezeigt (Prof. Gaspoz JM über das 'NICE Disinvestment project plan feb. 2006'; <http://www.patientenstelle.ch/sites/default/files/Primary%20Care%20and%20Hospital.pdf> S.12-13). Es scheint uns unerlässlich, dass allfällige Anpassungen des KVGs den bereits von der Ärzteschaft eingeleiteten Entwicklungen und Forschungsergebnissen Rechnung tragen!

- Einsparungen im Bereich der Krankenkassenreserven

Sinnvolles Einsparpotential besteht auch im Bereich der überhöhten und seit Jahren kontinuierlich steigenden Reserven der Krankenkassen, die einen relevanten Einfluss auf die Höhe der Prämien haben und gleichzeitig einem relevanten Börsengangrisiko ausgesetzt sind. Hier könnten durch sinnvolle politische Entscheide rasch und effektive

Prämienreduktionen erreicht werden, ohne dass in irgendwelcher Weise eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung aufs Spiel gesetzt würde. Zum Beispiel würden die überschüssigen Reserven der Sodalis-Versicherung, die 50% der Oberwalliser Bevölkerung versichert, reichen, um eine Korrektur des nicht-spital-ambulanten Taxpunktwertes VS von 82 auf 92 Rappen über 8 Jahre ohne jegliche Prämienhöhung zu finanzieren!

- Problematik wechselnder Vergütungsansätze Generika

Die Vorschläge, jeweils nur das günstigste verfügbare Generikum zu vergüten, scheinen uns weder medizinisch sinnvoll, noch umsetzbar. Medizinisch gesehen ist klar, dass regelmässige Wechsel zum jeweils günstigsten Generikum, das jedoch bei gleichem Wirkstoff eine abweichende Pharmakokinetik und andere Zusatzstoffe aufweisen kann, nicht sinnvoll und auch nicht akzeptabel ist. Zudem besteht bei jedem Wechsel ein erhöhtes Verwechslungspotential und ein erhöhtes Nebenwirkungs- und Interaktionsrisiko.

Insbesondere der Valsartanskandal <https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/valsartan-skandal-generika-aus-asien-100.html> sollte genügen, um die Sicherheitsproblematik aufzuzeigen, die mit einem zunehmendem Kostendruck auf die Medikamentenherstellung und Generikalieferanten zunehmen wird. Paradoxierte werden dadurch kleine Kosteneinsparungen massive Mehrkosten generieren, die aber aufgrund der zurzeit angewandten Schlüsselloch-Optik nirgends erfasst werden.

Ebenfalls weist die KKA wie bereits in der Vergangenheit darauf hin, dass in den letzten Jahren diverse grundlegende günstige, wirksame und bekannte Präparate aufgrund des Kostendrucks vom Schweizer Markt ersatzlos verschwunden sind, wodurch paradoxer Weise auch nicht erfasste Mehrkosten generiert werden. Ein weiterer Druck auf die Medikamentenpreise, bei denen bereits Generika existieren, in Verbindung mit damit sinkenden Margen, die die betriebswirtschaftliche Finanzierung der medizinischen und apothekerseitigen Medikamentenabgabe verunmöglichen, droht weitere kontraproduktive Nebeneffekte zu haben. Hier müssen neue Strategien, die den betriebswirtschaftlichen Aspekten Rechnung tragen, in Zusammenarbeit mit den betroffenen Partnern gefunden werden.

- Senken der Gesundheitskosten durch sinnvolle politische Förderung der Prävention am Beispiel TABAK

Eine relevante Kostenreduktion im Schweizerischen Gesundheitswesens liesse sich durch adäquate wirksame Schutzmassnahmen und Tabakwerbeschutz von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes zu Tabakprodukten erzielen. Seit über 20 Jahren ist der Raucheranteil in der Schweiz stabil bei etwa 20% geblieben. Wissenschaftlich ist seit Jahrzehnten bekannt, dass es eine starke kausale Assoziation gibt mit relevanten kostentreibenden Erkrankungen (Tumoren, Herz- und Lungenerkrankungen), die für einen Grossteil der Gesundheitskosten mitverantwortlich sind. Die KKA unterstützt deshalb die Forderung **«Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung»**. Hier könnte durch eine einfache kostengünstige politische Massnahme überaus sinnvoll und effektiv ein starker Einfluss auf die Gesundheitskosten erfolgen, analog wie dies dank rascher und effizienter Förderung von Präventionsmassnahmen im Rahmen der HIV-Kampagnen seit 1987 für HIV-Erkrankungen der Fall war und immer noch ist. Würden die Präventionsmassnahmen betreffend HIV nachlassen, käme es rasch zu einer relevanten Kostenexplosion, die wohl wieder der Ärzteschaft in die Schuhe geschoben werden könnte? Ebenfalls wären relevante, kosteneffektive Einsparungen möglich durch intensivere, koordinierte Vorsorgemassnahmen in Bezug auf die bekannten ‚Zivilisationskrankheiten‘ wie Adipositas, Diabetes Typ 2, arterielle Hypertonie und Stresserkrankungen.

Die KKA ist sehr besorgt über die Stossrichtung und die einzelnen Massnahmen der vorgeschlagenen Teilrevision des KVG. Wesentliche wichtige kostentreibende Faktoren und einfach umsetzbare Massnahmen, die teils bereits von der Ärzteschaft eingeleitet worden sind, teils politisch wahrgenommen und umgesetzt werden müssten, werden ignoriert. Die KKA warnt insbesondere davor, weitere

Kostendämpfungsmassnahmen einzuführen, die die dringend notwendige Erneuerung der niedergelassenen, selbständigen Ärzteschaft und Grundversorgung durch zusätzliche administrative und unwirtschaftliche Auflagen zusätzlich behindern würden. Die aktuelle Entwicklung drängt eine Kostenverlagerung in den ambulanten Sektor immer mehr auf, die strukturell und bedarfsinduziert zu begründen ist. Es ist inakzeptabel, nicht die dementsprechenden finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen zu wollen, nachdem jahrzehntlang eine spitalzentrierte Medizin gefördert wurde, auf Kosten des ambulanten Sektors, insbesondere der freischaffenden Ärzteschaft.

Bei allen gut gemeinten Kostendämpfungsmassnahmen ist unerlässlich, dass die betriebswirtschaftlichen Aspekte insbesondere im Bereich der freischaffenden Ärzteschaft und Grundversorgung berücksichtigt sind. Ansonsten droht die Gefahr, dass durch eine isolierte Einsparung, die zunehmend wichtige und kostengünstige ambulante Grundversorgung nicht mehr selbsttragend angeboten werden könnte. Der Verlust dieses dualen Versorgungssystems mit Übergang zu einer rein staatlich oder durch grosse Aktiengesellschaften geführten und rein profit-orientierten Organisationsformen gesteuerten Gesundheitsversorgung würde kaum kostengünstiger ausfallen, jedoch klar zu relevanten qualitativen Einbussen für die Patientenversorgung in der Schweiz führen.

Die KKA ist gerne bereit, sinnvolle kostendämpfende Massnahmen zu unterstützen, die eine qualitativ gute medizinische Versorgung ermöglichen und eine sinnvolle Ressourcennutzung vorantreiben. In diesem Sinne engagiert sich die KKA bereits im Rahmen der Qualitäts-Charta der FMH, im Rahmen deren diverse Kantone entsprechende Qualitäts- und Zusammenarbeitsprojekte zur Verbesserung regionaler Ressourcennutzungen umsetzen. Ebenfalls fallen in diesen Bereich die 'less is more'-Strategien, die darauf hinzielen, durch eine gezielte Sensibilisierung der Ärzteschaft und der Patienten, Anpassungen der Fachverbände umzusetzen, die den neuen Erkenntnissen und Erfahrungen entspringen.

Diesen Kulturwandel, insbesondere den vermehrten Fokus auf die Prävention und die Einbindung des Patienten als aktiven selbstverantwortlichen Player zu begleiten, ist ein wichtiger Beitrag, den die Schweizer Ärzte und die KKA bereits eingeleitet haben und verstärken möchten, um dadurch einen sinnvollen Impact auf die Entwicklung der Gesundheitskosten erreichen zu können.

Diesbezüglich ist unerlässlich, dass die zur Evaluation diverser Impact-Faktoren unerlässlichen Faktoren und Daten erhoben und evaluiert werden. Dazu ist eine partnerschaftliche und vertrauenswürdige Zusammenarbeit unerlässlich. Nur so lassen sich verwertbare und korrekt interpretierbare, vertrauenswürdige Daten sinnvoll und zweckgebunden erheben und interpretieren.

Ebenso regt die KKA an, die allgemein herrschende Datensammel-Manie zu hinterfragen und gemeinsame Konzepte zu erarbeiten, die es ermöglichen, mit korrekt erhobenen Stichproben qualitativ sinnvoll brauchbare Daten kosteneffizient und qualitativ korrekt zu erheben.

Wir bedanken uns für die Kenntnisnahme und ersuchen Sie dringend, aufgrund der uns wichtig erscheinenden Aspekte, Ihre Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Hochachtungsvoll,



Dr. med. Monique Lehky Hagen
Executive MBA focus Healthcare
Co-Präsidentin KKA



Dr. med. Daniel Jud
Co-Präsident KKA

Beilage: Vernehmlassungsformular KVG Kostendämpfung KKA
Stellungnahme AGZ

Kopie an:
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
VEDAG Verband Deutschschweizer Ärztesgesellschaften
SMSR Société Médicale de la Suisse Romande
OMCT Ordine dei medici del Cantone Ticino

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Konferenz der Kantonalen Ärztgesellschaften

Abkürzung der Firma / Organisation : KKA

Adresse : Nordstr. 15, 8006 Zürich

Kontaktperson : Dr. med. Monique Lehky Hagen/ Dr. med. Daniel Jud
Co-Präsidenten KKA

Telefon :

E-Mail : lehkyhagen@hin.ch

Datum : 03.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	5
Weitere Vorschläge	15
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	16

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
KKA	<u>Grundsatz:</u> Die KKA begrüsst Kostendämpfungsmassnahmen dann, wenn sie wirkungsvoll und ohne Einschränkungen der Patientenversorgung realisierbar sind, gleichzeitig zu keiner Qualitätseinbusse in der Versorgung führen sowie willkürliche Einkommenseinbussen verhindern, die die medizinische Grundversorgung gefährden 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
KKA Art. 42 Abs. 3 dritter Satz (siehe auch unten Art. 59 Abs. 3 Bst. g)	Art. 42	Abs.3		Es wird präzisiert, dass die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung erhalten muss. Die meisten Versicherer gewähren ihren Versicherten heute elektronisch Zugang auf persönliche Informationen wie Deckung, Abrechnung, Kostenbeteiligung etc. Es wäre eine wesentlich effizientere Lösung, wenn die Abrechnungsinformation in diesem Fall dem Versicherten vom Versicherer aktiv zugänglich gemacht wird. Insgesamt wären die Administrativkosten damit geringer.	Im System des Tiers payant übermittelt der Versicherer der versicherten Person die detaillierte Rechnung.
KKA Art. 43 Abs. 5 erster Satz 5	43	5		Pauschalen im ambulanten Bereich M15 Wie in unserer Stellungnahme erklärt: einschränkend, weil geographisch eingegrenzte Pauschalen so verhindert werden. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Existenz alternativer Tarifmodelle für Pauschaltarife abgeschafft werden soll, die bereits im geltenden KVG sinnvolle 'Experimente' ermöglicht.	Diese Anpassung ist abzulehnen, insbesondere auch, weil sie bereits bestehende alternative Tarifierungen, die sich bewährt haben, verunmöglicht!
KKA Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz 1	44	1		Wir fordern, dass betriebswirtschaftliche Prinzipien respektiert werden müssen, d.h. dass es nicht statthaft ist, dass der Leistungserbringer gezwungen wäre, Mittel oder Gegenstände unter dem Selbstkostenpreis verkaufen zu müssen. D.h.es muss die Möglichkeit für die	Ablehnung, da auch das Referenzpreissystem als solches abgelehnt wird.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Leistungserbringer bestehen, Zuzahlungen ausserhalb KVG von den Patienten verlangen zu können, falls kostendeckende Tarife nicht gewährt würden. (Analog dazu muss der Versicherte ja auch Selbstbehalt an die Krankenkassen zahlen. Das Gegenteil zeichnet sich unter 52b1 ab, falls auch der Maximal-Preis festgelegt wird, unabhängig vom realen Preis (mit Logistik/ Lagerungskostenanteil).	
KKA Art. 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen	47	a		Falls Hoffnung besteht, dass diese Struktur effektiv die festgefahrene Situation der Tarifierung im ambulanten Sektor lösen können sollte, muss aufgrund der Komplexität und der Vielzahl der im ambulanten Sektor tätigen Player dafür gesorgt werden, dass es eine eigenständige Einheit gibt, die nur für die Bestimmung der Tarifstruktur Ärzte und jene der Spitäler ambulant zuständig ist. Die aktuelle Tarifverhandlungsproblematik ist darauf zurückzuführen, dass folgende Prinzipien nie verbindlich umgesetzt werden konnten. Diese neue Organisation muss deshalb bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur zwingend folgende Prinzipien adäquat berücksichtigen: - Verfügbare reale betriebswirtschaftliche Daten - Marktwirtschaftlich korrekt berechnete Betriebskosten und darauf abgestützte Tarifierungen. - Die betriebswirtschaftliche Analyse und Beurteilung muss anhand eines vordefinierten und gemeinsam validierten Modells	Falls Hoffnung besteht, dass diese Struktur effektiv die festgefahrene Situation der Tarifierung im ambulanten Sektor lösen können sollte, muss aufgrund der Komplexität und der Vielzahl der im ambulanten Sektor tätigen Player dafür gesorgt werden, dass es eine eigenständige Einheit gibt, die nur für die Bestimmung der Tarifstruktur Ärzte und jene der Spitäler ambulant zuständig ist. Die aktuelle Tarifverhandlungsproblematik ist darauf zurückzuführen, dass folgende Prinzipien nie verbindlich umgesetzt werden konnten. Diese neue Organisation berücksichtigt bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur zwingend folgende Prinzipien adäquat: - Verfügbare reale betriebswirtschaftliche Daten - Marktwirtschaftlich korrekt berechnete Betriebskosten und

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				durchgeführt werden. - Die Datenanalysen müssen entsprechend den geltenden Goldstandards in Bezug auf Datenbereinigung (Outlayers), angepasster Methodologie, Biases und Impactfaktoren unter Bezug unabhängiger qualifizierter sachverständigen Statistiker erfolgen.	darauf abgestützte Tarifierungen. - Die betriebswirtschaftliche Analyse und Beurteilung muss anhand eines vordefinierten und gemeinsam validierten Modells durchgeführt werden. - Die Datenanalysen müssen entsprechend den geltenden Goldstandards in Bezug auf Datenbereinigung (Outlayers), angepasster Methodologie, Biases und Impactfaktoren unter Bezug unabhängiger qualifizierter sachverständigen Statistiker erfolgen.
KKA Art. 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen	47	b		Die kostenlose Lieferung der Daten ist unmöglich. Jeden Datenlieferung verursacht Betriebskosten. Bei DRG sind die Kosten in den Spitalkosten, die als Basis für Verhandlungen und Benchmarking gelten, enthalten. Grundsätzlich müssen solche Kosten verursachenden KVG-Pflichten finanziert werden. Das Tarifbüro muss Daten einzelner Leistungserbringer vertraulich behandeln. Publierte Daten dürfen keine Identifikation einzelner Leistungserbringer ermöglichen. Das Verhältnismässigkeitsprinzip und eine strikte Zweckbindung müssen garantiert sein.	«...nach Artikel 47a diejenigen Daten bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie.... Die dabei entstehenden Betriebskosten werden bei der Tarifierung adäquat/kostendeckend berücksichtigt.» Zu ergänzen: Die Datenlieferungspflicht beschränkt sich auf die minimal statistisch notwendige und kosteneffizienteste statistische Analysemethode. Die Übermittlung/Veröffentlichung identifizierbarer einzelner Leistungserbringer ist aus Datenschutzgründen ausgeschlossen. Die Daten werden in der entsprechend agglomerierten Form übermittelt und verwendet.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					Es muss vorgesehen werden, dass und wie die Datensammlung und -verwendung angefochten werden kann, wenn der Datenschutz und das Verhältnismässigkeitsprinzip nicht gewahrt wäre.
KKA Art. 47c Massnahmen zur Steuerung der Kosten	47	c		<i>Steuerung der Kosten durch Tarifpartner (Vorschlag EDI)</i> Die KKA hat viele Jahre Erfahrung mit sogenannten Kostensteuerungen im Rahmen der Verhandlungen mit den Krankenversicherern gemacht. Diese zielten trotz etlicher gegenteiliger Bundesgerichtsurteile jeweils dazu, die Kostensteigerungen unilateral den Ärzten zuzuschreiben, ohne dass Shiftvolumina, neue Therapieoptionen, epidemiologische Entwicklungen usw. korrekt analysiert wurden. Die KKA lehnt es dezidiert ab, dass begründete Kostenentwicklungen jeweils Verschlechterungen der Entgeltung der ärztlichen Leistungserbringer haben sollten. Niemand käme auf die Idee, das Einkommen der Krankenkassenmitarbeiter oder deren Führungsorgane aufgrund der steigenden Gesundheitskosten linear zu kürzen. Seit 2004 ist es der KKA nicht gelungen, die Tarifverhandlungen auf einer korrekten sachlichen Ebene zu führen. Im Gegenteil brauchte es mehrere Jahre, bis das Bundesgericht in mehreren Urteilen festhielt, dass diese einseitige 'Kostensteuerung' zu Lasten der Ärzteschaft nicht zulässig sei. Dennoch ist es der KKA noch nicht gelungen, die Schlüsse der BG-Urteile auf Ebene der Tarifverhandlungen umsetzen zu können. - Die hier vorgesehene Bestimmung konterkariert die mehrfach vom Bundesgericht bestätigten eigentlich bestehenden Tarifgrundsätze (Betriebswirtschaftlichkeit, Wahrung einer qualitativ hochstehenden, effizienten	Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in ihren Tarifverträgen ein realistisches und sinnvolles gemeinsames Monitoring vor, das den verschiedenen bekannten Faktoren (demographische, epidemiologische, innovationstechnische Entwicklungen) korrekt und transparent Rechnung trägt. Für den Fall unvorhergesehener und ungerechtfertigter Entwicklungen in den Bereichen Versorgungssicherheit, Qualität der Versorgung, sowie Mengen- und Kostenentwicklungen vereinbaren die Tarifpartner Korrekturmassnahmen. Die mengenmässigen Entwicklungen und abgerechneten Kosten sind zwingend in Zusammenhang mit den obigen Faktoren zu analysieren, um willkürliche Tarifsenkungen und Rationierungsmassnahmen zu verhindern. 4) Sie definieren die zu treffenden Korrekturen in Bezug auf schwankende Mengen und Kosten in Abhängigkeit der bekannten erklärenden Faktoren. 5) Diese berücksichtigen in adäquater Weise

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Versorgung). Es wird mit dieser Bestimmung der Anreiz geschaffen, systematisch aufgrund der Kostenentwicklung von diesen Grundsätzen abzuweichen und systeminherente, politische, demographische oder epidemiologisch bedingte Kostenentwicklungen einseitig zulasten der Leistungserbringer korrigieren zu wollen. In diesem Sinne künstlich fabrizierte, willkürliche Globalbudgets, die zu Auswirkungen führen wie Rationierung und Patientenselektion oder Qualitätseinbussen führen, sind vehement abzulehnen. Auch als subsidiäre Massnahme beim Scheitern von Verhandlungen. Die Behörden haben heute schon genug Mittel, die Einhaltung des KVG bei Einreichung der Tarife zu überprüfen. Diese Bestimmungen gehen nicht auf die bekannten Grundprobleme ein und lösen diese in keiner Weise. Sie sind so daher abzulehnen.	die bekannten ursächlichen Faktoren wie Epidemiologie, Demographie, neue Guidelines und Therapie – wie Abklärungsindikationen. 6) ... geben dem Bundesrat die minimalen Daten bekannt... die für die Festlegung der Massnahmen...
KKA Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1bis	52	Abs 1		Als Sparoption besteht bereits die Möglichkeit der Einschränkung der Wahl von Generika/Original im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen. Weitergehende Bestimmungen erlauben keine wesentlichen Einsparungen ohne paradoxerweise anderenorts Mehrkosten zu generieren. (Siehe unsere schriftliche Stellungnahme). Ständige Behandlungswechsel wegen Rabattverhandlungen und Preisveränderungen sind zu befürchten. Dies würde die Behandlungssicherheit gefährden.	Die KKA lehnt die Vorschläge zum Referenzpreissystem ab. Eventualiter: Übernahme eines fixen 'Mindestpreises' durch die Grundversicherung, mit Möglichkeit, den Aufpreis ausserhalb der Grundversicherung einzufordern. Siehe weiter oben.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Ausserdem widerspricht das System den Intentionen von KVG/HMG in Sachen Weitergabe der Vergünstigungen. Der Wille des Parlamentes ist es nämlich, den Wettbewerb beim Einkauf von substituierbaren Medikamenten spielen zu lassen. Das Referenzpreissystem macht diesen Wettbewerb kaputt. Ebenfalls würde es etablierte Finanzierungsquellen für Qualitätsprojekte in gewissen alternativen Versorgungsnetzwerken, die sich bestens bewährt haben, entziehen. - Ob das vorgeschlagenen System die Kosten senkt oder aber erhöht, weil der Generikamarkt allenfalls einbricht, ist völlig unklar.	
KKA Art. 52 Abs. 3	52	3		Technische Anpassung, damit höchstens der Referenzpreis für betroffene Arzneimittel verrechnet wird	Unnötige Bestimmung, da Referenzpreissystem abgelehnt wird. Allenfalls müsste hier ergänzt werden, dass falls der Referenzpreis unter dem Selbstkostenpreis liegt, der Leistungserbringer eine Zusatzzahlung vom Leistungsbezüger ausserhalb des KVG verlangen kann.
KKA Art. 52a Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis	52	a		Nur der Preis des Billigsten wird vergütet- Also soll bei nur zwei Generika nur das günstigste vergütet werden. D.h. aber, dass an sich auch ein Höchstpreis für das teurere Generika festgelegt werden müsste, weil die Versicherten ja dann nicht den gleichen Schutz geniessen, wie wenn es drei oder 4 Generika gibt. Es darf nicht sein, dass die Therapie jeweils aufgrund von Preisverschiebungen diverser Generika verändert wird – was vermehrte Risiken von	Wird von der KKA dezidiert abgelehnt!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Verwechslungen, veränderten Interaktionen und somit ein Qualitätsrisiko für den Patienten birgt, ohne belegtes Einsparpotential, wenn die Globalkosten mitberücksichtigt werden! Anforderungen an Informationspflichten der Ärzte und Apotheker sind nicht haltbar.	
KKA 52b Modell mit Meldesystem			<i>Referenzpreissystem (M22) Variante mit Meldesystem</i> Bei diesem Modell gibt es zahlreiche offene Fragen. Die Funktionsweise und ihre Dynamik ist nicht wirklich durchschaubar. Welche Preise müssen die Hersteller denn liefern? Der heutige Markt ist dadurch gekennzeichnet, dass es für die identische Packung eines Herstellers nicht EINEN Marktpreis gibt. Er ist abhängig von Verhandlungen mit Grossisten. Ausserdem beeinflussen auch Verhandlungen mit Apotheker und Ärzten diese Preise. Zu guter Letzt zielt die Idee dieses Verfahrens an sich ja darauf ab, dass auch der Versicherer durch die Auswahl der von ihm vergüteten Arzneimittel einen Preisdruck erzeugen kann. Dadurch könnten auch je nach Versicherer unterschiedliche Preise zustande kommen. Dies scheint im Vorschlag allerdings nicht wirklich angedacht worden zu sein. Nicht deutlich gemacht wird in den Erläuterungen, wie sich denn das Meldesystem im Vergleich zum Modell mit Preisabschlag auf das Preisniveau auswirken dürfte. Gleichzeitig ist dieses System eine grosse Herausforderung für Patienten und Leistungserbringer (Informationssysteme, Informationspflichten). Sie müssen in der Lage sein und	Verzicht auf Referenzpreissystem

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				akzeptieren, dauernd Medikationswechsel vorzunehmen, soweit sie Zuzahlungen zulasten der Patienten verhindern wollen. Dies ist ethisch und deontologisch nicht haltbar.	
KKA Art. 53 Abs. 1bis 1bis	53	1			Ablehnung. Es muss dasselbe Recht für die Organisationen der Leistungserbringer vorgesehen werden, ansonsten besteht eine juristische Ungleichbehandlung der involvierten Partner.
KKA Art. 59 Sachüberschrift, Abs. 1 erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie bezüglich Rechnungsstellung	59	1+3		Anstelle einer Sanktionierung der Partner sollte hier eine Option geschaffen, administrative Abläufe zu erleichtern und effektiv Kosten sparen zu können, durch Ermöglichen von Zugriffsmöglichkeiten der Patienten auf die ihn betreffenden Rechnungen, die dem Versicherer übermittelt worden sind. Alternativ wäre wesentlich effizienter, wenn im Tiers payant der Versicherer die Rechnungsübermittlung an den Patienten zeitgleich mit den Abrechnungsmodalitäten (Franchise uä) zusenden würde.	Zugriffsmöglichkeit der Patienten zu den beim Versicherer eingetroffenen Rechnungen bzw. Versand vom Versicherer an Versicherten, wenn die elektronische Zugriffsmöglichkeit nicht besteht. Die Sanktionen sollen bei Verstoss dieser Pflicht gegen den Versicherer ergriffen werden können. Die Sanktionen müssen verhältnismässig sein im Vergleich zur beanstandeten Verfehlung.
KKA Art. 59b	59	b		Wir verweisen auf die Ausführungen in unsere Stellungnahme.	Generell befürwortet die KKA die Möglichkeit, im Gesundheitswesen Experimente durchführen zu können. Die KKA lehnt den vorgelegten Vorschlag zum Experimentierartikel aus folgenden Gründen ab: -Die Experimente müssen für die Beteiligten freiwillig sein und mit ihrem Einverständnis und unter Einbezug der Beteiligten definiert und vorgesehen werden. Es ist inakzeptabel, dass solche Experimente

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					aufgezwungen werden können sollten, insbesondere als dass diese nach bereits kurzer Pilotphase wieder abgebrochen werden sollten. Das aktuelle KVG lässt durch die Möglichkeit von Pauschal-Tarifen ausserhalb der amb. Einheitlichen KVG-Struktur genügend Freiraum für sinnvolle, nachhaltige Experimente. Dieser Experimentierartikel ist schlicht und einfach unnötig und wenig nachhaltig angedacht. Er ist mit viel Bürokratie und viel administrativem Aufwand, ohne Sicherheit auf eine längerfristige Weiterführung verknüpft, sodass keine wirklich grösseren Projekte unter den gelisteten Voraussetzungen zielführend sinnvoll und kosteneffizient umgesetzt werden können. Die vorgeschlagene Liste suggeriert allerdings auch, dass im Rahmen der Experimente gegen verpflichtende Grundsätze verstossen werden könnte (Bsp. Territorialitätsprinzip). Die KKA hat daher Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit und an der Zweckmässigkeit der vorliegenden Formulierung. Dazu kommt, dass die Pilotprojekte nur hinsichtlich des angestrebten Spareffektes überprüft werden soll. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung müssten ebenfalls evaluiert und wenn möglich korrigiert werden, da ansonsten bereits laufende Pilotprojekte sofort eingestellt werden müssten.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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.

Dr. Thomas Lang
Managing Director
MSD Merck Sharp & Dohme AG
T. +41 (0) 58 618 33 74
M.+41 (0) 79 887 91 41

MSD Merck Sharp & Dohme AG
Werfstrasse 4
6005 Luzern
msd.ch



Einschreiben
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und
Unfallversicherung (KUV)
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

13. Dezember 2018

Stellungnahme zur Vernehmlassung zu den Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): Massnahmenpaket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Vernehmlassung zu den Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – 1. Massnahmenpaket (inkl. Anpassung Vertriebsanteil) Stellung zu nehmen. Als eines der bedeutendsten Pharmaunternehmen in der Schweiz nehmen wir insbesondere Stellung zum vorgeschlagenen Referenzpreissystem, dem Experimentierartikel sowie zu der Anpassung des Vertriebsanteils. Die spezifischen Rückmeldungen finden Sie in den beiliegenden Formularen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen.

Freundliche Grüsse

MSD Merck Sharp & Dohme AG



Dr. Thomas Lang
Managing Director



Jean-Blaise Defago
Director Policy & Communication

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : MSD Merck Sharp & Dohme AG

Abkürzung der Firma / Organisation : MSD

Adresse : Werftrasse 4, 6005 Luzern

Kontaktperson : Jean-Blaise Défago

Telefon : 058 618 35 18

E-Mail : jean-blaise.defago@merck.com

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	13

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
MSD	MSD als bedeutender Teil der forschenden Pharmaindustrie trägt mit innovativen, wirksameren Therapien zu einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten bei. Wir sind bereit, auch künftig unseren Beitrag zu einem nachhaltigen, qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen zu leisten. Das qualitativ hochstehende Gesundheitswesen der Schweiz beruht nicht zuletzt auf der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten und der Verschreibungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte, welche gemeinsam die bestmögliche Therapie gemeinsam evaluieren. Der Arzt soll denn auch in Absprache mit dem Patienten auch künftig aufgrund von medizinischen Kriterien darüber entscheiden, welche Therapie für den Patienten am Geeignetsten ist, um Krankheiten zu heilen, Leiden zu lindern und Lebensqualität zu verbessern.. Ein Konzept, dass primär auf Kosteneinsparung ausgerichtet ist, greift zu kurz. MSD ist überzeugt, dass wettbewerbliche Regelungen am besten geeignet sind, eine qualitativ hochstehende und kosteneffiziente Versorgung zu gewährleisten. Im kleinen Schweizer Markt ist darauf zu achten, dass die Versorgungssicherheit auch für umsatzschwächere Medikamente gewährleistet werden kann. Die Einführung von Zwangsbestimmungen (z.B. Zwangssubstitution von Generika, Tendersysteme, vorgegebene Quoten zur Verschreibung von Generika etc.), welche die ärztliche Verschreibungsfreiheit des behandelnden Arztes unterlaufen und/oder die Versorgungssicherheit gefährden, lehnen wir klar ab. MSD unterstützt deshalb Regelungen, die gleiche Spiesse für alle und einen fairen, nachhaltigen Wettbewerb auch im Markt mit patentabgelaufenen Medikamenten schaffen. Die zentralen Werte des Gesundheitswesens «Qualität» und «Wahlfreiheit» vor «Kosten» geniessen bei den Stimmberechtigten sehr hohe Akzeptanz. Dies zeigen die Ergebnisse des repräsentativen gfs-Gesundheitsmonitors, welcher im Auftrag von Interpharma seit 1996 jährlich durch das gfs.bern erhoben wird. MSD als Teil der forschenden Pharmafirmen ist sich seiner Verantwortung bewusst einen Beitrag zu leisten, damit alle Patientinnen und Patienten auch künftig Zugang haben zu neuen, wirksameren Therapien. Auch wenn es beim Massnahmenpaket 1 primär um Generika geht, zeigen Formulierungen im Erläuterungsbericht, dass Regulierung und Kostenfixierung Raum einnehmen. Innovation muss aber auch künftig honoriert werden, damit ein Anreiz besteht, in der Schweiz weiterhin in Forschung und Entwicklung zu investieren. Mit der Akzeptanz von regelmässigen Preisüberprüfungen respektive Preissenkungen trägt die Pharmaindustrie seit Jahren massgeblich zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Die Pharmaindustrie ist bereit im Dialog mit Behörden und Stakeholdern auch künftig zu Lösungen beizutragen, damit der Zugang zum medizinischen Fortschritt gewährleistet bleibt. MSD unterstützt deshalb Reformen, die bestehende Fehlanreize im Gesundheitssystem eliminieren und damit zu einer qualitativ besseren und effizienteren Behandlung der Patientinnen und Patienten beitragen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

MSD	MSD erachtet die Massnahme M02 Experimentierartikel als unterstützungswürdig, wenn die von uns genannten Bedingungen erfüllt sind. Die Massnahme M22 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln können wir in der vorgeschlagenen Form allerdings nicht unterstützen. Zu den übrigen Massnahmen gibt MSD keine Empfehlung ab, da wir von diesen nicht direkt betroffen sind.
MSD	Während im Revisionsentwurf des KVG von wirkstoffgleichen Medikamenten die Rede ist, tauchen im Erläuterungsbericht in diesem Kontext auch die Biosimilars auf. Eine Gleichsetzung von Biosimilars mit Generika, wie sie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Erläuterung zur Vernehmlassung suggeriert, wird abgelehnt. • Sie ist nicht sachgerecht, bzw. verletzt das Gleichbehandlungsgebot, da für Biosimilars höhere Auflagen an den Nachweis der Wirksamkeit, Sicherheit und Marktüberwachung gelten als für Generika. • Biosimilars dürfen nicht mit Generika verwechselt werden. Bei Generika handelt es sich um exakte Kopien von chemisch hergestellten Medikamenten. Biosimilars werden biotechnologisch hergestellt (d.h mit lebenden Zellen), und können nur ähnlich (=similar) hergestellt werden. Daher sind Biosimilars untereinander sowie mit dem Originalprodukt nicht austauschbar. • mit der Revision des KVG keine Inkohärenzen zu der Definition swissmedic und dem eben revidierten Heilmittelgesetz (HMG) von Biosimilars geschaffen werden darf. In der Swissmedic «HD-Wegleitung Zulassung Biosimilar» werden Biosimilars wie folgt definiert: Biosimilars sind biotechnologisch hergestellte Arzneimittel mit rekombinanten Proteinen als Wirkstoff, die eine genügende Ähnlichkeit (similarity) mit einem bereits zugelassenen Referenzpräparat haben. Sie nehmen mit einer eigenen Dokumentation auf die Referenzpräparate Bezug und können, sobald der Erstanmelderschutz (Dokumentenschutz) beim Referenzpräparat ausgelaufen ist, bei Swissmedic zur Zulassung angemeldet werden. Im soeben revidierten Heilmittelgesetz Art. 4 Abs. 1 Bst. a^{novies} HMG werden Biosimilars ebenfalls als wirkstoffähnlich und nicht wirkstoffgleich definiert: <i>«Biosimilar: biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit einem vom Institut zugelassenen Referenzpräparat aufweist und auf dessen Dokumentation Bezug nimmt».</i> Generika und Biosimilars sind zwar beides Nachahmungen von einst patentgeschützten Medikamenten. Jedoch gehören diese zu unterschiedlichen Arzneimittelkategorien. Es ist deshalb zu vermeiden, dass mit der Revision des KVG inkohärenzen zum soeben revidierten HMG und der Swissmedic geschaffen werden. Generika sind wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukte, wohingegen Biosimilars Arzneimittel sind, die aufgrund ihrer komplexen Struktur, Molekülgröße, sowie eines nicht „kopierbaren“ Wirtszellsystems und Produktionsprozesses dem Original nur ähnlich sein können. Generika sind aufgrund ihrer geringen Molekülgröße und der chemischen Struktur sehr gut durch Analysemethoden mit dem Original zu vergleichen und können somit exakt nachgebaut werden. Aufgrund des komplizierten und hochsensiblen Herstellungsprozesses handelt es sich bei Biosimilars im Unterschied zu den niedermolekularen Generika nicht um exakte Kopien der Wirkstoffe. Sie sind ähnlich (<i>similar</i>), aber nicht genau gleich (<i>generisch</i>). Zusätzlich wird die Qualität des

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

biotechnologischen Antikörpers durch die Wirtszelle und den Produktionsprozess bestimmt. Unterschiedliche Produktionsprozesse als auch verschiedene Wirtszellen als Ursprung für die Produktion monoklonaler Antikörper ermöglichen nur die Herstellung eines neuen Arzneimittels welches mit dem Original vergleichbar, nicht jedoch identisch ist. Der Herstellungsprozess kann nicht kopiert werden.

Deshalb ist das Zulassungsverfahren im Vergleich mit den Generika umfangreicher und kostenintensiver. Bio-similars müssen zudem aufwendige und kostenintensive Studien mit harten klinischen Endpunkten in der relevantesten Indikation durchlaufen, die bei der Zulassung von Generika nicht erforderlich sind.

Aus den oben genannten Gründen hat auch die europäische Zulassungsagentur (EMA)¹ klar festgestellt, dass Biosimilars keine Generika sind. Genaue Kenntnisse über Produktion, regulatorische Anforderungen und Daten aus präklinischen und klinischen Studien sind notwendig, um einen adäquaten Einsatz von Biosimilars zu gewährleisten. Keinesfalls handelt es sich bei Biosimilars um identische Kopien, wie dies bei Generika der Fall ist.

¹European Medicines Agency: Guideline on similar biological medicinal products containing monoclonal antibodies – non-clinical and clinical issues, EMA/CHMP/BMWP/403543/2010, 30 May 2012

Aus Gründen der Patientensicherheit und möglicher Immunogenität sind Biosimilars weder mit dem Referenzpräparat noch untereinander austauschbar sind. Durch die Swissmedic-Zulassung eines Biosimilar wird lediglich bestätigt, dass sich die Unterschiede zwischen dem Biosimilar und seinem Referenzpräparat nicht auf Sicherheit und Wirksamkeit auswirken. Ein Entscheid über die Austauschbarkeit ist nur durch den/die behandelnde/n Arzt oder Ärztin zu treffen.

Auch aufgrund der nicht möglichen Substituierung von Biosimilars können diese nicht in ein Referenzpreissystem eingebunden werden.

Biosimilars sind nicht mit Generika vergleichbar und gleichzusetzen. Sie sind deshalb aus den vorgeschlagenen Modellen für die Einführung eines Referenzpreissystems auszuschliessen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
MSD	52a			Artikel 52a (Günstigkeitsprinzip) MSD fordert die Streichung des Günstigkeitsprinzips • Streichung des Günstigkeits-Prinzips in Art. 52a. Das Günstigkeits-Prinzip steht im Widerspruch zum Grundsatz der SL wonach die Vergütungsregelung bei Arzneimitteln in der SL erfolgt, gefährdet die Versorgungssicherheit und missachtet den Grundsatz der Verschreibungsfreiheit des Arztes. • Die Vergütung der Arzneimittel ohne Referenzpreis – sprich bis zum Markteintritt von mindestens drei patentabgelaufenen Medikamenten - soll nach geltendem Recht erfolgen. • Demzufolge ist Art. 52a bezüglich des Substitutionsrechts beizubehalten. • Absatz 4 ist zu streichen. Dieser Absatz würde dem BAG Ermessenspielraum einräumen, welcher dem Amt nicht zukommen kann.	
MSD	52b	1		MSD fordert die Berücksichtigung der Schutzrechtstitel Beide mit dem Kostendämpfungspaket I vorgeschlagenen Neuerungen hinsichtlich des Referenzpreissystems (Modell mit Preisabschlag und Modell mit Meldesystem) berücksichtigen u.E. die Patentsituation der betroffenen Arzneimittel nicht oder	¹ Sind mindestens drei Arzneimittel ... ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			zu wenig. Voraussetzung für die Einführung des Referenzpreissystems ist bei beiden Modellen, dass mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in die SL aufgenommen wurden (Art. 52b Abs. 1 EKVg). Die Botschaft (S.51) sagt zwar, dass bei der Beurteilung auf die Wirkstoff- und Indikationsebene (ATC-5-Level) abgestellt werden soll. Von der Indikation ist in Art. 52b Abs. 1 EKVg jedoch nirgends die Rede. Es besteht daher das erhebliche Risiko, dass das Referenzpreissystem auch dann angewendet wird, wenn bei einem der Präparate noch ein Patentschutz (z.B. second medical use, Art. 7d PatG), ein ESZ (Art. 140a ff. PatG/revPatG) oder ein Unterlagenschutz (Art. 11a und 11b revHMG) besteht. Mit anderen Worten kann bei der Zulassung von zwei wirkstoffgleichen Arzneimitteln das Referenzpreissystem auch auf ein Originalpräparat angewendet werden, das in anderem Zusammenhang noch über einen Schutztitel verfügt (Art. 7d PatG, Art. 140a ff. PatG/revPatG oder Art. 11a oder 11b revHMG). Damit wird auf Stufe KVG das Immaterialgüterrecht bzw. der Schutz von medizinischen Innovationen durchbrochen. Wir identifizieren an dieser Stelle dringenden Handlungsbedarf, wonach die Schutzrechts-Titel besser abzugrenzen und der Ermessensspielraum für das BAG klarer abzustecken sind. Wir favorisieren die Möglichkeit, diejenigen Originalpräparate, welche noch über einen Patentschutz oder einen Unterlagenschutz verfügen, vom Referenzpreissystem auszunehmen. Den patentgeschützten Arzneimitteln sind Arzneimittel mit einem ergänzenden Schutzzertifikat gemäss Art. 140a ff., Art. 140n ff. und Art. 140t ff. Patentgesetz gleichgestellt. Mit anderen Worten sollte die Anwendbarkeit des gesamten Referenzpreissystems wie folgt vom Ablauf des Patentschutzes, der Ergänzenden Schutzzertifikate und des Unterlagenschutzes abhängig gemacht werden:	Neu: Von den Bestimmungen der Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis sind Präparate ausgenommen, die noch über einen gültigen Patentschutz (Artikel 7 des Patentgesetzes), ein gültiges Ergänzendes Schutzzertifikat (Artikel 140 ff. des Patentgesetzes) oder über einen gültigen Unterlagenschutz (Artikel 11a und 11b des Heilmittelgesetzes) verfügen.
--	--	--	---	---

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Error! Reference source not found.	52b		MSD kann ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln in der vorgeschlagenen Form nicht unterstützen. Akzeptabel könnte ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln sein, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind: • Im Geltungsbereich des Gesetzes erfasst sind Präparate mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung (ATC-5-Level). • Ein Referenzpreis wird festgesetzt, wenn mindestens drei wirkstoffgleiche Arzneimittel in der SL registriert sind. • D.h. ATC 4-/ATC 3-Level und patentierte Arzneimittel sind nicht im Geltungsbereich des Referenzpreissystems. • Die beiden Preismodelle, welche für das Referenzpreissystem vorgeschlagen werden, sind unausgereift. Eine Präferenzaussage ist auf der Basis der Vernehmlassungsvorlage nicht möglich, weil beide Modelle Mängel aufweisen. Das Modell mit Meldesystem mit den spezifischen Bestimmungen in Absatz 5 ist abzulehnen, weil es mit einem nur selektiven Zugang der Patienten zu Arzneimitteln und einem unverhältnismässig hohen administrativen Aufwand verbunden wäre. Dem Erfordernis, dass mit einem Referenzpreissystem keine Medikamentenwechsel verbunden sein dürfen, würde nicht Rechnung getragen. Sodann bliebe die Verschreibungsfreiheit unbeachtet. Schliesslich würde dieses Modell durch die Sonderstellung der Krankenversicherer zu Rechtsungleichheiten und Rechtsunsicherheit führen und das Referenzpreissystem übersteuern oder aushebeln. Das Modell mit Preisabschlag, welches die Elemente Auslandspreisvergleich, Preisabstand und Preisabschlag beinhaltet und kombiniert, kann je nach Ausgestaltung	
--	------------	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				mit massiven Auswirkungen auf die Anbieter verbunden sein, welche die Versorgungs- und Patientensicherheit beeinträchtigen würden. • Für die Berechnung des Referenzbetrags wird ein APV und TQV erhoben. Der APV soll weiterhin anhand des aktuell definierten Länderkorbs mit den 9 Referenzländern durchgeführt werden. • Eine Gleichstellung von Biosimilars und Generika ist abzulehnen. Es ist im Interesse der Sicherheit von Patientinnen und Patienten Biosimilars als eigene Arzneimittel-Kategorie zu behalten und von einer Gleichstellung mit Generika strikt abzusehen. Im Rahmen der Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) des BAG und SECO sollten sämtliche Auswirkungen eines möglichen Referenzpreissystems für Biosimilars berücksichtigt werden; inklusive der negativen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Produktion von patentabgelaufenen Original-Biologika in einem stark regulierten Markt. Das revidierte Heilmittelgesetz definiert in Art. 4 Abs.1 Biosimilars neben Originalpräparaten und Generika als eigene Arzneimittel-Kategorie. Ein Biosimilar ist ein biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit dem Referenzpräparat aufweist; dagegen ist ein Generikum wirkstoffidentisch wie das (chemische) Originalpräparat. Die eigene Arzneimittel-Kategorie rechtfertigt sich dadurch, dass das mit lebenden Zellen hergestellte Nachahmerprodukt dem Original nur ähnlich aber nicht identisch ist. Dieses Faktum der blossen Ähnlichkeit hat Implikationen bei der Zulassung und im Einsatz von Biologika/Biosimilars in der Praxis. Aus Gründen der Patientensicherheit und	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				möglicher Immunogenität sind Biosimilars weder mit dem Referenzpräparat noch untereinander austauschbar. Auch aufgrund der nicht möglichen Substituierung von Biosimilars können diese nicht in ein Referenzpreissystem eingebunden werden. Es ist zudem zu vermeiden, dass mit der Revision des KVG Inkoherenzen zum soeben revidierten HMG und der Swissmedic geschaffen werden. Die Biosimilars sind deshalb aus den vorgeschlagenen Modellen für die Einführung eines Referenzpreissystems explizit auszuschliessen. Sie bedürfen einer separaten Regelung. • Dieselben Überlegungen müssen für alle Biologika einschliesslich Blutprodukte und Vakzine gelten. • Die Verschreibungsfreiheit des Arztes ist in Art. 52a KVG für den individuellen Fall-Entscheid über die medizinische Eignung von Arzneimitteln zu bestätigen (vgl. Anträge zu Art. 52a weiter oben) Eine abschliessende Stellungnahme zum Referenzpreissystem und zu den Preismodellen wird erst dann möglich sein, wenn der Bundesrat die entsprechenden Verordnungsbestimmungen aufgelegt haben wird. MSD meint, dass die Verordnungsbestimmungen zum Referenzpreissystem mit der Botschaft zur KVG-Revision vorzulegen ist. Originalpräparate mit abgelaufenen Patenten wären im «Referenzpreis-Marktsegment» mit einem Anteil von etwa 50% vertreten. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die forschende Pharmaindustrie im Rahmen des	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Referenzpreissystems mit Originalpräparaten mit über 50 Prozent zur Kosteneindämmung beitragen würde.	
Error! Reference source not found.MSD	59b	1		Art. 59b Abs. 1 (Experimentierartikel) MSD befürwortet im Grundsatz den Experimentierartikel M02. MSD erachtet einen Experimentierartikel als sinnvoll. Der Geltungsbereich für Pilotprojekte ist aber offen zu halten und nicht auf Kostendämpfung einzuschränken. Die Limitierung auf Kostendämpfungs-Massnahmen bringt das Gesundheitssystem nicht weiter. Es soll möglich sein, mit Pilotprojekten Massnahmen zur Steigerung der Qualität und der Effizienz zu testen oder eine Umgebung zu schaffen, in der die Eliminierung von Fehlanreizen analysiert werden kann. Der Experimentierartikel kann beispielsweise dazu dienen, Projekte im Bereich der Digitalisierung zu erproben. Gemäss dem Entwurf können Projekte in der Regel von Kantonen, Leistungserbringern und Patientenorganisationen vorgeschlagen werden. MSD ist ebenfalls daran interessiert, Projekte für den Experimentierartikel vorzuschlagen. Demzufolge ist MSD der Ansicht, dass der Adressatenkreis für weitere interessierte Stakeholder – inklusive der Pharmaunternehmen – geöffnet werden sollte. Nach Ansicht von MSD kann es beim Experimentierartikel auch nicht darum gehen, die Grundlagen des KVG in Frage zu stellen. Es wäre nicht sinnvoll, mit dem Experimentierartikel das Territorialitätsprinzip, einen wichtigen Grundsatz des KVG, aufzuheben. Deshalb beantragt MSD in Art. 59b die Streichung von Buchstabe b. Es soll darum gehen, Experimente in der Schweiz und nicht im Ausland zu fördern. Der	4a. Kapitel: Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung Art. 59b ¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen: a. Leistungserbringung im Auftrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Naturalleistungsprinzip) anstelle der Vergütung der Leistungen; b. Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2; c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers; d. einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen; e. Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung (z.B. Patienten-steuerungsprogramme); f. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten. g. innovative Preismodelle für innovative neue Therapien (z.B. Immun-Onkologie, Gentherapie, Rare Diseases etc.)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Experimentierartikel soll nicht andere KVG-Bestimmungen verletzen. Projekte basierend auf dem Experimentierartikel sollen bezüglich (Projektbeschreibung, Methodik und Evaluation) transparent ausgestaltet sein.	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : mfe

Adresse : Effingerstrasse 2

Kontaktperson : Yvan Rielle

Telefon : 031 508 36 02

E-Mail : yvan.rielle@hausarzteschweiz.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.mfe	Wir haben Verständnis dafür, dass der Bundesrat angesichts der Kostenentwicklung und der jahrelang blockierten Tarifierungen Vorschläge präsentiert.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Die einseitige Fokussierung auf die Kosten halten wir jedoch für nicht zielführend und zu wenig differenziert. Fragen der Versorgungsqualität und -sicherheit werden in den Vorschlägen zu wenig gewichtet, ebenso wird Aspekten der demographischen Entwicklung oder der aus anderen Gründen steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen generell zu wenig Rechnung getragen. Massnahmen, die einseitig auf die Kosten und namentlich auf die Leistungserbringer zielen, greifen zu kurz.
	Der Bundesrat nimmt implizit an, dass gespart werden kann, ohne dass die Massnahmen sich negativ z.B. auf die Patienten und die Versorgung auswirken. Er geht von Über- und Fehlversorgung und von Fehlanreizen im System aus, die korrigiert werden sollen. Dass (auch ungewollte) negative Auswirkungen nicht bedacht und nicht zur Diskussion gestellt werden, ist stossend. Negative Auswirkungen sind aus dem Ausland bestens bekannt, auch aus Ländern, die dem Bundesrat bei einzelnen Massnahmen als Beispiele dienen. Namentlich in der haus- und kinderärztlichen Grundversorgung besteht keine Überversorgung, sondern im Gegenteil in weiten Teilen der Schweiz eine bedeutende Unterversorgung.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Die Ärzteschaft hat zusammen mit Curafutura und MTK einen revidierten Tarif auf dem Tisch, der sehr weit fortgeschritten ist. Sie alle sind sich ihrer Verantwortung also bewusst, was tarifspezifische Aspekte angeht. Ebenso werden darin Fragen der Tarifpartnerschaft und der Tarifpflege geregelt. Die gesetzliche Regelung geht vom Vorrang des partnerschaftlichen Tarifs aus (Tarifautonomie). Es ist auf behördliche Eingriffe zu verzichten, welche das Gleichgewicht zwischen den Tarifpartnern in Frage stellen. In Ansätzen weisen einige der Vorschläge zwar in die richtige Richtung. Die vorgesehenen Massnahmen gehen in Kombination mit der weitreichenden Ausdehnung der subsidiären Kompetenzen aber insgesamt deutlich zu weit.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
mfeFehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	42 59	3 1, 3		Rechnungskopie Im System des Tiers payants erhält die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. Diese Vorgabe ist heute auf Verordnungsstufe geregelt, ihre Verankerung auf Gesetzesstufe soll Sanktionen ermöglichen. Wir begrüssen die Massnahme, bezweifeln allerdings ihre kostendämpfende Wirkung. Zielführender wären einfachere Rechnungen oder verständliche Rechnungserläuterungen zum besseren Verständnis der Rechnungen sowie eine strengere Rechnungskontrolle. Letztere könnte Aufgabe der Tariforganisation sein (vgl. nachfolgend).	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	43	5		Pauschalen fördern Einzeleleistungstarife sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Pauschalen können in gewissen Fällen zweckmässig und sinnvoll sein, etwa wenn ein Problem zeitlich und inhaltlich klar definiert werden kann. Patientenpauschalen lehnen wir ab. Beispiele aus anderen Ländern und Erfahrungen zeigen, dass sich diese zum Nachteil der Patienten auswirken, kostentreibend wirken und mitunter massive Fehlanreize bringen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			In der Hausarztmedizin und in der Praxispädiatrie ist die vorgenannte Voraussetzung fast nie gegeben, das Problem des Patienten ist vorerst undefiniert. Pauschalen sind in der medizinischen Grundversorgung kaum je zweckmässig. Insbesondere sind Patientenpauschalen weder geeignet noch sachgerecht, weil Haus- und Kinderärzte in der Praxis ein unselektiertes Patientenkollektiv betreuen und in den meisten Fällen nicht mit klaren Diagnosen arbeiten können. Wir lehnen Patientenpauschalen für den Bereich der Hausarztmedizin und der Praxispädiatrie klar ab. Einzelne Leistungspauschalen können in Ausnahmefällen zweckmässig sein.	
mfe	44, 52		Referenzpreissystem Wir sind nicht grundsätzlich gegen die Einführung eines Referenzpreissystems. Die Eignung eines Medikaments hängt nicht nur vom Wirkstoff, sondern zu einem sehr grossen Teil auch von der galenischen Präparierung ab. Es ist deshalb zwingend, dass die abgebende und verordnende Ärztin in der Wahl des Medikaments nicht zu stark eingeschränkt wird und die Wahl des Medikaments den spezifischen Bedürfnissen des individuellen Patienten anpassen kann (Sicherung der Compliance) Diese Option, aufgrund der «medizinischen Eignung» auch andere Medikamente abgeben zu können, soll gemäss Entwurf nur bei Arzneimitteln auf der Spezialitätenliste gelten, nicht aber bei solchen mit Referenzpreis. Es wird in keinem der beiden Modelle (Preisabschlag oder Meldesystem) erwähnt. Es ist nicht einzusehen, warum dieser Spielraum für Medikamente auf der Spezialitätenliste gewährt wird, nicht aber für Arzneimittel mit Referenzpreis. Es ist unabdingbar, dass der abgebende Arzt / die	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			abgebende Ärztin in medizinisch begründeten Fällen Spielraum hat bei der Abgabe von Medikamenten. Wirkstoffgleiche Medikamente unterscheiden sich zum Teil beträchtlich bezüglich Qualität und Galenik. Kurzfristig mögliche Spareffekte dürfen die Sicherheit der Patienten nicht gefährden. Häufige Medikamentenwechsel erschweren die Behandlung und bergen ein beträchtliches Gesundheitsrisiko. Ein Modell mit Meldesystem lehnen wir ab. Wir nehmen zu den beiden Modellen nicht im einzelnen Stellung. Es handelt sich nach unserer Einschätzung im Wesentlichen um umsetzungstechnische Aspekte. Es muss aber sichergestellt bleiben, dass der administrative Aufwand insbesondere für Praxen mit Praxisapotheken nicht weiter ansteigt. Wir befürchten entsprechende logistische Probleme v.a. bei Praxen mit Praxisapotheke insbesondere beim Modell mit Meldesystem. Schliesslich möchten wir mit Blick auf die Preisgestaltung auf die nach wie vor deutlichen Taxpunktunterschiede zwischen den Kantonen hinweisen: Kantone mit Selbstdispensation haben einen tieferen Taxpunkt. Sinken die Preise bzw. Margen, muss der Taxpunkt in diesen Kantonen aus systemlogischen Gründen angehoben werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47a	1-4	Nationales Tariffbüro Dagegen ist nichts einzuwenden. Im neuen Tarif, den FMH, MTK und Curafutura ausgearbeitet haben, ist das übrigens genauso vorgesehen. Zu bedenken ist, dass es zahlreiche verschiedene Tarife gibt. Es kann nicht die Absicht sein, für all diese Tarife eine einzige Organisation zu schaffen, in der dann alle vertreten sein sollten. Wir befürchten hier wiederum systembedingte Blockaden. Art. 47a ist genauer zu formulieren. Mit solchen Vorgaben ginge das KVG weiter als im stationären	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Bereich, für den keine so engen organisatorischen Vorgaben bestehen. Wir lehnen diesen Eingriff in die Tarifautonomie ab. Die Tarifpartner müssen sich selber über die Form und den Betrieb einigen. Wichtig dabei ist, dass die Organisation nicht überladen wird (vgl. Bemerkung oben) und Entscheide mit Mehrheits- und nicht mehr, wie in der früheren Organisation für Tarmed, mit Einstimmigkeitsprinzip gefällt werden. Die Einstimmigkeitsregel war ein Hauptgrund für jahrelange Blockaden. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrats, eine solche Organisation im ambulanten Bereich einzurichten, wenn es den Tarifpartnern selber nicht gelingt, lehnen wir ab. Wir begrüssen zwar die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für den ambulanten Bereich, ein solches ist unabdingbar, aber nur, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt. Die subsidiäre Kompetenz widerspricht dem Grundsatz der Tarifautonomie. Zudem ist Art. 47a Abs. 3 missverständlich (setzt der Bundesrat nun eine oder zwei Organisationen ein?).	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47b	1-3	Tarifstruktur aktualisieren Der Bundesrat will eine gesetzliche Pflicht schaffen zur kostenlosen Datenlieferung an die Organisation (gem. Art. 47a KVG, für deren Aufgaben) und an den Bundesrat (für dessen Aufgaben) inkl. Sanktionsmöglichkeiten, und zwar sowohl für die einzelnen Leistungserbringer wie auch für deren Verbände. Wir begrüssen Bestrebungen, die zum Ziel haben, den Tarif aktuell zu halten. Die Pflicht zur kostenlosen Datenlieferung an den Bundesrat ist aber unverhältnismässig, und wir lehnen sie in aller Deutlichkeit ab. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie, den wir nicht akzeptieren können. Wir unterstützen die Massnahme deshalb nur teilweise:	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Selbstverständlich sind der Tariforganisation die Daten kostenlos bekanntzugeben, nicht aber dem Bundesrat oder einer vom Bundesrat eingesetzten Organisation. Der Bundesrat verfügt insbesondere mit MAS über ausreichend Daten zur Steuerung der Versorgung.	
mfe	47c	1-7		Kostensteuerung Wir weisen seit Jahren darauf hin, dass es wichtig ist, im Tarifwerk verbindliche Mechanismen zur Tarifierpassung vorzusehen. Das Problem des Vorschlags: Die reine Kosten- und kurzfristige ex-post-Orientierung. Das ist nicht zielführend. Abgelehnt wird von uns die zu kurzfristige Orientierung an der Vorjahresentwicklung. Diese Periode ist viel zu kurz, Anpassungen auf dieser Basis wären unseriös und wohl nicht sachgerecht. Wir schlagen einen deutlich längeren Betrachtungszeitraum vor. Wir plädieren dafür, die Beurteilungsgrundlagen für Anpassungsmechanismen, wenn schon, auf einer differenzierteren, sachgerechten Methode abzustützen. Die Vorlage darf nicht «durch die Hintertür» zu einem Globalbudget führen. Ein solches lehnen wir ohne Wenn und Aber ab. Die Überwachung von Mengen- und Kostenentwicklungen ist eigentlich selbstverständlich. Wir können diese Massnahme im Grundsatz begrüssen, denn wir setzen uns seit Jahren für ein möglichst differenziertes Monitoring ein, das namentlich auch unterscheidet zwischen verschiedenen Fachrichtungen sowie zwischen praxis- und spitalambulant Leistungen. Diese Überwachung ist aber Sache der Tarifpartner. Regeln zur Korrektur fordern wir seit Jahren, allerdings ausdrücklich mit Korrekturmechanismen, die in beide Richtungen greifen: Nach oben wie nach unten. Ungeklärt bleibt der Begriff der ungerechtfertigten Erhöhung. Gerechtfertigte Erhöhungen	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			müssen selbstverständlich möglich sein, wobei zu definieren bleibt, was als gerechtfertigt gilt. Alles andere käme tatsächlich einer Kostendeckelung gleich, die nicht sachgerecht ist und die wir vehement ablehnen. Die weitreichende subsidiäre Kompetenz des Bundesrats, der selber Massnahmen zur Kostensteuerung festlegen kann, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen, lehnen wir klar ab. Die Festlegung der Mechanismen zur Kostensteuerung muss Bestandteil der Tarifpartnerschaft sein.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	53	1bis	Verbandsbeschwerderecht Wir begrüssen Massnahmen, die zu einer besseren Governance im Spitalbereich beitragen. Eine solche ist dringend angezeigt. Allerdings bezweifeln wir, ob ein Verbandsbeschwerderecht für die Versicherer in Fragen der Spitalplanung (Spitallisten) zielführend ist. Die damit verbundene Machtverschiebung in Richtung Versicherer lehnen wir ab, sie läuft dem Grundsatz der Tarifpartnerschaft entgegen. Das Multigovernance-Problem im Spitalbereich ist entweder anders zu lösen oder aber das Verbandsbeschwerderecht, wenn schon, auch auf andere Stakeholder auszuweiten (Standortgemeinden bzw. Gemeinden in der entsprechenden Versorgungsregion, Patientenorganisationen, Ärztesellschaften).	
mfe	59		Experimentierartikel Die Schaffung von rechtlichen Möglichkeiten, die es erlauben, innovative Ansätze auszuprobieren, halten wir grundsätzlich für begrüssenswert. Allerdings sind auch unter der geltenden Gesetzgebung schon Pilotversuche möglich. Projekte dürfen aber nicht alleine unter dem Aspekt der Kostenwirksamkeit ausgewählt und beurteilt werden. Versorgungssicherheit und -qualität sind	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			ebenso wichtig, es gelten auch für sie die WZW-Kriterien. Die zeitliche, räumliche und inhaltliche Beschränkung entspricht im Wesentlichen der Definition von Pilotprojekten. Gemäss erläuterndem Bericht müssen die Projekte zwar nicht die ganze Schweiz abdecken, aber «[...] in einem genügenden Umfang». Grundsätzlich sind wir damit zwar einverstanden. Um eine Aussagekraft zu haben, bedarf es einer gewissen Reichweite. Diese muss aber in erster Linie dem Projekt und seinen Zielen angemessen sein. Zu bedenken ist, dass Innovation in vielen Fällen lokal stattfindet, im kleinen Rahmen und in Kooperation mit lokalen / kleinen Partnern. Daher muss auch diese Möglichkeit offengelassen werden. Die Vorgabe, dass Projekte einen «genügenden Umfang» haben müssen, darf nicht dazu führen, dass innovative Projekte allein wegen ihrer Reichweite nicht als Pilotprojekt gemäss Art. 59b anerkannt werden. Möglichkeit zur Verpflichtung, an einem Projekt teilzunehmen: Wir sehen zwar ein, dass Pilotprojekte nur bei angemessener Beteiligung aussagekräftige Ergebnisse liefern können, gleichwohl lehnen die vorgesehene Teilnahmepflicht ab. Freiwilligkeit ist eine wichtige Voraussetzung. Wir wollen nicht, dass einzelne Akteure einseitig und gegen den Willen anderer Projekte lancieren können. Das ist nicht zielführend und widerspricht dem Prinzip der Tarifpartnerschaft. Es darf bezweifelt werden, dass Pilotprojekte, die unter solchen Umständen zustande kommen, aussagekräftige, valide Ergebnisse liefern bezüglich ihrer Wirkung, sei es auf die Kosten, die Qualität oder die Versorgung. Genauso lehnen wir es ab, dass Projekte von einem einzelnen Akteur allein eingereicht werden können. Pilotprojekte sollten von Leistungserbringern, Versicherern und allenfalls Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			werden. Kritisch sehen wir auch, dass nicht vorgesehen ist, (einzelne) Projekte bei Bedarf finanziell zu unterstützen. Die Gesuchsteller haben sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit dem Pilotversuch anfallen, selber zu übernehmen. Für kleinere und nicht von institutionellen Trägern vorgebrachte Projekte ist es ein Nachteil, wenn die Initianten die Kosten, von der Initiierung bis zur Evaluation, selber tragen müssen. Das wirkt innovationshemmend, behindert kleinere Projekte bzw. Projekte mit kleiner Trägerschaft und läuft damit der Grundidee des Experimentierartikels geradezu entgegen. Innovation soll nicht ausschliesslich durch die Finanzkraft gesteuert werden. Wir schlagen deshalb vor, einen Innovationsfonds zu schaffen, aus dem kleine, innovative Projekte gefördert werden können, deren Realisierbarkeit ansonsten gefährdet ist. Gemäss Entwurf soll der Bundesrat ein Pilotprojekt, das sich als kostenwirksam erwiesen hat, um ein Jahr verlängern können. Es tritt ausser Kraft, wenn er in dieser Zeit keinen Entwurf für gesetzliche Grundlagen an das Parlament unterbreitet. Es dürfen aber nicht nur die Kosten ausschlaggebend für entsprechende Entscheide werden. Andere Kriterien wie Versorgungssicherheit und -qualität sind zwingend zu beachten. Auch für Pilotprojekte müssen die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich) gelten. Wo Abgeltungsfragen betroffen sind, sind die Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt via den vorgesehenen Tarifrevisionsprozess umzusetzen und nicht via Gesetz einzuführen. Nicht geklärt ist in unseren Augen die wichtige Frage, ob die Unterbreitung des Entwurfs an das Parlament auch automatisch zu einer weiteren (nicht befristeten) Verlängerung des Pilotprojekts führt. Zudem ist das Abstellen auf blosse Gesetzesentwürfe des Bundesrates – die nota bene regelmässig von den Parlamenten abgeändert werden – dem politischen	
--	--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				System der Schweiz fremd. Diese Bestimmung führt zu einer Rechtsunsicherheit, die je nach Terminplanung in den Parlamenten gegebenenfalls über längere Zeit andauern 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	MVG, UVG, IVG	Bestimmungen in anderen Gesetzen sind in separaten Revisionsprozessen anzugehen und nicht im Rahmen von Kostendämpfungsmassnahmen, die auf das KVG abzielen. Gewisse Anpassungen wirken systemfremd. Im Übrigen verweisen wir im Einzelnen auf unsere Ausführungen zu den Massnahmen im KVG, namentlich bezüglich Kostensteuerung und Datenlieferung. Sie gelten auch für die entsprechend vorgesehene Anpassungen des MVG, UVG und IVG.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : medswiss.net; Dachverband der Ärztenetze

Abkürzung der Firma / Organisation : MSN

Adresse : Moosstrasse 2; 3073 Gümligen

Kontaktperson : Christoph Lüssi

Telefon : 031 952 07 87

E-Mail : info@medswiss.net

Datum : 22.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	16

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Allgemeine Bemerkungen Wir denken, dass sich die Vorlage zu stark auf die Vermeidung falscher Anreize konzentriert, statt richtige Anreize zu setzen. Es scheint uns als würde nicht der Kern der Probleme, sondern deren Auswirkungen angegangen. Exemplarisch erscheinen uns hierbei zwei vorgeschlagene Massnahmen. Einerseits die geplante Einführung eines Referenzpreissystems und andererseits die Bestimmung, wonach die Patienten (im System des Tiers payant) eine Kopie der Rechnung erhalten sollen. Man hätte beispielsweise mit der auch gerade in die Vernehmlassung geschickten Vorlage über die Berechnung von Vertriebsmargen auf verschreibungspflichtige Medikamente ein Instrument zu Hand, um die Abgabe von Generika zumindest bei den selbstdispensierenden Ärzten zu fördern, indem die Vertriebsmargen sich zwischen Originalpräparat und Generika unterscheiden. Dies wäre ein finanzieller Anreiz in die richtige Richtung und könnte auch einfach hergeleitet werden, denn viele der in der Vertriebsmarge enthaltenen Kosten entstehen unabhängig davon, ob eine Packung nun CHF 2.50 oder CHF 1'000.- kostet. Alleine die Verzinsung und das Risiko unterscheiden sich, ansonsten sind die Aufwendungen betreffend die Bestellung, Lagerhaltung, Abgabe usw. identisch. Das heisst, dass für ein günstigeres Generikum prozentual höhere Kosten anfallen als für ein teureres Originalpräparat, was eine unterschiedliche Vertriebsmarge auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht rechtfertigen würde. Bei der Rechnungsstellung ist die Sachlage auch klar: Art. 59 Abs.2 KVV: „Haben Versicherer und Leistungserbringer vereinbart, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant), so hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Kopie der Rechnung nach Artikel 42 Absatz 3 des Gesetzes zukommen zu lassen. Er kann mit dem Versicherer vereinbaren, dass dieser die Rechnungskopie zustellt.“ Die Umsetzung einer gesetzlichen Bestimmung wird nicht besser, wenn eine neue gesetzliche Bestimmung im KVG aufgenommen wird, sondern nur dann, wenn die Einhaltung bereits bestehender Bestimmungen besser durchgesetzt wird. Es wäre aus Sicht von MSN wünschenswert, wenn beteiligte oder von einer Gesetzesänderung betroffene Verbände früher – zum Beispiel im Rahmen eines offenen Workshops zur Erarbeitung von Ideen – in den Prozess eingebunden würden, denn oftmals fehlt aus Sicht von MSN der Gesamtüberblick über das System, sondern die geplanten Änderungen nehmen sich einem kleinen Puzzleteil an, ohne das ganze Puzzle zu betrachten. Die in solchen Veranstaltungen genannten Ideen wären anschliessend zu Priorisieren und durch die Verwaltung unter Mithilfe der betroffenen Verbände auszuarbeiten, was dazu führen könnte, dass zum Wohl der Patientinnen und Patienten bessere Lösungen gefunden werden könnten, welche überdies eine grössere Akzeptanz bei den betroffenen Institutionen finden könnten.
	M02 Experimentierartikel

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	MSN anerkennt und unterstützt generell den Willen im Rahmen von kontrollierten, zeitlich und räumlich begrenzten Experimenten und Projekten die Versorgungsqualität und die Kosteneffizienz des Gesundheitswesens insgesamt weiterentwickeln zu wollen. Allerdings sind wir überzeugt, dass solche Innovationen an der Basis entwickelt werden sollten, denn der Erfolg eines Projektes hängt unter anderem auch davon ab, inwieweit die Teilnehmer eines Projektes sich damit identifizieren können. Die Freiwilligkeit an der Teilnahme erscheint uns als Dachverband jener Leistungserbringer, welche seit 20 Jahren erfolgreich Projekte und besondere Versicherungsverträge im Bereich der OKP mit Kostenträgern verhandeln und umsetzen, als zentrales Element. Den in der Vorlage gewählte Ansatz erachten wir daher als wenig zielführend, um die Innovation zu fördern und die daraus gewonnenen Erkenntnisse ins Gesundheitssystem zu überführen. Wir würden es daher begrüssen, wenn sich der jährlich stattfindende „runde Tisch“ einmal im Rahmen eines Workshops dem Thema Innovation annehmen würde und Ideen sammelt, wie die Innovation auf freiwilliger Basis gefördert werden könnte oder sollte. Sowohl der Blick über die Grenzen der Schweiz hinaus (z.B. der Innovationsfonds in Deutschland) als auch bereits bestehende Förderprogramme in der Schweiz, wie beispielsweise „innosuisse“ könnte diesbezüglich mögliche Lösungsansätze liefern.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3		Im Zuge der vermehrten Verbreitung des Tiers payant sollte darauf geachtet werden, dass administrative Abläufe so effizient als möglich gestaltet werden können. Der Grund für die Ergänzung der Vorschrift liegt wohl eher bei spitalambulant Leistungen, weil diverse Spitäler – insbesondere auch Universitätsspitäler – generell keine Rechnungskopien an die Patientinnen und Patienten schicken. Bei Arztpraxen, bei welchen der persönliche Kontakt im Vordergrund steht und ein Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und Patienten besteht, ist MSN diese Problematik, dass eine klare gesetzliche Vorschrift nicht berücksichtigt wird, unbekannt. MSN erachtet daher die Ergänzung als unnötig, weil dies bereits gesetzlich so geregelt ist. Die Umsetzung wird sich auch nicht verbessern, wenn dies nochmals festgehalten wird, sondern nur dann, wenn die einzelnen Leistungserbringer, welche dies betrifft gemassregelt werden. Möglicherweise wäre allerdings zu überlegen, ob diese administrative Hürde zur Anwendung des „Tiers payant“ nicht beseitigt werden, und administrative Abläufe so effizient als möglich gestaltet werden sollten. Die Versicherer müssen eingehende Rechnungen prüfen, auf dieser Grundlage eine Abrechnung der Leistungen mit dem Patienten erstellen und diese dem Patienten zustellen. Die administrativen Abläufe könnten wesentlich entlastet werden, wenn mit der Abrechnung über die Leistungen die Kopien der Rechnungen durch die Versicherer	Eventualantrag: Sollte am Artikel festgehalten werden, schlägt MSN vor: Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person von ihrem Versicherer mit der Leistungsabrechnung eine Kopie der Rechnung, welche vom Leistungserbringer direkt dem Versicherer zugegangen ist.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			mitgeschickt werden. Einerseits sind die Kostenträger administrativ bestens dafür gerüstet und andererseits ist so auch sichergestellt, dass die Abrechnung des Versicherers durch den Patienten einerseits überhaupt überprüft und andererseits dann überprüft werden kann, wenn die Abrechnung beim Patienten eintrifft und der Abrechnung die Kopie der Rechnung der Leistungserbringer zugestellt wird. Darüber hinaus verfügen viele Krankenversicherer mittlerweile über Mittel die Rechnungen der Leistungserbringer für die Patienten verständlich zu machen, was ein weiterer Vorteil wäre. Die Kostenersparnis wäre zumindest ein Versand (Leistungserbringer zu Patient), wohl aber wesentlich mehr, wenn mehrere Rechnungen in einer Abrechnung zusammengefasst werden. Der Versand durch die Krankenversicherer kann auch effizienter erfolgen, da aufgrund der Menge Skaleneffekte auftreten, welche durch einzelne Leistungserbringer (Arztpraxen) nicht genutzt werden können. Die so entstehende administrative Entlastung für die Leistungserbringer motiviert diese auf das System des Tiers payant umzustellen, was betreffend die elektronische Abrechnung und deren Effizienz gegenüber dem traditionellen Postversand Vorteile hätte und zudem auch die Leistungsstatistik verbessert, da bei einer grösseren Verbreitung des Tiers payant alle Rechnungsdaten zusammengeführt werden können, auch wenn der maximale Betrag der Franchise noch nicht erreicht ist.	
	43	5	Der vorgesehene Satz widerspricht bis zu einem gewissen Grad den bestehenden Tarifverträgen, welche in Zusammenhang mit den speziellen Versicherungsformen entwickelt wurden. Wir denken, dass Pauschalverträge nicht zwingend einer gesamtschweizerischen einheitlichen Tarifstruktur folgen müssen.	Dieser Satz ist zu streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Besonders die speziellen Versicherungsformen mit einer eingeschränkten Wahlfreiheit entsprechen den regionalen / kantonalen Bedürfnissen. Die positive Entwicklung dieser Modelle in den letzten 10 Jahren zeigt auf, dass die bestehenden Strukturen bereits eine erfolgreiche Umsetzung von pauschalierten Vergütungen ermöglichen. Mit der vorgesehenen Anpassung ist zu befürchten, dass innovative Lösungen, welche kantonal bzw. regional entwickelt werden, ausgebremst werden. Solche Modelle benötigen kooperative Partner und Innovationsräume und eher keine gesamtschweizerische einheitliche Tarifstruktur. Bereits heute sehen die Strukturen eine Anhörungspflicht durch Art. 43 Abs. 4 vor. Hierdurch ist gewährleistet, dass die Interessen der Versicherten auf kantonomer oder Bundesebene vertreten werden.	
	44	1	Wenn ein Referenzpreissystem für Arzneimittel eingeführt wird, erachten wir die Anpassung als zwingend.	
	47a		Grundsätzlich spricht sich MSN für eine Schaffung eines nationalen Tariffbüros aus.	
	47b		Die in Art. 23 durch das bfs erfassten Daten sollen dafür verwendet und allen Vertragsparteien zugänglich gemacht werden. Es ist zu verhindern, dass unterschiedliche Datensammlungen von unterschiedlichen Akteuren betrieben werden. Eine einzige Datensammlung mit allen relevanten Daten soll entstehen, zu welcher alle Parteien denselben Zugriff haben. Da gemäss Art. 47a das nationale Tariffbüro für die Anpassung und Pflege der Tarifstruktur zuständig ist, ist eine Datenweiterleitung an den Bundesrat nicht angezeigt. Eine Weiterleitung würde zu einer Einschränkung der	Die in Art. 47b vorgesehene Datensammlung ist abzustimmen auf die Datensammlung aus Art. 23 KVG Art. 47b Abs. 2 ist zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Entscheidungsbefugnisse und zu einer Verringerung Durchsetzungsmacht des nationalen Tariftbüros führen.	
	47c	1		Das nationale Tariftbüro soll zukünftig für die Anpassung und Pflege der Tarifstruktur zuständig sein. Der jeweilige Tarif ist ein Ergebnis der Menge und des Preises. Im Rahmen der paritätisch besetzten Organisation werden Steuerungsmassnahmen ergriffen, welche einer Entwicklung des Tarifs gemäss den Vorstellungen des Tariftbüros entspricht. Zusätzliche Massnahmen wie sie im Art. 47c festgehalten sind, führen zu einer Einschränkung der Entscheidungsbefugnisse und zu einer Verringerung der Durchsetzungsmacht des nationalen Tariftbüros. Bereits heute schliessen Leistungserbringer und Versicherer im Rahmen der speziellen Versicherungsformen Verträge zur Steuerung der Menge und Kosten ab. Die Kosteneinsparungen durch diese Verträge werden mehrheitlich mit zwischen 10% bis 15% ausgewiesen. Die Zahlen zeigen auf, dass bereits heute wirksame Strukturen zur Steuerung der Kosten bestehen. Gefördert werden sollte hingegen die Weiterentwicklung der koordinierten Versorgung, da diese das Gerüst der Kostensteuerung darstellt	Art. 47c ist zu streichen
	47c	5		Dies stellt einen klaren Eingriff in die Vertragsautonomie der Tarifpartner dar und ist klar abzuweisen. Mit der Genehmigungspflicht von Tarifverträgen hat der Bundesrat bereits die Möglichkeit die geschlossenen Verträge gemäss Art 47c Abs.1 und Abs. 2 zu prüfen und gegebenenfalls die Genehmigung zu verweigern.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	47c	6		Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates im Art. 43 Abs 5 bis ist eine Formulierung mit dem Wortlaut „kann“. Für MSN ist unerklärlich, weshalb in Art. 47c Abs. 6 ein Automatismus vorgesehen ist, auch wenn die Notwendigkeit möglicherweise gar nicht gegeben ist.	...Verbände nicht einigen, kann der Bundesrat Massnahmen zur Steuerung der Kosten festlegen.
	52			MSN anerkennt den Willen des Bundesrates die Abgabe von Generika zu fördern. Aus Sicht von MSN ist dies mit bestehenden Mitteln bereits heute möglich, wenn beispielsweise der Unterschied von Selbstbehalten bei Originalprodukten gegenüber Generika erhöht wird. Bei einem Referenzpreissystem werden zwingend die Kosten zu Lasten der Patientinnen und Patienten verlagert, ohne wirklich einen Effekt auf die Preisgestaltung zu bewirken, da die Differenz einfach zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht. Nicht kontextbezogen scheint die unter Art. 53b Abs. 5 aufgeführte Möglichkeit zu sein, dass Versicherer die Möglichkeit erhalten sollen, nur ausgewählte Arzneimittel zu vergüten. Diese Massnahme ist im Hinblick auf die HMG/KVG Anpassung (Verordnung zur Transparenz und Integrität (VITH) abzulehnen. Die VITH-Versordnung verfolgt die gleichen Ziele, nur dass sie sich auf breiter abgestützten Kooperationen zwischen den Leistungserbringern und den pharmazeutischen Herstellern abstützt. Der Effekt der Verordnung sollte erst einmal abgewartet werden, bevor konkurrierende Massnahmen angedacht werden.	Beide Varianten eines Referenzpreissystems sind abzulehnen und auf die Anpassungen im Art. 52 ist zu verzichten.
	53	1bis		Wenn den Organisationen der Versicherer ein Beschwerderecht zugestanden wird, ist dieses auch den Organisationen der Leistungserbringer zuzugestehen.	Entweder der Artikel wird entsprechend angepasst und auch den Organisationen der Leistungserbringer von nationaler oder regionaler Bedeutung wird das Beschwerderecht eingeräumt oder der Artikel ist zu

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					streichen.
	59	1	G	Unter Ziffer 1 ist der Verweis auf Art. 42 ist zu streichen entsprechend der Argumentation von MSN unter Art. 42	Der Verweis auf Art. 42 ist zu streichen entsprechend der Argumentation von MSN unter Art. 42
	59	1	G	Auch der Verweis unter Ziff. 3 lit. G ist zu streichen mit derselben Begründung	Auch der Verweis unter Ziff. 3 lit. G ist zu streichen mit derselben Begründung
	59b	1	a	Das Kostenerstattungsprinzip des KVG ist stark verankert und darauf stützen sich insbesondere auch die vom Bundesrat genehmigten Rückerstattungsbeträge z.B. MiGeL. Würde vom Kostenerstattungsprinzip abgerückt, müssten dafür dann die Rückerstattungsbeträge dem Kostenerstattungsprinzip entsprechen, was widersinnig wäre.	Lit. a ist ersatzlos zu streichen.
	59b	1	b	Das Territorialitätsprinzip beinhaltet auch Massnahmen zur Sicherung von Qualität usw. Stichworte wie Zulassung, Praxisbewilligungen, Nachweis von Fort- und Weiterbildung sind hier zu nennen. Eine Aufhebung dieses Prinzips hätte zur Folge, dass auch das MedBG angepasst werden müsste, indem auch ausländische Leistungserbringer, welche Leistungen im Rahmen der OKP in der Schweiz erbringen, dem Gesetz unterstellt sind. Da dies nicht ohne weiteres möglich ist, erscheinen uns Projekte in dieser Richtung höchst problematisch. Daneben gilt es festzuhalten, dass bereits heute Pilotprojekte in gewissen Kantonen bestehen und offensichtlich haben diese gestartet werden können, ohne diesen Artikel, weshalb er überflüssig ist.	Lit. b ist ersatzlos zu streichen.
	59b	1	c	Die besonderen Versicherungsformen nach KVV 101 ermöglichen derartige Versuche, weshalb der Artikel überflüssig ist, und die	Lit. c ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Entwicklung der alternativen Versicherungsmodelle nach KVV 101 nicht nur konkurriert, sondern unnötigerweise gefährdet, da hier die Voraussetzungen dazu nicht weiter ausgeführt werden, wie dies bei der Prämienrabattierung der Versicherungsformen nach KVV 101 klar geregelt ist.	
	59b	1	D	Die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist eine politische Forderung, welche bereits im Raum steht und von MSN begrüsst wird. Eine Notwendigkeit diese über einen Experimentierartikel einzuführen besteht aus Sicht von MSN nicht, da die Umsetzung nicht durch ein Experiment sondern dauerhaft und schweizweit an die Hand zu nehmen ist.	Lit. d ist ersatzlos zu streichen.
	59b	1	E	Die Förderung der koordinierten und integrierten Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Forderung von MSN in Zusammenhang mit Massnahmen zur Dämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. MSN verweist jedoch auf die Ausführungen unter lit. c. Es besteht die Gefahr, dass die Innovationskraft der alternativen Versicherungsmodelle gemäss KVV 101 unnötig konkurriert und gefährdet wird.	Lit. e ist ersatzlos zu streichen.
	59b	1	F	Dies ist eine Generalklausel zum Verlassen des KVG und ist strikt abzulehnen. MSN hält dafür, dass das KVG die Regeln definiert, nach welchen sich alle Beteiligten zu richten haben. Eine derartige Bestimmung im Rahmen eines Experimentierartikels gefährdet auch die Rechtssicherheit.	Lit. f ist ersatzlos zu streichen.
	59b	2		Der Experimentierartikel wird von MSN abgelehnt, da bereits heute weitreichende Möglichkeiten für die Umsetzung von Pilotprojekten/Experimenten bestehen. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen zum Experimentierartikel werden nur zu einer Behinderung bei der Umsetzung führen, da den Projekten mehr Pflichten, z.B. Zulassungsbestimmungen, Evaluationen, u.a.	Der Artikel 59b ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				aufgebürdet werden.	
		3		Der Experimentierartikel wird von MSN abgelehnt, da bereits heute weitreichende Möglichkeiten für die Umsetzung von Pilotprojekten/Experimenten bestehen. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen zum Experimentierartikel werden nur zu einer Behinderung bei der Umsetzung führen, da den Projekten mehr Pflichten, z.B. Zulassungsbestimmungen, Evaluationen, u.a. aufgebürdet werden. Abweichungen von einem Gesetz können aus rechtsstaatlicher Sicht nicht auf Verordnungsstufe geregelt werden, denn Gesetze stehen über Verordnungen. Eine Ausnahme wäre demnach im Gesetz selbst zu vermerken und die Einzelheiten wären entsprechend in einer Verordnung zu regeln.	Der Artikel 59b ist ersatzlos zu streichen.
		4		Der Experimentierartikel wird von MSN abgelehnt, da bereits heute weitreichende Möglichkeiten für die Umsetzung von Pilotprojekten/Experimenten bestehen. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen zum Experimentierartikel werden nur zu einer Behinderung bei der Umsetzung führen, da den Projekten mehr Pflichten, z.B. Zulassungsbestimmungen, Evaluationen, u.a. aufgebürdet werden. Eine Pflicht zur Teilnahme an einem Projekt könnte aus Sicht von MSN nur dann im Gesetz verankert werden, wenn das Projekt selbst den gesetzlichen Rahmenbedingungen entspricht, z.B. die Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm, wenn auch die entsprechenden Leistungskataloge angepasst werden. Der Experimentierartikel in der vorliegenden Form will jedoch Experimente und Projekte fördern (siehe Art. 59b Abs. 1), welche sich teilweise oder ganz ausserhalb des gesetzlichen Rahmens des KVG bewegen. Dies käme somit für die betroffenen Parteien, welche zur Teilnahme an einem Projekt verpflichtet werden einer	Der Artikel 59b ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Verhängung von Notrecht gleich, was für MSN unakzeptabel ist. Würde dieser Artikel in der Revision angenommen, müsste dagegen das Referendum ergriffen werden, weil es potentiell alle Personen, welche dem KVG unterstellt sind, betreffen würde und sich alle Versicherten der Willkür eines nicht näher umschriebenen Gremiums innerhalb des EDI unterwerfen müssten. Die Verwaltung erkennt, dass sich die Bevölkerung mehrfach für die eigene Souveränität im Bereich der Gesundheitsversorgung ausgesprochen hat. Die freie Arzt- und Spitalwahl, die mehrfache Ablehnung der Einheitskasse. Wie in den allgemeinen Bemerkungen festgehalten ist die Freiwilligkeit ein zentrales Element bei der Umsetzung von Projekten und dies kann nicht „top-down“ mit einem derartigen Ansatz funktionieren.	
		5	Der Experimentierartikel wird von MSN abgelehnt, da bereits heute weitreichende Möglichkeiten für die Umsetzung von Pilotprojekten/Experimenten bestehen. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen zum Experimentierartikel werden nur zu einer Behinderung bei der Umsetzung führen, da den Projekten mehr Pflichten, z.B. Zulassungsbestimmungen, Evaluationen, u.a. aufgebürdet werden.	Der Artikel 59b ist ersatzlos zu streichen.
		6	Der Experimentierartikel wird von MSN abgelehnt, da bereits heute weitreichende Möglichkeiten für die Umsetzung von Pilotprojekten/Experimenten bestehen. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen zum Experimentierartikel werden nur zu einer Behinderung bei der Umsetzung führen, da den Projekten mehr Pflichten, z.B. Zulassungsbestimmungen, Evaluationen, u.a. aufgebürdet werden.	Der Artikel 59b ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin

Abkürzung der Firma / Organisation : Kinder- und Jugendmedizin

Adresse : Sekretariat der parlamentarische Gruppe Kinder- und Jugendmedizin, c/o Köhler, Stüdeli & Partner
GmbH, Amthausgasse 18, 3011 Bern

Kontaktperson : Walter Stüdeli

Telefon : 013 560 00 24

E-Mail : walter.stuedeli@koest.ch

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Kinder- und Jugendmedizin	Die unterzeichnenden Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin (siehe unten) haben entschieden, gemeinsam eine Vernehmlassungs-Eingabe zum Massnahmenpaket einzureichen. Wir begrüssen es, dass der Bundesrat Kostendämpfungsmassnahmen in eine Vernehmlassung gibt. Es ist uns wichtig, dass die Anliegen der Kinder und Jugendlichen in der Gesundheitspolitik mehr Beachtung finden. Aus unserer Sicht fehlen wichtige Elemente im Katalog der vorgeschlagenen Massnahmen wie die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Informiertheit der Patientinnen und Patienten (bzw. in unserem Fall des sozialen Umfelds) als zentrale und effektive Massnahme zur Kostendämpfung. Grundsätzlich ist die Kostendämpfung in der Kinder- und Jugendmedizin anders zu gewichten als in der Erwachsenenmedizin. 2015 macht der Anteil der Kinder zwischen Null bis 15 Jahren fünf Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen aus, im ambulanten kurativen Bereich sind es sieben Prozent der ambulanten Kosten (BfS 2018). Kostendämpfungsmassnahmen bei Kindern und Jugendlichen können also keinesfalls einen messbaren Spareffekt haben, haben aber ein grosses Schadenpotenzial. Dazu steht ausser Zweifel, dass Gesundheitsmassnahmen bei der jüngsten Generation auch volkswirtschaftlich am Nachhaltigsten sind. Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin erachten wir deshalb die einseitige Fokussierung auf die Kosten als falsch. Unser Bereich ist schon heute unterfinanziert, ein Leistungsabbau hat bereits stattgefunden (z.B. bei Präventionsuntersuchungen), Versorgungsengpässe bei den Arzneimitteln nehmen zu und eine partielle Unterversorgung ist längst eine Realität geworden. Fragen der Versorgungsqualität und -sicherheit werden in den Vorschlägen des Bundesrats kaum berücksichtigt. Den Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin, wie die fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten mit Kleinkindern, die erschwerte Diagnosestellung oder die Berücksichtigung des Beziehungsnetzes bei der Behandlung, werden bei einer reinen Kostenbetrachtung nicht mitberücksichtigt. In unserem Bereich ist namentlich das soziale Umfeld einzubeziehen, so dass eine einseitige Sicht auf die Kosten der Leistungserbringer zu kurz greift. Diese Teilrevision schafft noch mehr patientenferne Jobs, die nicht die Bedürfnisse einer schlanken, effizienten, qualitativ hochstehenden Medizin unterstützen. Würden wir es schaffen, dass alle Patienten bei einem Grundversorger betreut würden, sei es in einer Einzelpraxis, Gruppenpraxis oder Permanence, könnten die teuren und unnötigen Doppelspurigkeiten auf ein Minimum reduziert werden. Gleichzeitig kann der Grundversorger den Patienten bedarfsgerecht an den Spezialisten oder das Spital überweisen und ihn nach der Behandlung wieder bei sich kostengünstig weiterbetreuen. Dazu braucht es aber schlanke administrative Strukturen, damit der Arzt und die Pflegenden ihre Arbeitszeit maximal am Patienten mit therapierelevanten Massnahmen verbringen können. Wir erlauben uns einen generellen Hinweis bezüglich der Invalidenversicherung: Die Reduktion von Renten bei jungen Menschen mit psychischen Krankheiten ist aktuell eine der Hauptzielrichtungen der IV. Eine Reduktion des Angebotes der medizinischen Leistungen im Kinder- und Jugendbereich würde diesen Bestrebungen diametral entgegenlaufen und auch ökonomisch keinen Sinn machen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Wir beschränken unsere Eingabe auf Punkte, von denen wir direkt betroffen sind. Hinweis: Die unterzeichnenden Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin vertreten einen Teil der Trägerorganisationen der parlamentarischen Gruppe Kinder- und Jugendmedizin. Wir betonen explizit, dass die Eingabe die Haltung der Organisationen und nicht der Mitglieder der parlamentarischen Gruppe oder deren politischen Parteien widerspiegelt. Die Eingabe wurde mit dem Co-Präsidium nicht abgesprochen. Die unterzeichnende Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin: • Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie SGKJPP / SSPPEA • Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP • Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP • Eigenständige Kinderpermanenzen Swiss Medi Kids
--	---

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	43 KVG	5		Ambulante Pauschalen fördern: Ablehnung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin Die Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin sprechen sich nicht grundsätzlich gegen Pauschalen im ambulanten Bereich aus. Den Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin ist aber bei den Tarifen Rechnung zu tragen. Die Leistungen der Kindermedizin sind heterogen und damit weniger standardisierbar als diejenigen von anderen Fachrichtungen. Kinder brauchen bei der Behandlung z.B. mehr Zeit. Es ist wichtig, eine Beziehung aufzubauen und diese zu pflegen. Oft tragen sie mit einem Symptom einen systemischen Konflikt nach aussen. Auch das Beziehungsnetz (Eltern, u.a.) und das soziale Umfeld müssen mitberücksichtigt werden, da diese teilweise einen Einfluss auf die Krankheit und deren Verlauf haben. Die Kinderpsychiatrie ist sich dieser Problematik schon seit langem bewusst und diagnostiziert neben der ICD 10-Diagnose immer auch sogenannte assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände. Diese sagen oft mehr aus über den Aufwand für Diagnostik und Behandlung als die eigentliche Diagnose. Die Definition von Pauschalen für einzelne Symptombilder ist deshalb in der Kinder- und Jugendmedizin und -psychiatrie kaum möglich. Auch bei seltenen Krankheiten, die relativ häufig vorkommen, sind Pauschalen nicht sachgerecht abzubilden. Der Zugang zu praktizierenden Kinderärztinnen und –ärzten sowie zu Kinderpsychiaterinnen und –psychiatern ist in Zukunft	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			gefährdet, weil viele Medizinalpersonen Teilzeit arbeiten und die Nachwuchsrekrutierung vom Zustrom von Fachkräften aus dem Ausland abhängig ist. Wir vermuten, dass es genügend Kinderpsychologen gäbe, dass aber das bestehende Delegationsmodell den Zugang zu den Leistungen erschwert. Führen Fallpauschalen dazu, dass die Entschädigung weiter sinkt, so droht eine Verschärfung der Versorgungslage. Schon heute wechseln viele Kindermediziner in die Erwachsenenmedizin, weil die Tarife besser sind und das Umfeld einfacher ist.	
	47a KVG		Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen Zustimmung mit Vorbehalt Wir stimmen der Schaffung eines Tarifbüros zu. Allerdings können kaum alle Tarife (wie Tarmed, Reha, Tarpsy) über ein einziges Büro abgewickelt werden. Es braucht zumindest Subkommissionen, welche bei spezifischen Tariffragen kompetent sind. Die Vergütung der Kinderspitäler zeigt heute, dass sie unter dem DRG-System schlecht fahren, weil sie mit den Daten der Erwachsenenmedizin verglichen werden, was angesichts des viel höheren Einsatzes von Personal zur Betreuung der Kinder sowie ihrer Eltern, dem Umgang mit vielen seltenen Krankheiten, teurerer Infrastruktur und dem Umstand, dass in der Kindermedizin praktisch keine zusatzversicherten Patienten sind, nicht sachgerecht ist. Es besteht die Gefahr, dass nun auch der ambulante Bereich noch stärker unterfinanziert wird, wenn hier Pauschalen eingeführt werden, die mit den Daten der Kindermedizin verknüpft werden. Die Kindermedizin ist kostengerecht abzubilden und darf nicht mit der Erwachsenenmedizin verknüpft werden. Damit Blockaden einzelner Akteure verhindert werden können,	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				sind Mehrheitsbeschlüsse zu fällen.	
	47b KVG			Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen: Zustimmung mit Vorbehalt Wir unterstützen Bestrebungen, den Tarif aktuell zu halten. Wir sind einverstanden, den Tariforganisationen Daten kostenlos zu melden. Zusätzliche Daten der Kindermedizin können dazu führen, dass die Kindermedizin auch besser finanziert wird, weil man heute schlicht zu wenige Daten hat und man sie im Zweifelsfall mit der Erwachsenenmedizin vergleicht. Die Kindermedizin hat ja nichts zu verstecken, daher stehen wir für Transparenz ein. Demgegenüber lehnen wir eine kostenlose Datenlieferung ans BAG ab. Wir werten diesen Vorschlag als Verstoss gegen die Tarifautonomie.	
	47c KVG			Massnahmen zur Steuerung der Kosten: Zustimmung mit Vorbehalt Die reine Kostensicht über einen kurzen Zeitraum von einem Jahr erachten wir nicht als sinnvoll. Die Vorjahresentwicklung ist zu wenig aussagekräftig und kann zumindest in einzelnen Bereichen Schwankungen unterworfen sein (z.B. bei Epidemien, heissen Sommern oder kalten Wintern). Gerade in der Kindermedizin, wo heute teilweise eine Unterversorgung herrscht, würde mit einer solchen Betrachtungsweise die Unterversorgung teilweise sogar noch massiv vergrössert, weil Leistungserbringer gebremst werden, selbst wenn sie mehr Kinder behandeln könnten. Wir begrüssen die Schaffung eines Mechanismus, welcher Regeln zur Korrektur von ungerechtfertigten Erhöhungen vorsieht. Es stellt sich die Frage, wie «ungerechtfertigte» Erhöhungen definiert werden. Denn gerechtfertigte Erhöhungen,	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			z.B. bei einem nachfrageinduzierten Wachstum, müssen möglich sein. Sonst käme der Vorschlag einer Deckelung der Kosten gleich. In den meisten 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 kranke 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. Die ambulanten Tarife sind für private Praxen (Kinder- und Jugend-PsychiaterInnen stehen auf dem letzten Platz der Einkommensskala) und für Ambulatorien bereits heute kaum kostendeckend. Ein Globalbudget mit degressiven Tarifen wäre nicht tragbar. Bereiche mit einer Unterversorgung eignen sich für eine solche Steuerung nicht und sind zwingend auszunehmen, ansonsten die Unterversorgung noch verstärkt wird.	
	52/ 52a / 52b KVG		Vergütung von Arzneimitteln ohne und mit Referenzpreis: Zustimmung mit Vorbehalt Die unterzeichnenden Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin sind nicht im Grundsatz gegen ein Referenzpreissystem. Problematisch ist: schon heute müssen viele Arzneimittel der Kindermedizin selber bezahlt werden und die Zahl der verfügbaren Arzneimittel sinkt. Wir lehnen jedoch die Einführung eines Referenzpreissystems gemäss dem Vorschlag Art. 52a und Art. 52b ab. Wird nur noch das günstigste Arzneimittel oder der günstigste Wirkstoff vergütet, so sinkt die Arzneimittelvielfalt und die aktuellen Versorgungsengpässe nehmen weiter zu. Wir beurteilen den Vorschlag als kritisch, weil nur noch der Preis	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				zählt und nicht die medizinische Eignung eines Präparats. Jeder Wechsel der Arzneimittel ist mit Sicherheitsrisiken verbunden. Auch die Galenik ist ein Eignungskriterium, das im Vorschlag nicht berücksichtigt wird. Falls ein Referenzpreissystem eingeführt wird, so darf der administrative Aufwand für Praxen mit Praxisapotheken nicht weiter steigen.	
	53 KVG	1bis		Beschwerderecht von Krankenversicherungsverbänden: Ablehnung Die unterzeichnenden Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin lehnen das Beschwerderecht für Krankenversicherungsverbände ab. Einmal mehr ist zu befürchten, dass die Kinderspitäler sowie die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit den Leistungserbringern der Erwachsenenmedizin verglichen und dann als teuer befunden würden, währenddem der nachweislich viel höhere Zusatzaufwand, den die Kinderspitäler haben, nicht einkalkuliert wird. Bei einem Beschwerderecht für Versicherungsorganisationen besteht zudem die Gefahr, dass als Druckmittel einmal gegen alle Leistung von Kinderspitälern Beschwerde gefahren würde. Wenn schon ein Beschwerderecht eingeführt würde, müsste dieses für die einzelnen Versicherungsunternehmen gelten und nicht für die anonymen Verbände. Der Rechtsschutz für Leistungserbringer im Aufnahmeverfahren ist im Interesse der Investitionssicherheit und der Angebotsentwicklung parallel zu verstärken.	
	59b KVG			Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung: Zustimmung mit Vorbehalt	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Die unterzeichnenden Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin begrüssen den Experimentierartikel im Grundsatz. Allerdings darf ein solcher Artikel nicht einseitig aus Kostensicht betrachtet werden, sondern muss immer auch die Verbesserung der Versorgungslage im Auge haben. Die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist in gewissen peripheren Gebieten teilweise stark verbesserungswürdig. Gerade in der Kinder- und Jugendmedizin wäre der Experimentierartikel daher eine grosse Chance. Die nationale Abdeckung als Voraussetzung von Projekten lehnen wir ab. Innovation kann und soll lokal oder regional erfolgen. Auch eine verpflichtende Teilnahme an einem Projekt erachten wir nicht als zielführend. Es kann niemand gezwungen werden, gegen seinen Willen mitzumachen. Auch dürfte eine Verpflichtung gegen die das Gebot der Handels- und Gewerbefreiheit verstossen. Dass die Projekte nicht mit Finanzen ausgestattet werden, ist ein grosses Hindernis. Muss der Gesuchsteller die Kosten selber tragen, so dürften nur wenige Gesuche eintreffen. Wir befürchten, dass dieser Punkt die gewünschte Innovation hemmen könnte. Sind Abgeltungsfragen betroffen, sind die Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt in die regulären Tarifprozesse einzuspeisen und nicht direkt mit einer Gesetzesänderung einzuführen.	
--	--	--	---	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		Eine relevante Kostenreduktion im Schweizerischen Gesundheitswesen liesse sich durch adäquate wirksame Schutzmassnahmen und «Tabakwerbeschutz von Kindern und Jugendlichen» im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes zu Tabakprodukten erzielen. Seit über 20 Jahren ist der Raucheranteil in der Schweiz stabil bei etwa 20 Prozent geblieben. Wissenschaftlich ist seit Jahrzehnten bekannt, dass es eine starke kausale Assoziation gibt mit relevanten kostentreibenden Erkrankungen (Tumoren, Herz- und Lungenerkrankungen), die für einen Grossteil der Gesundheitskosten mitverantwortlich sind. Die unterzeichnenden Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin unterstützen deshalb die Forderung der eidgenössischen Volksinitiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung». Hier könnte durch eine einfache kostengünstige politische Massnahme überaus sinnvoll und effektiv ein starker Einfluss auf die Gesundheitskosten erfolgen, analog wie dies dank rascher und effizienter Förderung von Präventionsmassnahmen im Rahmen der HIV-Kampagnen seit 1987 für HIV-Erkrankungen der Fall war und immer noch ist. Würden die Präventionsmassnahmen betreffend HIV nachlassen, käme es rasch zu einer relevanten Kostenexplosion. Ebenfalls wären relevante, kosteneffektive Einsparungen möglich durch intensivere, koordinierte Vorsorgemassnahmen in Bezug auf die bekannten ‚Zivilisationskrankheiten‘ wie Adipositas, Diabetes Typ 2, arterielle Hypertonie und Stresserkrankungen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : OdA Komplementärtherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : OdA KT

Adresse : Niklaus Konradstr.18, 450 Solothurn

Kontaktperson : Christian Vogel

Telefon : 071 877 30 76

E-Mail : cuvogel@bluewin.ch

Datum : **14. Dezember 2018**

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Dakomed	Der Dakomed begrüsst den Massnahmenplan im Grundsatz. Er sieht aber die Auswahl der Massnahmen als eher kritisch und arbiträr an. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten als zentrale und effektive Massnahme fehlen im Vorentwurf. Weiter bemängeln wird, dass ein wichtiges Qualitätsthema, die Medikationssicherheit, nicht angesprochen wird. Unerwünschte Arzneimittel-Ereignisse UAE sind in der Schweiz recht häufig (siehe z.B. «Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz?», Liat Fishman, Lea Brühwiler, David Schwappach, Stiftung Patientensicherheit, 2018). Dank digitalen Instrumenten gibt es Möglichkeiten, die Fehlerquote zu senken und Spitaleinweisungen zu verhindern. Digitale Algorithmen bieten auch Möglichkeiten, u.a. den Antibiotika-Einsatz zu reduzieren und Alternativen im Bereich der Komplementär- und Phytoarzneimittel anzuwenden. Der Dakomed schlägt vor, das Thema des elektronischen Medikationsprozess inkl. Algorithmen für Substitutionsmöglichkeiten wie auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten als prioritäre Massnahmen vorzusehen. Der Dakomed äussert sich nachfolgend zu Artikeln, von denen er betroffen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Dakomed	43	5	Erster Satz	Pauschalen können in gewissen, zeitlich und inhaltlich klar definierten Fällen, zweckmässig und sinnvoll sein. Der Dakomed lehnt die Einführung ambulanter Pauschalen jedoch ab. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass diese das Gegenteil einer Kostensenkung bewirken und zu Fehlanreizen führen können. In der komplementärmedizinischen Grundversorgung sind Patientenpauschalen weder geeignet noch sachgerecht, weil die Behandlungen massgeschneidert und individuell abgestimmt (auch vom zeitlichen Aufwand) auf den jeweiligen Patienten erfolgen. Patientenpauschalen könnten sich negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken.	
Dakomed	52a			Der Dakomed lehnt die Einführung eines Billigst-Prinzips gemäss Art. 52a und eines Referenzpreissystems gemäss Art. 52b ab. Wird nur noch das günstigste Arzneimittel oder der günstigste Wirkstoff vergütet, so sinkt die Arzneimittelvielfalt und die aktuellen Versorgungsengpässe nehmen weiter zunehmen. Eventualiter: Falls der Bundesrat beschliesst, dem Parlament eine Botschaft/Gesetzesvorschlag für ein Referenzsystem zu überweisen, so soll er aus Gründen der Gleichbehandlung alle Arzneimittel (inkl. SL 70.01) subsummieren. Dabei ist die Lösung wie in Art. 52a beschreiben als Zuzahlungsmöglichkeit auszugestalten, wobei ein möglichst einfaches System zu wählen	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				ist. Die deutsche Lösung erachten wir als untauglich. Ausserdem weisen wir darauf hin, dass für die Patientensicherheit nicht nur der Wirkstoff, sondern die Galenik eines Arzneimittels für die Verträglichkeit und Wirksamkeit wesentlich ist.	
Dakomed	52b			Ablehnung, Begründung siehe oben.	
Dakomed	59b			Der Dakomed begrüsst die Schaffung eines Experimentierartikels mit Vorbehalten. Gleichzeitig sollen Pilotprojekte nicht einseitig aufgrund von Kostenkriterien beurteilt werden. Ebenso wichtig sind Versorgungskriterien. Ziel des KVG ist es nicht Geld zu sparen, sondern für eine ausgewogene, allen zugängliche Versorgung zu sorgen. Nachfolgend schlagen wir folgende Projekte für einen Experimentierartikel vor: - Integriertes Versorgungsmodell mit Einbezug Komplementärmedizin (Ärztinnen und Ärzte mit Fähigkeitsausweis in einer der vier in der OKP vergüteten Methoden, Naturheilpraktiker mit eidg. Diplom, Komplementärtherapeuten mit eidg. Diplom, ApothekerInnen mit Fähigkeitsausweis, DrogistInnen HF). - Grundversorgerpraxen, die präventiv und kurativ gezielt Massnahmen ergreifen, um den Antibiotika-Einsatz nachhaltig zu reduzieren (z.B. unter Anwendung von Komplementärmedizin).	
Dakomed	59	4		Der Dakomed lehnt ein Obligatorium zur Teilnahme ab. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme von Gesundheitsfachpersonen, die ausserhalb des KVG tätig sind, ist	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				in der freien Marktwirtschaft undenkbar.	
--	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Dakomed		Der gesamte Medikationsprozess soll nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen (eMedikationsplan, eRezept, eAbgabe, eMedikationComment, eCurrentMedikation, Substitutionsmöglichkeiten). Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Es ist unabdingbar, die nationalen Verbände der Organisationen der Gesundheitsberufe an dieser Umsetzung zu beteiligen. Zeitgemässe elektronische Entscheidungshilfen für den Medikationsprozess sollen gefördert werden mit dem Ziel, dass sie in Praxis- und Klinikinformationssysteme zweckmässig integriert sind.	

Stellungnahme von pharmalog.ch zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Mit Schreiben vom 14. Juni 2018 hat der Vorsteher des eidgenössischen Departementes des Inneren die Vernehmlassung in obgenannten Geschäft mit Frist zum 14.12.2018 eröffnet.

Pharmalog.ch bedankt sich für die Gelegenheit dazu Stellung beziehen zu dürfen und lässt ihnen demzufolge fristgemäss folgende Stellungnahme zukommen.

Die Vernehmlassungsvorlage enthält eine ganze Reihe von Massnahmen zur Kostendämpfung mit welchen pharmalog.ch sich einverstanden erklären kann. Diese Massnahmen stammen aus dem Bericht der international besetzten Expertengruppe vom August 2017.

Hingegen kann sich pharmalog.ch mit der Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel nicht einverstanden erklären. In diesem Zusammenhang gehen wir mit den Stellungnahmen von Interpharma, Intergenerika und pharmaSuisse einig.

Die vom BAG vorgestellten Modelle werden von pharmalog.ch vollumfänglich zurückgewiesen.

1. Grundsätze
Die Schweiz verfügt über ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen welches von der Bevölkerung als solches begrüsst und anerkannt wird. Die Wahlfreiheit der PatientInnen sowie die Verschreibungsfreiheit der ÄrztInnen sind die Grundpfeiler dafür. Jegliche aufoktroierte Zwangsbestimmungen werden von pharmalog.ch abgelehnt.
2. Versorgungssicherheit
Beide Modelle gefährden die Versorgungssicherheit und die sogenannten „shortages“ werden mit einem Referenzpreismodelle in die Höhe schnellen.
3. Unbedeutender kleiner Schweizermarkt
Mit den vorgestellten Modellen werde heute kostengünstige Generika und Biosimilars nach der erneuten, unverhältnismässig hohen Preissenkung vom Schweizer Markt zurückgezogen werden. Der kleine Schweizermarkt wird für internationale Player schlicht uninteressant und die Grundversorgung ist akut gefährdet.
4. Wettbewerbliche Regelung
Pharmalog.ch ist überzeugt dass eine nachhaltige wettbewerbliche Regelung am besten geeignet ist um die hochstehende und kostengünstige Versorgungssicherheit sowie ein akzeptables Preisniveau zu garantieren.

5. Lösungsansätze

Systemverbesserungen und Sparmassnahmen die die Versorgungssicherheit nicht gefährden liegen heute auf dem Tisch; dazu verweisen wir auf die Stellungnahmen von Interpharma, Intergenerika, pharmaSuisse und IG Schweizer Pharma KMU.

Unter anderem sollen :

- Das bestehende vor kurzem angepasste Modell zur Festsetzung der Generikapreise vollumfänglich und nachhaltig umgesetzt werden;
- Anreize zur Erhöhung des Generikaanteiles geschaffen werden;
- Neue Mittel und Wege zur Therapietreue eingeführt werden;
- Marktzugang für Biosimilars erleichtert werden.

Analog zu unserer Stellungnahme betreffend Art. 38 KLV, ist Pharmalog.ch entschieden gegen eine isolierte Preisbildungsmethode für patentabgelaufene Arzneimittel und lehnt den vorliegenden Entwurf in beiden Varianten entschieden ab. Eine ganzheitliche Betrachtung ist dringend notwendig.

Die Revisionsvorlage ist vom Departement zu überarbeiten indem die konkreten, vorliegenden Vorschläge der betroffenen Stakeholder analysiert und integriert werden.

Wir bedanken uns im voraus für eine wohlwollende Prüfung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen.

pharmalog.ch



R. Jenny

Präsident

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : pharmalog.ch

Abkürzung der Firma / Organisation : VSSG

Adresse : Route de Corserey 4, 1745 Lentigny

Kontaktperson : René JENNY

Telefon : 079 353 60 93

E-Mail : r.jenny@vtx.ch

Datum : 9.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	7

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
VSSG	Siehe beiliegendes pdf File

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Apothekerverband

Abkürzung der Firma / Organisation : pharmaSuisse

Adresse : Stationsstrasse 12

Kontaktperson : Dr. Marcel Mesnil

Telefon : 031 978 58 58

E-Mail : info@pharmasuisse.org

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Weitere Vorschläge	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	12

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
pharmaSuisse	<u>Generelle Vorbemerkung zum Massnahmenpaket</u> Bevor über das kostendämpfende Massnahmenpaket überhaupt Stellung bezogen wird, muss <u>prioritär</u> die Massnahme M23 realisiert werden, die ebenfalls bis zum 14.12.2018 in die Vernehmlassung steht: „<u>Anpassung des Vertriebsanteils nach Art. 38 KLV</u>“. Diese Anpassung soll zu keiner willkürlichen Ertragskürzung der Apotheken, sondern zur <u>prioritären, dringenden Korrektur der Fehlanreize</u> führen, damit der Ertrag von OffizinapothekerInnen- und Apotheken <u>wieder unabhängig von Fabrikabgabepreis der Arzneimittel</u> realisiert wird. Aus diesem Grund fordert pharmaSuisse die Einführung eines preisunabhängigen, betriebswirtschaftlichen Modells mit einer Preisklasse mit einem Fixbetrag und tiefen variablem Anteil und einer Obergrenze bei CHF 300 für hochpreisige Medikamente wie es curafutura vorschlägt. <u>Erklärungen und Anträge:</u> - Die Schweizer Apothekerschaft ist Pionier und Vorbild in der Suche nach Korrektur der Fehlanreize und der Optimierung der Kosten/Nutzen Verhältnisse im Arzneimittelbereich und teilt aktiv die Sorgen des Bundesrats, nach Massnahmen zur Kostendämpfung zu suchen. pharmaSuisse setzt sich seit 1992 erfolgreich mit der Korrektur sämtlicher Fehlanreize im Apothekenkanal ein. In Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Behörden und der Politik konnte auf Expertise von Prof. Bernd Schips, damaliger Leiter des KOF ETHZ, ein sachliches, betriebswirtschaftlich aufgebautes Abgeltungsmodell für die Leistungen der ApothekerInnen und der Apotheken entwickelt werden. Dies konnte teilweise am 1.7.2001 eingeführt werden mit der „Leistungsorientierten Abgeltung LOA“. Ziel war, die ApothekerInnen und Apotheken nicht mehr finanziell zu bestrafen, wenn sie günstigere Behandlungsalternativen, wie Generika, empfehlen und abgeben. - Die intellektuellen Leistungen der ApothekerInnen konnte erstmals unabhängig vom Medikamentenpreis und von der Menge Packungen separat tarifiert und abgerechnet werden. - Für die Vertriebskosten des Grossisten und der Apotheken als Betriebe wurden zwei Kostenarten identifiziert und zur spezifischen Abgeltungsform definiert: - die Vertriebs- und Betriebskosten sind unabhängig vom Medikamentenpreis und müssen durch einen Fixbetrag pro Packung abgegolten werden. - die Kapitalkosten entstehen dadurch, dass der Grossist und die Apotheke die Medikamente vom Hersteller im Voraus bezahlen müssen und für offene Rechnungen, inklusive Delkredere ein Risiko anfällt. Diese Kosten sind mit einem %-Satz des Fabrikabgabepreises abgegolten, wobei dieser %-Satz unabhängig vom Fabrikabgabepreis anfällt und so klein wie nötig festzulegen ist, damit kein neuer Fehlanreiz generiert wird.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Am Zeitpunkt der Einführung der LOA wurden die Vertriebsanteile vom BAG im tiefpreisigen (unter CHF 15.-) und hochpreisigen (über CHF 880.-) FAP-Bereich aus Akzeptanzgründen **politisch, in Verletzung des ökonomischen Grundsatzes von Prof. Schips, modifiziert**. Im Jahr 2001 befand sich aber der grösste Teil des Marktes zwischen FAP CHF 15.- und 880.- und somit galt das unverletzte Modell Schips de facto in diesem grossmehrheitlichen Preisbereich.

Erfolgreiches, bewährtes Modell:

Die damalige Korrektur der Fehlanreize hat zu folgenden Kosteneinsparungen geführt:

- Die Abgeltung der ApothekerInnen und Apotheken ist seither nicht mehr an der Zunahme der Fabrikabgabepreise gebunden und dadurch konnten kumuliert **über eine Milliarde CHF** zu Gunsten der OKP gespart werden.
- die **Penetration von Generika** im Arzneimittelmarkt konnte erhöht werden (könnte aber noch viel stärker erhöht werden, sobald die Fehlanreize nach Revision KLV Art. 38 eliminiert werden)
- die preisunabhängig abgolgten Apotheker haben **Qualitätszirkel Arzt/Apotheker** entwickelt. Im Rahmen von gemeinsam erarbeiteten Konsensen bezüglich Medikamentenverschreibung und Abgabe, deren Kosten/Nutzen Verhältnis optimal ist. Es können damit über CHF 50'000.- Medikamentenkosten pro Arzt und Jahr im Vergleich zu einer Referenzgruppe ohne Qualitätszirkel gespart werden.
- im Rahmen von **pharmazeutischer Betreuung von Heimen** konnte in Zusammenarbeit mit den Ärzten, dem Pflegepersonal und der Heimleiter zum Beispiel im Kanton Freiburg über 4 Millionen CHF pro Jahr im Vergleich zu nicht betreuenden Heimen gespart werden.

Fazit:

- pharmaSuisse hat bewiesen ein innovativer und zuverlässiger Partner der Politik, der Versicherer und der Behörden für die aktive Abschaffung unnötiger Kosten im Gesundheitssystem zu sein. Es ist somit unverständlich, dass kein Vertreter der Apothekerschaft in der beratenden Expertengruppe des Bundesrats Einsitz nehmen durfte.
- pharmaSuisse versteht auch nicht, wieso die schweizweite Generalisierung der bewährten Qualitätszirkel und der pharmazeutischen Betreuung von Heimen nicht einmal erwähnt werden im Massnahmenkatalog des Bundesrats.

Anträge von pharmaSuisse:

1. Der Arzneimittelmarkt hat sich seit 2001 wie folgt entwickelt: **98,5% der abgegebenen Packungen** sind patentabgelaufene Originale und Generika, deren FAP unter CHF 200.- liegt (sogar 67% unter FAP 15.-), die aktuell aber **nur 59% des Umsatzes** verursachen, während neue, patentgeschützte Arzneimittel und Biosimilars 1,5% der Packungsmenge, aber 41% des Umsatzes verursachen. Vor

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	allein in diesem Bereich ist die Zunahme der Arzneimittelkosten um jährlich 100 Mio CHF zu suchen und griffig zu dämpfen! Die Vertriebsanteile nach Art. 38 KLV sind dringend, vor der Einführung jeder weiteren kostendämpfenden Massnahmen, zu korrigieren, damit die Fehlanreize eliminiert werden gemäss Motion Ruth Humbel (16.4049) „Anreize für die Abgabe von Generika und Biosimilars verstärken“. Der Bundesrat hat die Ablehnung dieser Motion mit dem Argument empfohlen, dass bereits andere Massnahmen zur Generikaförderung wie Referenzpreissystem geprüft werden. Diese Massnahmen sind aber in der korrekten Reihenfolge vorzunehmen! pharmaSuisse fordert daher die Einführung einer einheitlichen Preisklasse mit einem Fixbetrag von CHF 14.85, einem variablen Anteil von 3% und eine Obergrenze des Vertriebsanteils bei CHF 300 analog curafutura. 2. Sobald die Vertriebsanteile nach Art. 38 KLV sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt angepasst werden, soll das kostendämpfende Potential der Abgabekanäle ausgeschöpft werden gemäss Motion von Erich Ettlin (18.4079) „Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen“, von Ruth Humbel (18.3977) „Umsetzung der Leistungen der Apotheker zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Krankenversicherungsgesetz“ und von der SGK-N (18.3387) „Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen“. 3. Apotheker und Apotheken haben ihren Beitrag zur Senkung der Kosten aktiv geleistet und zusätzlich passiv wegen der politisch gewollten Verletzung des Modells bei den Vertriebsanteilen insbesondere unter FAP CHF 15.-, die wegen Preissenkungen im patentabgelaufenen Bereich zu Ertragsminderungen bei zunehmendem Aufwand von ca. 100 Millionen CHF zwischen 2015 und 2018 geführt haben. Der Bundesrat ist somit gebeten, auf jede weitere weder sachlich noch betriebswirtschaftlich begründete Kürzung des Ertrags der Apotheker und Apotheken zu verzichten. Sie werden vom Berufsstand mit aller Kraft bekämpft, weil absolut inakzeptabel angesichts der bereits geleisteten Einsparungen auf Kosten der Apothekerschaft und des Auftrags des Volks, Parlaments und Bundesrats zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung durch Apotheker und Apotheken.
pharmaSuisse	<u>Massnahme M22 „Einführung eines Referenzpreissystems“</u> <u>Feststellungen:</u> Diese Massnahme trifft prioritär sämtliche Akteure der Grundversorgung: - Hersteller von patentabgelaufenen Wirkstoffen, die nur noch in Ländern mit Billiglöhnen und schwachem Umweltschutz (Indien, China) im Markt überleben können, mit dem hohen Risiko von Versorgungsengpässen, Qualitätsmängeln und Bildung von Monopolen; - Hersteller und Importeure von Generika, deren Präsenz auf dem Schweizer Markt von der Rentabilität abhängig sein wird; - Grossisten, die verkleinerte Lager von Generika führen werden, weil das blockierte Kapital einem erhöhten Risiko ausgesetzt wird; - Offizinapotheker, Ärzte mit Patientenapotheke und spitalambulante Einrichtungen, die ohne dringende, vorherige Korrektur der Vertriebsanteile nach Art. 38 KLV weitere Ertragseinbussen verkraften müssen bei steigenden Betriebs- und Vertriebskosten werden bei Lagerhaltung bestraft;

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

- Patienten, die entweder noch mehr aus eigener Tasche bezahlen werden oder ständige Wechsel ihrer Dauermedikation mit wechselnden Generika akzeptieren müssen.

Position von pharmaSuisse:

- **pharmaSuisse bevorzugt einen Gegenvorschlag mit breiter Akzeptanz:** Mit Korrektur der Fehlanreize in Art. 38 KLV und Verschreibung des Wirkstoffs durch Ärzte kann das Einsparungsziel ohne Einführung eines Referenzpreises erreicht werden, indem die Partner von Tarifverträgen unter diesen neuen Bedingungen Zielwerte für die Erhöhung des Generika-Anteils mit Bonus/Malus-Anreizsystem vereinbaren können. **Ohne vorherige Korrektur der Fehlanreize in Art. 38 KLV, unabhängig vom Fabrikabgabepreis, kommt die Einführung eines Referenzpreises für pharmaSuisse NICHT IN FRAGE.** Zudem sieht das revidierte HMG in Verbindung mit dem KVG neu vor, dass **Rabatte** im patentabgelaufenen Bereich zulässig sind und **im Rahmen von Verträgen mit den Krankenversicherern aufzuteilen sind**. Mit dem Festbetragssystem funktioniert dieser wettbewerbliche Marktmechanismus nicht mehr. Dabei hat der Bundesrat aber die entsprechenden Verordnungen (VITH) noch nicht verabschiedet.

- Das Problem ist **nicht die Grund-Idee eines Referenzpreises** sondern der vorgeschlagene Mechanismus, sowohl in der Variante 1 als auch 2, das entweder zum **Monopol des billigsten Anbieters** (Variante 1) führen wird oder von den Abgabestellen verlangen würde, je nach Versicherer das Generikum mit tiefstem verhandeltem Preis im Sortiment zu halten oder den Patienten eine Zuzahlung zu erklären und abzuverlangen. Das ist schlicht nicht umsetzbar. **Fazit: pharmaSuisse lehnt die beiden unausgereiften Varianten ab.**

- Das Kriterium der Anzahl Generika der SL mit gleichem Wirkstoff genügt nicht, um zu verhindern, dass die weltweite Versorgung mit essentiellen Wirkstoffen tendenziell nur noch von einem Hersteller aus Indien oder China stammt. Die **Anzahl der Wirkstoff-Lieferanten** ist deshalb ausschlaggebend und zu berücksichtigen. Aus diesem Grund lehnt pharmaSuisse ebenfalls dezidiert den Vorschlag ab, dass auch für Wirkstoffe ohne Referenzpreis nur der Preis des **billigsten** Generikums von der OKP übernommen wird. pharmaSuisse plädiert hier dringend für ein Schweizer Versorgungskonzept bei essentiellen Medikamenten (Auftrag an BWL).

Fazit: pharmaSuisse verlangt Rahmenbedingungen für einen funktionierenden Wettbewerb mit mehreren Anbietern von Generika und bevorzugt die freie Therapiewahl durch die verschreibende und abgebende Person nach Kosten/Nutzen-Verhältnis gemäss Art. 43 Abs. 6 KVG statt nach Preis und Billigkeit, damit auch Qualitätskriterien (Galenik, Packung, Umweltschutz, Dokumentation, Geschmack, Pillengrösse etc.) berücksichtigt werden können.

- Die Einsparung durch den Ersatz eines Originals durch ein Generikum oder des Generikums durch ein günstigeres Generikum ist in keinem Verhältnis im Vergleich zu den indirekten Gesundheitskosten aus einer Nicht-Compliance Verschwendung. Deshalb verlangt pharmaSuisse **zusätzlich** zu den vorgesehenen medizinischen Begründungen **auch eine Möglichkeit für pharmazeutische Begründung** – die vom Apotheker zu dokumentieren ist – um von einem schädlichen Medikamentenwechsel abzusehen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Fazit: Jeder Zwang zum Medikationswechsel ohne klare Zustimmung des Patienten, insbesondere bei Dauerbehandlungen, wird pharmaSuisse dezidiert bekämpfen, da die <i>Patient Related Outcomes Measures (PROMs)</i> negativ ausfallen werden. pharmaSuisse bevorzugt ein Substitutionsrecht des Apothekers mit richtigen Anreizen und Förderung der Therapietreue. Um die Substitution zu fördern, fordert pharmaSuisse die Wirkstoffverschreibung. - Falls ein Referenzpreis eingeführt werden sollte mit Aufhebung des Tarifschutzes, wehrt sich pharmaSuisse gegen die Festlegung eines regulierten Höchstpreises über den von der OKP übernommenen Betrag. Der regulierte Markt betrifft den von der OKP übernommene Kosten-Anteil und der Rest gehört zum freien Markt und wird vom Patienten aus eigener Tasche bezahlt. Die einzige Begründung für die Regulierung eines solchen Höchstpreises hätte die Berücksichtigung der vom Patienten bezahlten Preisdifferenz innerhalb vom maximalen jährlichen Selbstbeteiligung sein können. Das wäre weder anreizkonform, noch administrativ machbar. Fazit: Kein Grund für eine Regulierung! - Die Kostenzunahme im Arzneimittelbereich, neben dem Mengenwachstum wegen Demografie, findet hauptsächlich im hochpreisigen Segment statt, während die patentabgelaufenen Arzneimittel – die für die medizinische Grundversorgung von zentraler Bedeutung sind – ständig günstiger werden. Es sind Massnahmen zu treffen, wie die Wirkstoffverschreibung, um insbesondere Biosimilars zu fördern und Verschwendung von teuren Arzneimitteln zu reduzieren samt Einzel- oder fraktionierter Abgabe mit Blistering oder elektronischen Dispensern und der zwingenden Begleitung mit DiseaseManagement Programmen unter Einbezug der Apothekern, sowie mit der Begleitforschung für eine effiziente Versorgung.
pharmaSuisse	<u>Massnahme M02 „Experimentierartikel“:</u> pharmaSuisse unterstützt die Möglichkeit von Pilotversuchen, die nicht explizit im KVG vorgesehen sind. Bedingung ist, dass sie nicht gegen andere Gesetze verstossen, die zum Beispiel der Verzicht auf die nötigen Qualifikationen oder Auflagen verlangen für die Erbringung einer Leistung. Es dürfen auf keinem Fall Leistungen von nicht anerkannten Leistungserbringern vergütet werden (zum Beispiel bei einer Abweichung vom Territorialitätsprinzip) oder Pilotversuche auf Kosten der Patientensicherheit durchgeführt werden, wie zum Beispiel ein Versandhandel mit Arzneimitteln der Listen AB oder D ohne Fachberatung. Als positive Beispiele unterstützt pharmaSuisse die Einzelabgabe nach der Motion Manuel Tornare (17.3942) im Rahmen von Pilotversuchen, aber dann auch ausserhalb vom Bereich der Antibiotika, vor allem bei sehr teuren Medikamenten. pharmaSuisse verlangt, dass die Beteiligung an solchen Pilotversuchen immer freiwillig bleiben muss.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

pharmaSuisse	<u>Rechnungskopie an Patient</u> pharmaSuisse konnte bisher mit der grossen Mehrheit der Versicherer das System des Tiers Payants vertraglich vereinbaren. Die Informationspflicht der Versicherten über die von ihnen verursachten Kosten ist durch die Abgabe eines detaillierten Lieferscheins resp. Kassenbons am Zeitpunkt des Bezugs gewährleistet. pharmaSuisse würde eine Verpflichtung ablehnen, Rechnungen auf Papier zu drucken und per Post zu schicken. Das würde unverhältnismässige Kosten verursachen und wäre für Apotheken unverständlich: Sämtliche Apotheken senden seit 1996 ihre Rechnungsdaten detailliert und elektronisch an die Versicherer. pharmaSuisse bevorzugt für die Zukunft die Einführung des elektronischen Patientendossiers oder die Möglichkeit für jeden Versicherten, elektronischen Zugriff zu den beim Versicherer eingetroffenen Rechnungen, die ihn betreffen, zu bekommen. <u>Massnahme M09 „Rechnungskontrolle stärken“</u> Die Rechnungskontrolle ist die Kernaufgabe der Versicherer. Falls sie andere Instrumente benötigen oder falls eine Aufsicht nötig wäre, dann sind solche Massnahmen zu treffen, aber die Verantwortung soll bei den Versicherern bleiben, sonst generiert man kostspielige Doppelspurigkeiten statt Einsparungen. <u>Massnahme M34 „Schaffung eines nationalen Tariffbüros“</u> Ein nationales Tariffbüro kann Sinn machen bei sehr aufwendigen Tarifstrukturen, wie die ambulante Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen. Bei einfacheren Tarifstrukturen würde diese Massnahme unnötige Kosten verursachen. Ausserdem könnte eine alle ambulanten Tarifstrukturen umfassende Organisation durch die Integration aller Interessen zu einer weiteren Blockade führen. Sichergestellt sein muss zudem der Einbezug der «wesentlichen» Tarifpartner in diese ambulante Tariforganisation. pharmaSuisse vermisst dagegen Anreize für erfolgreiche Tarifverhandlungen und Sanktionen beim Scheitern, die beide Tarifparteien gleich treffen. Die Möglichkeit der ad hoc Bildung einer Art Schiedsgerichts bei Tarifblockaden könnte auch eine günstigere Variante sein, bevor subsidiäre behördliche Massnahmen getroffen werden oder ein vertragsloser Zustand in Kauf genommen werden muss.
--------------	--

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Massnahme M25 „Tarifstruktur aktuell halten“

Für pharmaSuisse ist es die Kernaufgabe der Tarifpartner. Die Festlegung der Frequenz der Updates und deren Umfang soll ebenfalls Aufgabe der Verhandlungspartner sein. Bei fehlender Einigung oder Blockade verweisen wir auf unseren Vorschlag unter Massnahme M34. Es gilt zu beachten, dass der Bundesrat bei Art. 47b Abs. 2 in erster Linie Genehmigungs- und nicht Festsetzungsinstanz ist. Die Formulierung im Artikel ist deshalb anzupassen.

Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner

pharmaSuisse hat Erfahrung mit der Verhandlung eines relativen Referenzbudgets mit den Versicherern bzw. mit einer Vereinbarung über die Wirkung der Entwicklung von vordefinierten Parametern wie Mengenwachstum oder -reduktion. Dafür wurde ein gemeinsames Monitoring durchgeführt. Bei der Einführung der LOA im 2001 wurde ein solches System vereinbart und noch während 3 weiteren Jahren erfolgreich und ohne Streitigkeit mittels eines variablen „Kostenstabilisierungsbeitrags“ weitergeführt. Der Bundesrat hatte dazumal in seinem Genehmigungsdispositiv des Tarifvertrags LOA gegen eine Weiterführung dieses Modells Stellung bezogen!

Massnahme M15 „Pauschalen im ambulanten Bereich“

pharmaSuisse steht Pauschalen im ambulanten Bereich offen gegenüber, unter Bedingung, dass sie auf betriebswirtschaftlich kalkulierten Einzelleistungen als Grundbasis verhandelt werden und dass sie auf Freiwilligkeit basieren, damit sie auch reversibel sind falls nicht mehr geeignet. Sie gehören zum Spielraum der Vertragspartner, aus Sicht von pharmaSuisse vor allem im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen.

Aus Erfahrung nach 17 Jahren LOA stellt pharmaSuisse fest, dass die Patienten in der Apotheke die Verrechnung von genauer nachvollziehbaren, erbrachten Leistungen besser akzeptieren als Pauschalen, die undifferenziert anfallen und de facto eine zusätzliche Solidarität zwischen „einfachen“ und „komplexen“ Kranken erzwingt. Die Bevölkerung akzeptiert zusätzlich zur Kopfprämie keine zusätzliche Solidarität, vor allem solange die Franchise nicht erreicht ist.

Beschwerderecht für Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG

Die Fragen der verschiedenen Rollen sind im Rahmen der Parlamentsarbeiten zur Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) zu lösen, die pharmaSuisse unterstützt.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Physioswiss – Schweizer Physiotherapie Verband

Abkürzung der Firma / Organisation : physioswiss

Adresse : Geschäftsstelle, Stadthof 8b, 6210 Sursee

Kontaktperson : Pia Gianinazzi, Projektleiterin Tarif / eHealth

Telefon : 041 / 926 69 69

E-Mail : pia.gianinazzi@ physioswiss.ch

Datum : 06.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	15
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	16

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
physioswiss	Grundsätzliche Bemerkungen Physioswiss begrüsst eine offene Diskussion über die Gesundheitskosten und die Massnahmen zur Dämpfung deren besorgniserregenden Entwicklung. Dabei sind die aktuellen gesellschaftlichen, medizinischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen (Langlebigkeit und Selbstbestimmung, medizinischer Fortschritt, kürzere Aufenthaltsdauer im Spital, hospitalisation à domicile, ambulant vor stationär, konservativ statt operativ) dynamisch im Diskurs zu berücksichtigen. Neben Massnahmen im Bereich der Tarife und der Kostenkontrolle soll das Potential der Prävention sowie der Bekämpfung von Fehl-, Unter- und Überversorgung ausgeschöpft werden und Versuche im Bereich der Interprofessionalität in der ambulanten Versorgung und der digitalen Transformation mutiger angegangen werden. Bei der Auswahl der zu realisierenden Massnahmen sollen diejenige den Vorrang erhalten, welche ohne Einschnitte in der Qualität der Versorgung oder in der Patientensicherheit auskommen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten.
physioswiss	Folgende Massnahmen werden allgemein begrüsst: • Rechnungskopie an die versicherte Person (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz VE-KVG) Auch wenn die hauptsächliche Verantwortung für die Rechnungskontrolle letztlich beim Versicherer ist, erscheint die systematische Zustellung der Rechnungskopie und folglich die Ausschöpfung der Kontrollmöglichkeiten der versicherten Person sowohl für die Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten als auch für die Transparenz des Systems zu begrüssen. Dies unter der Voraussetzung, dass die Rechnungskopie durch den Versicherer zusammen mit der Abrechnung zugestellt wird, was auch über die verschiedenen elektronischen Kommunikationskanäle (z.B. Online-Kundenportal, Kunden-App) erfolgen kann, welche zwecks Rationalisierung der administrativen Abläufe durch die Krankenversicherer aufgebaut wurden und als Verwaltungskosten der Rechnung der obligatorischen Krankenversicherung bereits belastet wurden. Nur wenn die versicherte Person die Rechnungskopie gleichzeitig mit der Abrechnung des Versicherers erhält, kann sie die Dokumente sofort und ohne Umstände gegenüberstellen und die abgerechneten Leistungen überprüfen. Anderenfalls bleibt die separate Zustellung der Rechnung wirkungslos. • Experimentierartikel (Art. 59b VE-KVG) Wir unterstützen die Einführung eines echt innovativen Experimentierartikels und beantragen eine mutigere und daher offenere Formulierung der bewilligungsfähigen Bereiche, insbesondere die Berücksichtigung der neusten Entwicklung der Berufsbilder und Ausbildungen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

sowie der durch die Digitalisierung geschaffenen Möglichkeiten, die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zu fördern.

Die begrüssenswerte Möglichkeit, das starre Korsett des KVG für die Realisierung von neuartigen Vorhaben zeitweise zu lockern wird dadurch erheblich eingeschränkt, dass der Rahmen der zulässigen Innovation eng gesteckt wird. Echt zukunftsweisenden Ansätze mit dem Ziel, die Grundversorgung effektiver und effizienter zu gestalten und die Patientensicherheit zu erhöhen, wie zum Beispiel der direkte Zugang zur Physiotherapie oder Modelle von Advanced Practice in der Physiotherapie erscheinen dadurch von vornherein ausgeschlossen. Dies würden wir sehr bedauern.

Fragezeichen betreffend die Effizienz dieser Massnahme tauchen im Zusammenhang mit der Finanzierung solcher Innovationsprojekte auf sowie mit der Möglichkeit der zwangsweisen Durchsetzung eines Pilotprojektes bis hin zur Auferlegung der damit verbundenen Umtriebe und Kosten ohne jegliche Rücksicht auf die realen Möglichkeiten und finanziellen Kräfte der Betroffenen. Punktuelle finanzielle Anreize sind zu erwägen.

- **Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen** (Art. 47a VE-KVG)

Von der Schaffung eines ständigen nationalen Tarifbüros nach dem Vorbild der SwissDRG AG verspricht sich physioswiss einen Effizienzgewinn sowie eine Versachlichung der partnerschaftlichen Arbeiten an den Tarifstrukturen. Die Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen sehen wir als zentrale Aufgabe der künftigen Organisation an, welche wir uns als technisches Forum und Kompetenzzentrum zugleich vorstellen. In diesem Kontext begrüssen wir insbesondere die Gelegenheit, mit den beteiligten Leistungserbringern interprofessionelle Tarifpositionen zu entwickeln, welche entsprechende Versorgungsmodelle angemessen abbilden und zum Durchbruch verhelfen.

Angesichts der unterschiedlichen Gewichtung von Arzttarif und aller übrigen ambulanten Tarife stellt sich jedoch die Frage, ob eine einzige Organisation für sämtliche Leistungserbringer der besonderen Funktion des Arztes im KVG, der Organisationsdichte der Ärzteschaft und dem Gewicht des Arzttarifs gerecht werden kann. Demnach wäre zu prüfen, ob die Zusammenfassung der übrigen Leistungserbringer in einem separaten Tarifbüro nicht vorteilhaft für beide Organisationen wäre. Erstrebenswert scheint uns auch die Regelung der Finanzierung der Organisationen im KVG, beispielsweise mit einem Prämienbeitrag analog zur Gesundheitsförderung.

- **Auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife** (Art. 43 Abs. 5 erster Satz VE-KVG)

Der gezielte Einsatz von Patientenpauschalen im ambulanten OP-Bereich stellt eine nützliche Ergänzung der bestehenden Möglichkeiten der Tarifierung dar. Weil der Patient vermehrt in der Rechnungskontrolle miteinbezogen wird, setzen Patientenpauschalen jedoch einen stark standardisierenden und engmaschig definierten Leistungsbereich voraus, damit sie nicht einen übermässigen Administrations- und Erklärungsaufwand und somit im Endeffekt Mehrkosten verursachen.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

physioswiss	Im Gegensatz dazu werden die folgenden Massnahmen generell abgelehnt oder in der im Entwurf vorgesehene Form nicht unterstützt: • Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen (Art. 47b VE-KVG) Wir bedauern, dass der Gesetzgeber es versäumt hat, die im ganzen Krankenversicherungsrecht gestreuten Bestimmungen zur Datenlieferung und Datenbearbeitung systematisch zu bündeln und unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit und des Persönlichkeitsschutzes zu überprüfen. Im Hinblick auf den sparsamen Umgang mit den Ressourcen sowie auf die Dämpfung der Verwaltungskosten sind die Normen betreffend Datenlieferungen und deren Zielsetzungen aufeinander abzustimmen und von jeder Redundanz zu bereinigen. Eine Datenlieferungspflicht rechtfertigt sich nur dann, wenn der zu Verpflichtende sowohl rechtlich als auch tatsächlich über die betreffenden Daten verfügen kann. Dies ist der Fall der einzelnen Leistungserbringer, aber mehrheitlich nicht derjenige ihrer Berufsverbände und Organisationen, welche auf diesem Weg nicht angehalten werden können, Leistungsdaten ihrer Mitglieder fortan systematisch zu sammeln. Die Vorstellung, dass der Bundesrat ermächtigt sein soll, bei Berufsverbänden, welche in der obligatorischen Krankenversicherung keine Organstellung haben, nach Leistungsdaten auszukundschaften, mutet zudem irgendwie seltsam an. • Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c VE-KVG) Es soll und kann darauf hingearbeitet werden, dass Leistungen möglichst effizient erbracht werden. Der Hinweis im erläuternden Bericht, dass die Kostenneutralitätsvereinbarung bei Einführung von TARMED als Beispiel herhalten könnte, weist auf einen aus unserer Sicht grundsätzlich zu einseitigen Ansatz hin. Art. 59c KVV sieht bei Tarifmodellwechseln eine Kostenneutralität des Tarifmodells vor, aber davon abgesehen sieht das KVG kein irgendwie geartetes Globalbudget vor – ausser in Ausnahmefällen, in denen die Kantonsregierungen Globalbudgets erlassen könnten. Es kann nicht sein, dass über eine solche Einzelmassnahme die Grundsätze, dass angemessen tarifierte, nach WZW erbrachte Leistungen, aufgrund von Tarifsteuerungsmassnahmen dann doch nicht mehr angemessen vergütet werden sollen. Es gilt die angemessene Tarifierung der Leistungen sicher zu stellen und wenn die Leistung anfällt, muss die angemessene Abgeltung auch bezahlt werden. Ergo muss primär bei der Nachfrage (Anerkennung von Leistungen zu Lasten OKP nach KVG) angesetzt werden, wenn keine zusätzlichen Kosten entstehen sollen. Aus unserer Sicht lediglich denkbar wäre eine Weiterentwicklung von «Wirtschaftlichkeitsverfahren», sollten tatsächlich nicht erklärbare Unterschiede in der Abrechnung von gleichartigen Leistungserbringern festgestellt werden können. Eine Generelle Bestrafung von Leistungserbringern im Sinne von Tarifikürzungen, weil ein Kostenziel nicht eingehalten werden konnte, ist wenig förderlich für eine gut funktionierende, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung und kommt einer «Sippenhaft» gleich, die wir entschieden ablehnen. • Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG (Art. 53 Abs. 1^{bis} VE-KVG) Physioswiss lehnt die Ausweitung des Beschwerderechts gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen auf die Versichererverbände entschieden ab. Die Massnahme stellt ein übermässiger Eingriff in die Autonomie der Kantone, birgt die Gefahr, die kantonale
-------------	---

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Versorgungsplanung lahmzulegen und verursacht kostspielige Verfahren, deren Kosten schlussendlich beidseitig vom Steuerzahler zu tragen sind. • Stärkung der Rechnungskontrolle (Bericht, Seite 26 f.) Eine weitere Standardisierung der Rechnungskontrolle sowie den Aufbau von parallelen zentralisierten administrativen Rechnungskontrollstrukturen lehnt Physioswiss entschieden ab. Es ist zu befürchten, dass die forcierte Aufrüstung der diesbezüglichen Informatik-Mittel noch weitere Kreise von Patienten mit seltenen Krankheiten, atypischen Krankheitsverläufen und nicht standardmässigen Behandlungspfaden den Zugang zu den gesetzlich garantierten Leistungen erschweren oder gar verunmöglichen wird. Eine fachkompetente Prüfung des Leistungsanspruches im Einzelfall muss jederzeit gewährleistet sein.
physioswiss	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	42 KVG	3	dritter Satz	Die getrennte Zustellung von Rechnungskopie und Abrechnung des Versicherers im System des Tiers-payant erschwert die Kontrolle durch die versicherte Person. Der Versicherte wird eine Rechnungskopie des Leistungserbringers wohl erst dann kontrollieren, wenn er selbst etwas daran bezahlen muss, also wenn die diesbezügliche Abrechnung des Versicherers über den Anteil des Versicherten eintrifft. Aus diesen Gründen beantragen wir die zeitgleiche Zustellung von Leistungsabrechnung und Rechnungskopie durch den Versicherer.	... Im System des <i>Tiers payant</i> erhält die versicherte Person vom Versicherer mit der Leistungsabrechnung auch eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. ...
physioswiss	47a KVG	1		Wie oben ausgeführt ist es zu befürchten, dass ein einziges ambulantes Tariffbüro den unterschiedlichen Gewichtungen von Arzttarif und aller übrigen ambulanten Tarifen nicht gerecht werden könnte. Es gilt zu überlegen, ob nicht der besonderen Stellung und Organisation der Ärzteschaft entsprechend, hierfür ein separates paritätisches Tariffbüro zu widmen ist. Alle übrigen ambulanten Leistungserbringer bzw. deren Tarife könnten dann in einem hierfür zu schaffenden Tariffbüro untergebracht werden. Die entsprechenden Aufträge müssten im KVG bestimmt werden und die Finanzierung losgelöst von den Leistungserbringern und deren Verbände z.B. analog Art. 20 Abs. 1 KVG über einen Rappenbetrag pro versicherte Person erfolgen. Die Tarifautonomie und die Organisationsfreiheit der Tarifpartner müssen gewährt sein.	Die Verbände der Leistungserbringer und diejenige der Versicherer setzen paritätisch besetzten Organisationen ein, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig sind.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

physioswiss	47b KVG	1-3		Die Erfahrung zeigt, dass die Weitergabe von Daten auch dann einen erheblichen zusätzlichen Aufwand auslöst, wenn die gewünschten Daten schon vorhanden sind. Auch wenn die Weitergabe «kostenlos» gegenüber dem Empfänger der Daten erfolgt, wird der damit verbundene administrative Aufwand in die Abgeltung der Leistungen anfallen und letztendlich über Prämien (und Steuern, je nach Finanzierung) zu decken sein. Es ist deshalb erforderlich, dass solche zusätzlichen Datenlieferungen möglichst nicht nur Unkosten verursachen und keinesfalls zusätzlich zu bestehenden Datensammlungen, auf die der Bundesrat bereits z.B. übers BfS Zugriff hat, dieselben Angaben nochmals gleich oder auch anders abgerufen werden sollen. Darauf stützen sich auch die nachfolgenden Änderungsanträge. Denn doppelte Datensammlungen sind ganz sicher nicht im Sinne von Kostendämpfung.	
physioswiss	47b KVG	2		Absatz 2 ist zumindest dahingehend zu ändern, dass den Verbänden nicht die Pflicht auferlegt werden kann, Daten zu beschaffen. Die Daten gehören den Leistungserbringern beziehungsweise den Versicherern und diese haben die Daten dem Tarifbüro zu liefern. Noch sinnvoller erscheint, dass die Daten, die gemäss von Abs. 1 der Organisation nach Art. 47a zu liefern sind, von dort vom Bundesrat bei Bedarf abgerufen werden können. Dem Persönlichkeitsschutz ist auf allen Ebenen Rechnung zu tragen. Parallele Datenlieferungen, welche zu widersprüchlichen Datenanalysen führen, redundante Sammlungen sowie das Sammeln auf Vorrat sind daher zu vermeiden.	Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a ist verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

physioswiss	47b KVG	3		Absatz 3 ist entsprechend den allgemeinen Einwänden zu 47b dahingehend zu ändern, dass die Verbände der Leistungserbringer, welche in der Regel nicht über die erforderlichen Daten verfügen und folglich diese auch nicht weitergeben können, nicht für die ausgebliebene Weitergabe von Daten zur Rechenschaft gezogen werden können. Weil die Organisation nach Art. 47a die Daten der Leistungserbringer gemäss Art. 47b Abs. 1 erhebt, ist einzig diese zur Datenbekanntgabe an den Bundesrat zu verpflichten.	Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der die Versicherer und die Organisation nach Absatz 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann der Bundesrat Sanktionen ergreifen. Diese umfassen: ...
physioswiss	47c KVG	1-7		Hier sei auf die kritischen einführenden Bemerkungen hingewiesen, dabei besonders auf die grundsätzliche Überlegung, wonach konkretere Massnahmen gegen einzelne die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen nicht einhaltende Tarifpartner (auch Versicherer, die überproportional Administration durch ungerechtfertigte Rechnungsrückweisungen wären hier anzudenken) vorzusehen. Eine Kostensteuerung, wie sie in den Abs. 3 bis 6 und dem erläuternden Bericht mit Verweis auf die Kostenneutralitätsvereinbarung bei Einführung von Tarmed als Vorlage vorgeschlagen wird, ist nicht im Sinne des geltenden Versorgungssystems, in dem der Patient Anspruch auf die Leistungen nach KVG erhebt und der Leistungserbringer, wenn medizinisch indiziert dann auch erbringt oder gemäss Leistungsauftrag gar erbringen muss. Es kann nicht sein, dass die für korrekt befundene Abgeltung nachträglich wieder gekürzt wird, weil die Menge an korrekt nach KVG erbrachten Leistungen mehr als geplant zugenommen hat.	Streichung - Zumindest Streichung von Abs. 3-7

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

physioswiss	47c KVG	3-7		Abs. 3 bis 7 und insbesondere den in Abs. 4 formulierten Generalverdacht, dass die Mengen ungerechtfertigt erhöht und somit Leistungen nicht im Sinne des KVG erbracht werden, lehnen wir entschieden ab! Es obliegt den Krankenversicherern mittels Kontrolle zu verhindern, dass ungerechtfertigte Leistungen vergütet werden und folglich gar nicht in eine Statistik, die erbrachte Leistungen ausweist, einfließen. Es gilt im Einzelfall (pro Leistung oder dann pro Leistungserbringer) geeignete Massnahmen zu ergreifen, damit echter Missbrauch geahndet und auch bestraft werden kann. Es kann aber nicht angehen, dass z.B. eine ganze Leistungserbringergruppe, die sich in der absolut überwiegenden Mehrheit korrekt verhält und lediglich das abrechnet, was im Einzelfall sinnvoll, spricht medizinisch indiziert, nach KVG angemessen tarifiert und nach WZW erbracht worden ist, dann aufgrund der Gesamtmenge an nachgefragten Leistungen (womöglich noch national) dennoch bestraft werden soll. Davon ausgehend, dass die Versicherer ihren Hauptauftrag sehr gut erfüllen, nämlich nur korrekt abgerechnete Leistungen, die auch nach WZW erbracht wurden, zu bezahlen, ist diese Unterstellung von ungerechtfertigten Mengenentwicklung ein Affront gegenüber jedem Leistungserbringer nach KVG. Jedenfalls gibt es keinen Grund für Tarifeingriffe aufgrund allgemeiner Mengenentwicklungen, denn nur gerechtfertigte Leistungen finden überhaupt den Weg in die ausgewiesenen bezahlten Kosten. Folglich lehnen wir diese übergeordneten Steuerungsmassnahmen oder gar Strafmassnahmen gegen ganze Leistungserbringergruppen oder Tarifgemeinschaften ab. Sollten die Versicherer auch Leistungen bezahlen, die sie nicht müssten/dürften, ist dort anzusetzen, wo die Rechnungskontrollen passieren. Nur so wird sichergestellt, dass keine Eingriffe	Abs. 3-7 ersatzlos streichen!
-------------	------------	-----	--	---	-------------------------------

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				erfolgen, die nicht angemessen sind und einer Sippenhaftung gleichkommt, die wir entschieden ablehnen.	
physioswiss	53 KVG	1 ^{bis}		Physioswiss lehnt die Ausweitung des Beschwerderechts gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen auf die Versichererverbände entschieden ab. Die Massnahme stellt ein übermässiger Eingriff in die Autonomie der Kantone, birgt die Gefahr, die kantonale Versorgungsplanung lahmzulegen und verursacht kostspielige Verfahren, deren Kosten schlussendlich beidseitig vom Steuerzahler zu tragen sind.	Streichung, beziehungsweise. Nichtaufnahme dieser Ergänzung
physioswiss	59 KVG	1		Diese Abstrafungsmöglichkeit gegenüber einzelnen Fehlbaren ist zu unterstützen, entgegen des «Sippenhaftartikels» 47c, der versteckt ein gesteuertes Globalbudget-System einführen würde, das so vom KVG nicht mal in der Kompetenz des Bundesrates vorgesehen ist.	
physioswiss	59 KVG	3		Wir verweisen hier auf die Ausführungen bezüglich Rechnungskopie bei Art. 42 Abs. 3 hin und beantragen deshalb die Nichtaufnahme dieser zusätzlichen litera g, da bei Umsetzung unseres Änderungsvorschlags, die Rechnungskopie sinnvollerweise vom Versicherer weitergereicht wird und folglich die Leistungserbringer gar keine solche Pflicht mehr hätten, die nach lit. g von Art. 59 Abs. 3 sanktioniert werden könnte.	Streichung, beziehungsweise. Nichtaufnahme dieser Ergänzung

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

physioswiss	59b KVG	1 lit. c		Innerhalb von Absatz 1 lit. c soll neben den altbekannten Modellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers auch für weitere Pilotprojekte Raum geschaffen werden, die zum Einsatz des elektronischen Patientendossiers (EPD) im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen verpflichtet. Dabei ist sicherzustellen, dass nur Gesundheitsfachpersonen, die vom Patienten eine Zugriffsberechtigung erhalten haben, nach Massgabe der erteilten Berechtigung Zugang zum EPD erhalten. Gleichzeitig ist den Krankenversicherer kein Zugriff auf die Daten zu gewähren.	c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers und Einsatz des elektronischen Patientendossiers im Rahmen von integrierten Versorgungsmodellen;
physioswiss	59b KVG	1 lit. e		Absatz 1 lit. e ist entsprechend unserer im Eingang geäusserten Bedenken zu vervollständigen, damit der neusten Entwicklungen in Bezug auf Berufsbilder und Ausbildung, interprofessionelle Zusammenarbeit und Digitalisierung Rechnung getragen werden kann.	e. Förderung der koordinierten, der integrierten und der interprofessionellen Gesundheitsversorgung sowie des elektronischen Medikationsprozesses;
physioswiss	59b KVG	4		Absatz 4 ist im Hinblick auf die Autonomie von Kantonen, Versicherer und Leistungserbringer aus unserer Sicht sehr problematisch. Wenn Kantone, Versicherer oder Leistungserbringer z.B. gar keine Ressourcen haben, um Zusatzaufwendungen für ein Pilot zu erbringen, kann es doch nicht sein, dass auf diesem Wege dies aufgezwungen werden kann. Das KVG sieht Zulassungsbestimmungen vor und es kann doch nicht sein, dass nun darüber hinaus die Pflicht besondere Aufwendungen zeitlicher, finanzieller oder anderer Natur zu betreiben aufoktroiert werden können.	Absatz 4 ersatzlos streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

physioswiss	26 MVG	1		Wie im erläuternden Bericht in Erinnerung gerufen, ist beim MVG das Naturalleistungsprinzip gültig. Die Militärversicherung hat somit implizit dadurch die Möglichkeit, umfassend in die eigentliche Behandlungsführung einzugreifen und diese zu beeinflussen. Prima vista ist eine nachträgliche Korrektur von zuvor bereits angemessen tarifierten, per Kostengutsprache freigegebenen und in der Folge vergüteten Leistungen wenig sinnvoll und birgt die Gefahr, lediglich zusätzlichen administrativen Aufwand zu verursachen, ohne dass etwas dabei rausschaut.	Verzicht auf Aufnahme der neuen Regelung.
physioswiss	26 MVG	3 ^{bis}		In Analogie zu unseren Überlegungen zu Art. 47b KVG sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dort dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Die Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 KVG , die Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a KVG sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.
physioswiss	56 UVG	1		In Analogie zu unseren Überlegungen zu Art. 47b KVG sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dort dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Verzicht auf Aufnahme der neuen Regelung.
physioswiss	56 UVG	3 ^{bis}		In Analogie zu unseren Überlegungen zu Art. 47b KVG sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dieser dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Die Leistungserbringer nach den Artikel 36–40 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) , die Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a KVG sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben,

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					die für die Festlegung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.
physioswiss	27 IVG	6		In Analogie zu unseren Überlegungen zu KVG Art. 47b sind die Daten der Leistungserbringer der Organisation nach Art. 47a KVG zu liefern und von dieser dem Bundesrat bei Bedarf zur Verfügung zu stellen.	Die Leistungserbringer und die Organisation nach Artikel 47a KVG geben dem Bundesrat auf Anfrage kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung und Anpassungen der Tarife nach den Absätzen 3–5 notwendig sind.
physioswiss	27 ^{bis} IVG	1		Wie im erläuternden Bericht in Erinnerung gerufen, ist auch bei der Invalidenversicherung das Naturalleistungsprinzip gültig. Wir verweisen im Übrigen auf die Ausführungen zu Art. 26 Abs. 1 MVG.	Verzicht auf Aufnahme der neuen Regelung.
physioswiss	27 ^{bis} IVG	2-5		Wir verweisen auf die gleichen Einwände zu Art. 47c KVG und die weiteren Einwände zu Art. 47c Abs. 3-6 KVG.	Streichung resp. Verzicht auf Aufnahme dieser neuen Regelungen.
physioswiss					
physioswiss					
physioswiss					

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

Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires

DFI
Président de la Confédération
Monsieur Alain Berset
Par e-mail à :
abteilung-leistungen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Plateforme Interprofessionnalité
dans les soins de santé primaires
p/o polan
Effingerstrasse 2
3011 Berne
Tel +41315083607

Berne, le 13 décembre 2018

Consultation : « Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet » - réponse de la Plateforme Interprofessionnalité

Monsieur le Président de la Confédération,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation relative au 1^{er} volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts. 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

A l'évidence, les coûts en matière de santé ne cessent d'augmenter année après année, pour divers raisons, dont le vieillissement de la population, les progrès de la médecine et une gouvernance complexe. Face à cette situation la Plateforme Interprofessionnalité salue la volonté du Département fédéral de l'intérieur d'initier des réflexions approfondies sur le sujet et de présenter des solutions. Pour la Plateforme Interprofessionnalité, il est évident que l'accent doit être mis sur la qualité des soins et la sécurité des patients. La mise en place d'un système abordable pour tous ne doit pas cibler les coûts, mais bien repenser le système en proposant des projets innovants qui ont une répercussion positive sur les coûts. L'interprofessionnalité, est une alternative aux modèles de soins en vigueur jusqu'à présent, qui propose une nouvelle forme de gestion des compétences, dont les bénéfices pourraient se ressentir sur l'ensemble du système de santé Suisse. La Plateforme Interprofessionnalité invite donc à intégrer ce modèle dans les réflexions.

Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires

La Plateforme Interprofessionnalité prend position uniquement sur les deux mesures suivantes :

Article expérimental

La Plateforme Interprofessionnalité salue la possibilité de tester de nouveaux modèles via des projets pilotes. Elle invite à intégrer la mise sur pied de projets interprofessionnels dans les possibilités énumérées. En effet, l'interprofessionnalité doit être vue comme une chance permettant de combattre la fragmentation des soins, dont les conséquences en sont des coûts élevés et une qualité diminuée.

De plus, la création de tels projets ne doit pas être focalisée sur les coûts – comme stipulé dans la proposition du Conseil fédéral, mais doit tenir compte de la sécurité des soins et de la qualité.

Les projets novateurs naissent souvent au niveau local, c'est pourquoi nous encourageons le Conseil fédéral à ne pas se limiter à des projets pilotes de grandes envergures.

La Plateforme Interprofessionnalité invite également à formuler les ordonnances de manière générale et abstraite afin que les possibilités soient le plus ouvertes possibles en vue de la mise en œuvre.

Elle refuse l'obligation de participer, tel que le conseil fédéral l'a formulé dans sa proposition. La participation sur la base volontaire est une condition nécessaire, notamment pour permettre une participation dans de bonnes conditions, mais surtout pour éviter une mainmise des assureurs, qui aurait pour conséquence des projets pilotes édictés de manière unilatérale.

La Plateforme Interprofessionnalité déplore qu'aucune incitation financière n'ait été prévue et que le requérant doive prendre en charge les coûts éventuels. En effet, ce principe désavantage les acteurs de petite taille ce qui est fort dommage.

Bureau national des tarifs

La Plateforme Interprofessionnalité salue la création d'un bureau national des tarifs paritaire pour le domaine ambulatoire uniquement sous certaines conditions. En effet, il est essentiel que les partenaires tarifaires se mettent d'accord eux-mêmes sur sa forme et son fonctionnement. De ce fait, la compétence subsidiaire du Conseil fédéral, c'est-à-dire son intervention dans l'autonomie des tarifs est rejetée. En ce qui concerne les prises de décisions, la Plateforme Interprofessionnalité est en faveur d'un système soumis au principe de la majorité contrairement à celui de l'unanimité

Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires

qui jusqu'à présent était de mise. La mise en place d'une telle structure est aussi l'occasion d'intégrer des conditions-cadres favorisant et reconnaissant l'interprofessionnalité. La Plateforme Interprofessionnalité demande à ce que cet aspect soit pris en compte.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Président de la Confédération, nos salutations distinguées.



Pia Fankhauser
Présidente de la Plateforme Interprofessionnalité

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Privatkliniken Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : PKS

Adresse : Zieglerstrasse 29, 3007 Bern

Kontaktperson : Guido Schommer

Telefon : +41 31 387 37 20

E-Mail : guido.schommer@privatehospitals.ch

Datum : 14.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
PKS	Sehr geehrter Herr Bundespräsident Im Namen der Privatkliniken Schweiz (PKS) danken wir Ihnen für die Gelegenheit, in rubrizierter Angelegenheit Stellung nehmen zu können. Als Vertreterin der 130 Schweizerischen Privatkliniken tragen wir die vorliegende Teilrevision nur unter bestimmten Bedingungen mit. Die vorgeschlagene Teilrevision wird das Ziel des Bundesrats, die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ohne Qualitätsverlust zu dämpfen, nicht erreichen. Die Kantone in ihrer schädlichen Vielfachrolle und als systemischer Kostentreiber des schweizerischen Gesundheitswesens werden einmal mehr nicht angesprochen, sondern ihre Position im Gegenteil gestärkt, und die isolierten Einzelmassnahmen sind zu einseitig auf Symptombekämpfung mit bürokratischen Mitteln ausgerichtet. Für PKS muss jede gesetzgeberische Intervention in der Gesundheitspolitik, also auch die vorliegende Teilrevision des KVG, drei 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.
	<u>Generelle Beurteilung des Teilrevisionspakets:</u> Die Zielsetzung des Bundesrats, die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ohne Qualitätsverlust zu dämpfen, ist richtig und politisch nachvollziehbar. Dieses Ziel wird aber mit dem vorliegenden Paket nicht erreicht werden. Dies aus den folgenden Gründen: - Das KVG setzt die Regeln ausschliesslich für den Finanzierungsbereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. OKP-finanziert (Krankenkassen/Kantone) sind jedoch nur rund 55 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben der schweizerischen Bevölkerung, der Rest wird privat oder über Zusatzversicherungen getragen. Für die privaten Haushalte ist aber die Gesamtbelastung des Gesundheitswesens von Bedeutung. Die Entlastung oder Verminderung der Zusatzbelastung der Haushalte durch die OKP-Massnahmen dürfte – wenn überhaupt vorhanden – also sehr bescheiden sein. Kompensationskosten im Nicht-OKP-Bereich sind ebenfalls wahrscheinlich.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	- Das vorliegende Paket geht die wahren Kostentreiber des Gesundheitswesens kaum an: Der Heimatschutz der Kantone (Überkapazitäten) für die eigenen Spitäler inklusive die milliardenschweren gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Ineffizienz) wird nicht angetastet. Der Nationalrat hat mit der Überweisung der Motion 16.3842 Herzog «Transparenz in der Spitalfinanzierung. Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen» seine Erwartungen in diesem Bereich bekräftigt. - Das Paket muss ergänzt werden durch die Umsetzung von Massnahmen mit dem Ziel, den «Governance-Konflikt der Kantone zu reduzieren». Solche Massnahmen wurden von der Arbeitsgruppe Diener ebenso gefordert (Massnahme M36) wie vom EDI in einem ersten Überblick vom 29.3.2018 als Teil des KVG-Revisionspakets vorgesehen. Auch hier ist das Parlament mit der Überweisung des Postulats 15.3464 Cassis «Krankenversicherungsgesetz. Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone» längst aktiv geworden. Es erstaunt sehr, dass der Bundesrat diese Massnahmen ohne Begründung erneut ignoriert. Das Risiko dieser Teilrevision liegt darin, dass mit einzelnen durchaus richtigen Massnahmen primär Symbolpolitik betrieben wird, ohne die falschen Anreize im System wirksam anzugehen. PKS kann deshalb einzelne zweckmässige Massnahmen aus dem Paket mittragen, warnt aber ausdrücklich vor übertriebenen Erwartungen betreffend die Wirksamkeit der Teilrevision für die Kostendämpfung, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung nicht gefährdet werden 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				1. Experimentierartikel Zustimmung unter Bedingungen: PKS ist bereit, die Einführung eines Experimentierartikels mitzutragen, zweifelt allerdings an der Wirkung der Massnahme. Experimentiermöglichkeiten sind grundsätzlich zu begrüßen, müssen aber unter klaren inhaltlichen Rahmenbedingungen (Vergleichbarkeit) und klar befristet (z.B. 2 Jahre) bewilligt werden. Die Umsetzung im konkreten Fall dürfte auch aus rechtlichen Präzedenzgründen umstritten sein. Zudem lässt bereits die kantonale Zuständigkeit für das Gesundheitswesen die auf einzelnen Regionen beschränkte Umsetzung von Experimenten im Föderalismus zu.	
				2. Rechnungskontrolle Zustimmung: Diese Massnahme verstärkt die eigentlich bereits bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer, eine verständliche Rechnung auch direkt den Versicherten zukommen zu lassen, durch eine Sanktionsmöglichkeit. PKS kann diese Massnahme nachvollziehen.	
				3. Schaffung nationales Tariffbüro Zustimmung: Als Alternative zur heute blockierten Tarifverhandlungssituation und der wiederholten rein politisch motivierten Interventionen des Bundesrats trägt PKS diese Massnahmen mit. Das nationale Tariffbüro müsste ähnlich wie SwissDRG aufgebaut werden.	
				4. Tarifstruktur aktuell halten Zustimmung: Die Datenlieferungspflicht für den ambulanten	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Bereich dürfte eine Voraussetzung für die Arbeit des nationalen Tariftbüros sein, und würde dazu beitragen, einen allzu grossen Rückstand der Tarifstruktur gegenüber der Praxis zu verhindern.	
				5. Massnahmen zur Steuerung der Kosten Ablehnung: Diese Verpflichtung zur Vereinbarung von kostensenkenden Massnahmen zwischen den Tarifpartnern verschiebt das Verhandlungsgewicht einseitig zu den Versicherern. Solche Massnahmen verlangen die Versicherer heute schon, eine neue Verpflichtung dazu ist eine unnötige bürokratische Doppelspurigkeit und schafft falsche Anreize, indem künftig die Finanzsteuerung über das medizinisch Notwendige dominieren würde. Hier würde die medizinische Versorgungsqualität klar negativ tangiert.	
				6. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern Zustimmung mit Skepsis: PKS unterstützt die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Ob die zusätzliche Bundeskompetenz dazu hilfreich ist, bleibt fraglich. Die Versicherer müssten Hand bieten zu sachgerechten Vergütungen entlang der Fallschwere.	
				7. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln Keine Stellungnahme: Aufgrund mangelnder Betroffenheit nimmt PKS nicht Stellung zu dieser Massnahme.	
				8. Beschwerderecht der Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach art. 39 KVG Zustimmung unter Bedingungen: PKS trägt diese Revision grundsätzlich mit, unter den folgenden Voraussetzungen: - Statt die Versichererverbände sollen ausschliesslich die einzelnen Versicherer (Unternehmen) das Beschwerderecht erhalten. - Der Rechtsschutz für Leistungserbringer im Aufnahmeverfahren ist im Interesse der Investitionssicherheit und der	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

[illegible]

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Regionalverband beider Basel physioswiss (Schweizer Physiotherapie Verband)

Abkürzung der Firma / Organisation : RVBB

Adresse : c/o Torge-Nils Eistrup, Präsident RVBB, Postfach, Gasstrasse, 11, 4410 Liestal

Kontaktperson : Evelyn Deeke (Vizepräsidentin RVBB)

Telefon : 078/696 50 59

E-Mail : evelyn.deeke@bb.physioswiss.ch

Datum : 10.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	10

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	Einbau kostendämpfende Massnahmen in den Tarifverträgen: Wie soll die Physiotherapie als Leistungserbringer kostendämpfende Massnahmen in die Verträge einarbeiten, obwohl sie die Arbeit nicht selbst generiert und steuert und lediglich auf Anordnung eines Zuweisers mittels ärztlicher Verordnung behandelt? Diese Forderung kann nur für Zuweiser gelten.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Zwingende Rechnungskopie an Patienten: Die zwingenden Rechnungskopien im tiers payant sollen entweder in den Tarifverträgen abgebildet und somit auch vergütet werden, oder von den Versicherungen den Patienten zugesandt werden.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	Nationale Tariforganisation: Schaffung einer Tariforganisation im ambulanten Bereich: Dies kann nur stimmig sein, wenn es pro Berufsgruppe eine eigene Tariforganisation gibt, diese paritätisch zusammengesetzt ist (1:1 gleich viele Vertreter Berufsgruppe und Versicherer) und die Finanzierung dieser nationalen Tariforganisation gemäss der finanziellen Kraft verteilt wird (d.h. die Versicherer bezahlen entsprechend mehr als die Berufsverbände). Sinnvoll wäre es, dass die Vertretung der ambulanten Leistungserbringer gemäss der von ihnen geleisteten Behandlungsmenge (Selbstständigerwerbende behandeln mehr Patienten als die Spitäler) entsprechend verteilt wird.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	Pflicht der Leistungserbringer der Datenabgabe an den Bundesrat: Der Bundesrat muss zuerst konkreter definieren und publizieren, welche Art und Menge (Stichproben, Totale etc.) von Daten er benötigt, bevor eine Pflicht für die Leistungserbringer eingeführt werden soll. Diese Daten sollen den Kostenträgern nicht zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, da sie über das System des tiers payant, die für sie notwendigen eingereichten Rechnungsdaten der ambulanten Physiotherapie bereits einsehen können.
Fehler! Verweisquelle	Auf ambulante Behandlungen Patientenpauschaltarife: Der ambulante Physiotherapietarif hat in seiner Tarifstruktur auf der Stufe der Tarifpositionen schon Patientenpauschaltarife eingeführt. Wenn es

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

konnte nicht gefunden werden.RVBB	um ein verstecktes Globalbudget gehen würde, lehnt dieses der RVBB generell und vollumfänglich ab!
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	Der Experimentierartikel ist eine Chance und eine gute Sache. Es können dort Pilot-Projekte wie: Direktzugang in der Physiotherapie eingeführt werden. Vorstellbar wären auch Projekte, die interdisziplinär aufgebaut wären, v.a. bei Chronischkranken.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	Grundsätzlich ist zu beachten, dass durch die sehr viel stärkere ökonomische Kraft der Krankenversicherer, diese mehr Möglichkeiten haben Gesetzesänderungen und Massnahmen durchzusetzen, sowie die Massnahmen zur Kostendämpfung zu finanzieren, als kleinere Berufsverbände wie physioswiss. Diese können sich nur über Mitgliederbeiträge finanzieren, von Mitgliedern, die notabene ökonomisch nicht viel zur Verfügung haben. Dies im Gegensatz zu den Krankenversicherern, die durch das Obligatorium der Krankenversicherung automatisch zu Finanzen gelangen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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.RVBB	42	3	3.Satz	Die Kosten für die Rechnungskopie sind im Tarifvertrag des Leistungserbringers Physiotherapie nicht eingerechnet.	Die Versicherung schickt den Patienten eine Rechnungskopie.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	43	5	1.Satz	Einverstanden, so können keine Dumpingsstrukturen von den Versicherern und den Leistungserbringern ausgehandelt werden und somit wird die Patientensicherheit auf der Ebene der Tarifstrukturen gewahrt. Es muss aber im Text besser präzisiert werden, dass dieser Passus sich auf der Stufe der Tarifstruktur abspielt.	Pauschaltarifstrukturen finden auf der Stufe der Tarifverträge statt.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	44	1	2.Satz	 „bleiben vorbehalten“... was bedeutet das konkret?		
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	47 a	1		S. oben bei den allg. Bemerkungen		
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	47 a	2,3,4		Was geschieht, wenn keine Resultate erarbeitet werden? Grundsätzlich steigt die „Regulierungsmacht“ des Bundesrates im Gesundheitswesen zunehmend.		

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	47 b	1, 2, 3		Konkretisierung der notwendigen Daten ist zwingend. Die möglichen Sanktionen sollen den wirtschaftlichen Möglichkeiten der Betroffenen entsprechen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB	47 c	1,2,3		Wie soll physioswiss zu diesen Daten kommen? Soll eine Parallelorganisation zu tarifsuisse gegründet werden? (Finanzierung einer solchen Arbeit?) Oder soll tarifsuisse physioswiss seine Daten aus dem System tiers payant weiterleiten? Was geschieht mit den Daten der Leistungserbringer, die nicht im Berufsverband organisiert sind?	Vorschlag: das Bundesamt für Statistik soll die Anforderungen an eine Datensammlung formulieren und analog zum System MARS (2. Umfrage) starten und auswerten. Dies wäre eine unabhängige Organisation, die weder die Leistungserbringer noch die Kostenträger bevorteilen würde.
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB		Es stellt sich die Frage, warum nur bei den Leistungserbringern die Kostendämpfungsmassnahmen umgesetzt werden sollen. Im Gesundheitswesen sind es auch die Kostenträger, die Kosten verursachen. Diese sollten ebenfalls in Kostendämpfungspakete eingebunden werden; daher Vorschlag: Es werden nur noch 5 Krankenversicherer schweizweit zugelassen, da die Kosten im Gesundheitswesen und die Prämien auch durch die 60 Organisationen der Krankenversicherungen ausgelöst werden, nicht nur durch die Leistungserbringer. Der Wettbewerb unter den Krankenversicherer wäre mit 5 Krankenversicherungen immer noch gewährleistet. Es müssten flankierende Massnahmen auf der kartellrechtlichen Ebene und eine zusätzliche Änderung des Krankenversicherungsgesetzes in diesem Sinne eingeführt werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.RVBB		Die Krankenversicherer, die in der OKP tätig sind, dürfen keine Zusatzversicherungen mehr anbieten. Entweder bestehen Angebote über das KVG oder über das VVG (Zusatzversicherungen). Dadurch wären Quersubventionierungen innerhalb einer Krankenversicherung nicht mehr möglich.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK

Adresse : Choisystr. 1, 3001 Bern

Kontaktperson : Roswitha Koch

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : roswitha.koch@sbk-asi.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SBK	Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung nehmen zu können.
SBK	Grundsätzlich erkennen wir die Notwendigkeit, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen. Die Vertreter/innen der Pflege sind auch grundsätzlich bereit, hier auf für sie vertretbare Lösungen hinzuarbeiten. Zentrale Kriterien bei der Ausgestaltung von Lösungen sind die Sicherstellung von Behandlungs- und Pflegequalität und Patienten- und Versorgungssicherheit und Rahmenbedingungen, die der Lösung von Tarifierungs- und Entschädigungsfragen förderlich sind. Die vorliegenden Vorschläge fokussieren einseitig auf die Kosten: dies halten wir für zu wenig differenziert. Fragen der Versorgungsqualität und -sicherheit werden zu wenig gewichtet und insbesondere wird zu wenig berücksichtigt, dass und wie die demographische Entwicklung und andere Faktoren die Steigerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen beeinflussen. Die Lösungen müssen finanziell tragbar und vertretbar sein. Es kann nicht sein, dass Massnahmen zur Kostendämpfung bei den Leistungserbringern zu momentan noch nicht absehbaren neuen Kosten führen, welche im Endeffekt auf Kosten der einzelnen Gesundheitsfachpersonen gehen, welche über ihre Mitgliederbeiträge die Verbände finanzieren.
SBK	Wir werden uns zu den folgenden Vorschlägen äussern: -Zwingende Rechnungskopie an PatientInnen -Ambulante Pauschaltarife -Schaffung von Tariforganisationen -Kostenlose Weitergabe von Daten durch Leistungserbringer -Verträge der Tarifpartner zu Massnahmen zur Steuerung der Kosten -Experimentierartikel Wir verzichten hingegen auf eine Stellungnahme zu folgenden Punkten: Referenzpreise für Arzneimittel und Beschwerderecht für Verbände der Krankenversicherer

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SBK	42	3	3	Rechnungskopie: Der SBK stellt sich nicht gegen die Pflicht der Leistungserbringer, im System Tiers payant der versicherten Person eine Rechnungskopie zuzustellen, obwohl dies mit administrativem Mehraufwand verbunden ist. In manchen Tarifverträgen ist dies schon umgesetzt.	-
SBK	43	5		Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife: Der SBK unterstützt die Vorgabe, dass Pauschaltarife im ambulanten Tarif gesamtschweizerisch einheitlichen <i>Tarifstrukturen</i> folgen sollen. Die im erläuternden Bericht erwähnte Präzisierung, dass der Basiswert regional oder kantonal unterschiedlich sein kann, ist aus unserer Sicht zentral und unbedingt beizubehalten. Dass auf eine Pflicht zur Vereinbarung von ambulanten Pauschaltarifen verzichtet wird, ist zwingend beizubehalten. Den Ansatz, die Tarifpartner anzuhalten, regelmässig – gemeinsam - zu prüfen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen, finden wir prüfenswert. Die Einführung von Pauschaltarifen im ambulanten Bereich können wir allerdings nur dann unterstützen, • wenn es sich um zeitlich und inhaltlich klar definierbare	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Problemstellungen handelt; • wenn alle von der Pauschale betroffenen Leistungserbringer (Berufsgruppen) bzw. deren Verbände in die Entwicklung des Tarifs einbezogen sind und sich damit einverstanden erklären können; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung sorgfältig aufgrund fachlicher Kriterien geprüft wird und damit keine pauschale Kürzung von Behandlungszeiten der pflegerischen und medizinisch-therapeutischen Fachpersonen eingeführt wird; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung so angesetzt wird, dass Ansätze zur koordinierten Versorgung damit unterstützt werden (z.B. Einbezug von ergotherapeutischer Nachbehandlung bei der Entwicklung von Pauschaltarifen für handchirurgische Eingriffe); • wenn Faktoren wie Weg-/Zeitentschädigung bei Behandlungen am Domizil des Betroffenen berücksichtigt werden.	
SBK	47a			Schaffung von Tariforganisationen Die Berufsverbände sehen sich selber jetzt schon in der Pflicht, die Grundlagen bereitzustellen, um die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln. Grundsätzlich ist der SBK offen für die Bildung paritätisch besetzter Organisationen, mit dem Auftrag, die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln, vorausgesetzt, dass - pro Leistungserbringerkategorie bzw. Berufsgruppe je eine Tariforganisation geschaffen wird,	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				- die Tarifpartner die Organisationsform und den Betrieb der Tariforganisation selber bestimmen und regeln, - innerhalb der Tariforganisation die Leistungserbringer paritätisch vertreten sind. Eine Zusammenführung aller Tarife innerhalb einer einzigen Tariforganisation lehnen wir entschieden ab.	
SBK	47a	2		Es ist zwingend, dass diese Organisationen schlank und kostengünstig aufgebaut werden können und dass Organisation und Betrieb von den Tarifpartnern selber geregelt werden können. Allfällige Vorgaben dürfen nicht zu kostenaufwändigen Organisationsformen führen, die bei den Berufsverbänden auf Kosten der Berufsangehörigen gehen, welche über ihre Verbandsmitgliedschaften die Aktivitäten ihrer Berufsverbände finanzieren. Dies ist insbesondere für die kleineren Leistungserbringer-Gruppen zentral; die Art der Organisationsform soll daher nicht detailliert festgelegt werden, bzw. die Festlegung der konkreten Organisationsform soll den Verbänden / Versicherern überlassen werden. So kann z.B. eine paritätische Kommission eine mögliche Organisationsform sein. Detaillierte Vorgaben betreffend Organisationsform und Betrieb lehnen wir auf diesem Hintergrund ab.	
SBK	47b	2		Datenbekanntgabe Dass die Leistungserbringer und Versicherer ihrer paritätisch geführten Tarif-Organisation die Daten, welche für die Pflege der Tarifstruktur notwendig sind, zur Verfügung stellen, liegt auf der Hand. Dass Daten an den Bundesrat <i>kostenlos</i> (und unter	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Androhung von Sanktionen) geliefert werden müssen, ist unverhältnismässig; wir lehnen diese Forderung entschieden ab. Die Tarife für die frei Praktizierenden Berufsgruppen im medizinisch-therapeutischen Bereich (Logopädie, Ergotherapie, freiberufliche Pflege, usw.) sind so knapp berechnet, dass keine weiteren Kosten bzw. Lasten ohne entsprechende Entschädigung auf die Leistungserbringer überwältzt werden können. Statistische Erhebungen sind mit enormem Zeitaufwand verbunden und generieren zusätzliche Infrastrukturkosten.	
SBK	47c		Massnahmen zur Steuerung der Kosten Wir finden den Ansatz grundsätzlich interessant, dass die Tarifpartner gemeinsam Massnahmen zum Kostenmonitoring und zur Kostendämpfung festlegen. Die Offenheit, ob diese Massnahmen im Rahmen eines Tarifvertrages oder in einem separaten Vertrag geregelt werden, unterstützen wir.	
SBK	47c	4	Absatz 4 sieht vor, dass Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten <i>gegenüber dem Vorjahr</i> festgelegt werden sollen. Eine solch kurzfristige Orientierung an der Vorjahresentwicklung lehnen wir ab. Diese Periode ist viel zu kurz, Anpassungen auf einer solchen Basis wären wohl kaum seriös. Wir plädieren für einen deutlich längeren Betrachtungszeitraum. Ausserdem bedingt ein solch engmaschiges Monitoring de facto eine jährliche oder Dauer-Erhebung der Daten. Die Berufsverbände haben nicht die finanziellen Mittel, um ein solches Dauer-Monitoring durchzuführen und auf Dauer aufrecht zu	Sie müssen die Periodizität des Monitorings festlegen und Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber der vorgängigen Erhebungsperiode vorsehen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			erhalten. Wir beantragen hier eine offenere Formulierung und mehr Spielraum für die Tarifpartner im Festlegen der Periodizität des Monitorings.	
SBK	59b		Experimentierartikel Grundsätzlich unterstützen wir die Einführung des Experimentierartikels als Instrument zur Innovationsentwicklung. Wir bedauern jedoch, dass der Artikel ausschliesslich auf die Erprobung von Modellen zur Eindämmung der Kosten ausgerichtet ist. Bei aktuellen, wichtigen Ansatzpunkten wie zum Beispiel dem Swiss Medical Borad, oder Projekten/Modellen zu integrierter bzw. Koordinierter Versorgung steht neben einem potentiellen kosteneindämmenden Aspekt die Qualität und Effizienz der Versorgung im Zentrum – ihre Auswirkungen können nicht ausschliesslich durch monetäre Einsparungen beurteilt werden. Andere prüfenswerte Ansatzpunkte wie frühzeitige Arbeitsintegration in der Rehabilitation führen möglicherweise nicht zu Einsparungen im Bereich zur OKP, jedoch in anderen Sozialversicherungen. Projekte dürfen also nicht allein unter dem Aspekt der Kostenwirksamkeit ausgewählt und beurteilt werden. Versorgungssicherheit und -qualität sind ebenso wichtig.	
SBK	59b	2	Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt. Das entspricht grundsätzlich der Definition von Pilotprojekten. Gemäss erläuterndem Bericht müssen aber die Projekte zwar nicht die ganze Schweiz abdecken, aber «...in einem genügenden Umfang». Hier fehlt uns die Berücksichtigung der Tatsache, dass innovative Projekte oft bottom-up, lokal, in kleinem Rahmen und	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				mit kleinen Partnern entstehen.	
SBK	59b	4		Auch wenn wir sehen, dass ein Pilotprojekt nur bei angemessener Beteiligung aussagekräftige, verallgemeinerbare Resultate liefert, lehnen wir die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beteiligung an Pilotprojekten ab. Freiwilligkeit ist für uns eine Voraussetzung für Pilotprojekte; es darf nicht geschehen, dass einzelne Akteure (z.B. Versicherer) einseitig oder sogar gegen den Willen von Leistungserbringern Projekte lancieren können. Damit würde das Prinzip der <i>Tarifpartnerschaft</i> untergraben. Auch lehnen wir ab, dass Projekte von einzelnen Akteuren allein eingereicht werden können; es sind immer alle an dem entsprechenden Prozess oder Bereich beteiligten Akteure einzubeziehen.	-
SBK	59b	5		Bei der Festlegung des Verfahrens, der Zulassungsbedingungen, der Evaluation und der Weiterverfolgung der Pilotprojekte erwarten wir klare Kriterien und Transparenz bei der Vergabe der Projekte.	
SBK	59b	6		Der Bundesrat kann ein Pilotprojekt, das sich als kostenwirksam erwiesen hat, um ein Jahr verlängern. Wenn der Bundesrat in dieser Zeit keinen Entwurf für gesetzliche Grundlagen an das Parlament unterbreitet, tritt es ausser Kraft: - Es dürfen nicht nur die Kosten berücksichtigt werden. Andere Kriterien wie Versorgungssicherheit und -qualität sind zwingend zu beachten. Auch für Pilotprojekte gelten die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich). - Wo Abgeltungsfragen betroffen sind, sind die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt in den üblichen Tarifrevisionsprozess	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				einzuspeisen und nicht via Gesetz einzuführen. - Nicht geklärt ist die Frage, ob allein die Unterbreitung des Entwurfs automatisch zu einer weiteren Verlängerung des Pilotprojekts führt.	
SVBG	59b			Finanzielle Anreize für Projekte sind nicht vorgesehen. Die Gesuchsteller müssen die Finanzierung selber sicherstellen. Das schätzen wir insbesondere für kleinere und nicht von institutionellen Trägern entwickelte Projekte als äusserst kritisch ein: es wirkt innovationshemmend, wenn sämtliche Kosten selber getragen werden müssen. Dies widerspricht der eigentlichen Grundidee eines Experimentierartikels	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 : Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Abkürzung der Firma / Organisation : SBK-ASI

Adresse : Choisystrasse 1, 3001 Bern

Kontaktperson : Yvonne Ribi

Telefon : 031 388 36 36

E-Mail : yvonne.ribi@sbk-asi.ch

Datum : 21.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	4

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Der SBK bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Der SBK ist der Berufsverband der Pflegefachpersonen und vertritt rund 26'000 Mitglieder.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Für den SBK ist es wesentlich, dass bei Diskussionen um Kostensenkungen die Sicherstellung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit im Vordergrund stehen. Auch müssen die Lösungen für unsere Mitglieder finanziell tragbar und vertretbar sein. Es kann nicht sein, dass Massnahmen zur Kostendämpfung bei den Leistungserbringern zu momentan noch nicht absehbaren neuen Kosten führen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Der SBK unterstützt die Stellungnahme des SVBG (Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen) und schliesst sich diesen Positionen an.
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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.					

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Belegärzte-Vereinigung

Abkürzung der Firma / Organisation : SBV

Adresse : Moosstrasse 2, 3073 Gümligen

Kontaktperson : Florian Wanner

Telefon : 031 952 79 05

E-Mail : info@sbv-asmi.ch

Datum : 15.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	3

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Der Bericht und die 38 Punkte, die dem Paket 1 zugrunde liegen, sind nicht systematisch und teilweise auch widersprüchlich. Seit Inkrafttreten des KVG wurden verschiedene Versuche unternommen, seitens Politik Sparmassnahmen durchzubringen. Es wäre an der Zeit, diese einmal zu hinterfragen. Der administrative Aufwand nimmt immer mehr zu. Diese Tätigkeiten und die Regulierungsschwemme seitens Bund/Kantone führen ebenfalls zu einem erheblichen Kostenanstieg. Es wäre an der Zeit, hier ebenfalls auf die Bremse zu stehen.

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3		Ob eine solche Rechnung tatsächlich das Kostenbewusstsein fördert, muss bezweifelt werden. Der „Moral Hazard“, der aufgrund des Versicherungsobligatoriums entstanden ist, fördert eine Selbstbedienungsmentalität, die jegliches Kostenbewusstsein unterdrückt. Es wird erneut eine administrative Mehrbelastung ohne Nutzen geschaffen. Wenn wirklich ein Kostenbewusstsein gefördert werden soll, so müsste das System „Tiers Payant“ zugunsten eines „Tiers Garant“ abgeschafft werden. Nur dann, wenn das Geld beim Patienten effektiv vom Konto abgebucht wird, entsteht ein minimales Kostenbewusstsein.	streichen
	43	5		Das ist eine Absage an die Tarifaautonomie. Die Möglichkeit des subsidiären Tarifeingriffs hat bereits beim Einzelleistungstarif dazu geführt, dass ein Ungleichgewicht zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern entsteht. Die derzeit herrschende Blockade wurde verschärft, weil die Kostenträger davon ausgehen können, dass im Zweifelsfall zu ihren Gunsten entschieden wird. Selbst wenn man nun aber davon ausgehen will, dass diese	<i>„Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen.“</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			subsidiäre Kompetenz überhaupt nötig ist, so ist sie stark einzuschränken. Nach dem Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts, wonach ein Tarifeingriff nicht sachgerecht erfolgen müsse, gilt dies noch viel mehr. Bei Einzelleistungstarifen ist aufgrund der Tatsache, dass sie lediglich Einzelleistungen vergüten, eine rudimentäre Sachgerechtigkeit noch vorhanden, bei Pauschalen ist damit der Willkür Tür und Tor geöffnet. Die Massnahme ist in der Form auch unnötig, im Gegenteil, sie ist kontraproduktiv: Es werden damit keine Pauschalen gefördert, sondern aufoktroiert. Finden die Tarifpartner keine Einigung, bietet das bisherige Regime die Möglichkeit eines Eingriffs. Die Förderung von Pauschalen, die echt und auf Augenhöhe ausgehandelt werden (und nur die), werden jedoch unterstützt. Hier sollen aber regionale Unterschiede, wo sie denn nötig sind, zulässig bleiben. Schliesslich ist es widersinnig, dass Pauschalen auf Einzelleistungstarifen basieren sollen. Solche gebündelten Leistungen sind möglicherweise ein Weg, Pauschalen zu errechnen, aber sicher nicht der einzige.	
	47a		Ein nationales Tariffbüro ist nicht per se schlecht. Allerdings muss das Tariffbüro unabhängig vom Staat funktionieren. Der Bund hätte aufgrund des Rechts, Tarifeingriffe vorzunehmen, einen zu grossen Interessenskonflikt.	Streichen von Abs. 2 und 3.
	47b		Es ist stossend, dass die Leistungserbringer hier in die Pflicht genommen werden und die Kostenträger nicht. Die Kostenträger haben die gleichen Daten ebenfalls zur Verfügung. Daher sind auch die Kosten, die den Leistungserbringern entstehen und die den Kostenträgern vorbehalten bleiben, gleichmässig zu verteilen. Dies hat auch den Vorteil, dass nur diejenigen Daten erhoben	Abs. 1: kostenlos ist zu streichen. Ergänzen: Die Kosten hierfür werden von den Tarifpartnern paritätisch getragen. Abs. 2 ist zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				werden, die wirklich sinnvoll sind, da alle ein Interesse haben, so viel als nötig und so wenig wie möglich zu sammeln. Damit kann auch den Anforderungen der heutigen Datenschutzbemühungen besser Rechnung getragen werden. Der Bundesrat soll aufgrund des oben genannten Interessenkonflikts keinen Zugang zu den Daten haben. Dass dies nicht notwendig ist, zeigt das Beispiel der Swiss DRG AG.	
	47c			Die Massnahmen zur Steuerung der Kosten stellen ein verstecktes Instrument zur Rationierung dar. Das „Globalbudget Light“ bringt die gleichen Probleme mit sich, die das Globalbudget auch mit sich bringt. Es handelt sich hier um ein Mittel, das bisher überall zu einer Einschränkung des Zugangs zu medizinischer Leistungen geführt hat. Eine Rationierung bedeutet aber stets eine Zweiklassenmedizin. Es ist illusorisch zu denken, dass die Schweiz hierbei eine Ausnahme darstellte.	streichen
	53	1bis		Ein Ausweiten des Beschwerderechts ist abzulehnen. Die Gefahr, dass dieses Recht missbraucht wird, um Partikularinteressen durchzusetzen, die nichts mit der Sache an sich zu tun haben, ist aus anderen Bereichen, in denen die ideelle Verbandsbeschwerde möglich ist, bekannt. Es ist zu befürchten, dass dieses Beschwerderecht zu unnötigen Blockaden führt, bzw. dazu missbraucht wird, sachfremde Verhandlungen zu kombinieren.	streichen
	59	3	g	Siehe Ausführungen zu Art. 43 Abs. 3	streichen
	59b			Pilotprojekte wären grundsätzlich zu begrüßen, sofern die Massnahmen auch wirklich kostendämpfende Folgen haben. Dies wird aber – wie in der Einleitung bereits erwähnt – aufgrund der Erfahrungen der letzten 20 Jahre bezweifelt werden. So oder so müssen sie unter klaren inhaltlichen Rahmenbedingungen (Vergleichbarkeit) und klar befristet (z.B. 2 Jahre) bewilligt werden.	Der Gesetzestext muss mit diesen an sich selbstverständlichen Rahmenbedingungen ergänzt werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Die Umsetzung im konkreten Fall dürfte auch aus rechtlichen Präzedenzgründen umstritten sein. Zudem lässt bereits die kantonale Zuständigkeit für das Gesundheitswesen die auf einzelnen Regionen beschränkte Umsetzung von Experimenten im Föderalismus zu.	
	MVG 26	1 und 3bis		Siehe Ausführungen zu Art. 47b	Streichen
	UVG 56	3 bis		Siehe Ausführungen zu Art. 47 b. Hinzu kommt, dass im UVG die Heilungskosten im Gesamtzusammenhang gesehen werden müssen: Wenn für die Heilung ein höherer Aufwand zu einer rascheren Genesung führt, wird der Patient rascher wieder in den Arbeitsprozess integriert. Das hat zur Folge, dass wesentlich weniger Unfalltaggelder geleistet werden müssen, womit die Kosten gesamthaft gesehen niedriger sind.	Streichen
	IVG 27 bis			Auch hier ist ein Globalbudget Light abzulehnen. Die Behandlungskosten sind immer im Kontext mit lebenslangen Folgekosten im Fall einer IV-Rente zu sehen. Eine einseitige Betrachtung lehnt die SBV ab.	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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : senesuisse, Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen

Abkürzung der Firma / Organisation : senesuisse

Adresse : Kapellenstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Christian Streit, Geschäftsführer

Telefon : 058 796 99 19

E-Mail : info@senesuisse.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	senesuisse beschränkt sich auf eine Stellungnahme zu denjenigen Inhalten, welche für die Alters- und Pflegeheime in der Schweiz eine Auswirkung zeitigen. Im Jahr 1996 wurde der Verband senesuisse gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 400 Institutionen mit rund 25'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.
	Vorab ist festzuhalten, dass bei den Pflegeheimen mit einem Kostenanteil von nur gerade 6% der OKP-Ausgaben und einer vernachlässigbaren Kostensteigerung kein Einsparpotenzial besteht. Gemessen an der enormen Leistungsfähigkeit dieser Betriebe muss das bestehende Kosten-/ Nutzen-Verhältnis als ausgezeichnet beurteilt werden. Deshalb ist es naheliegend und zu begrüßen, dass in diesem Bereich keine direkten Massnahmen angedacht sind. Vielmehr muss es darum gehen, bei den für über 80% der OKP-Kosten verantwortlichen Spitälern, Ärzten und Medikamenten den Hebel anzusetzen. Dabei ist es sehr wohl wünschenswert, dass die OKP wieder zur Grundversicherung wird, damit auch Familien und weniger gut Verdienende die Prämien bezahlen können. Es kann nicht sein, dass alle wünschbaren Gesundheitsausgaben aus dem Topf einer Basis-Versicherung bezahlt werden: Hierfür soll explizit die Selbstverantwortung und damit Eigenfinanzierung gelten, zudem besteht eine Fülle von Zusatzversicherungen, welche je nach Wunsch und Neigung abgeschlossen werden können.
	Betreffend der vorgeschlagenen Massnahmen, welche unsere Mitglieder betreffen, kommen wir zu folgendem Fazit: • M02: Die Einführung eines Experimentierartikels wird ausdrücklich begrüsst, um ausserhalb des engen Rahmens des KVG innovative Pilotprojekte durchzuführen, welche kostendämpfende Wirkung entfalten könnten. Besonders bei den integrierten Versorgungsmodellen sehen wir noch deutlichen Nachholbedarf – auch in der Alterspflege. Zu prüfen ist dabei die geeignete Finanzierung dieser Projekte. • M09: Auf die Rechnungskontrolle dürfte nach Ansicht von senesuisse durchaus noch mehr Gewicht gelegt werden, soweit es die teuren Leistungen von Spitälern und Ärzten betrifft. Die für Patienten kaum nachvollziehbaren (aber aufgrund der geringen Selbstbeteiligung auch kaum relevanten) Rechnungssummen sind beträchtlich und bedürfen einer genauen Nachkontrolle. Im Bereich der sog. Langzeitpflege (Pflegeheime und Spitex) besteht aufgrund der geringen Beträge und der zusätzlichen Kontrolle durch die Kantone als Hauptkostenträger hingegen kein Bedarf resp. wäre der hierfür benötigte Zeitaufwand in keinem Verhältnis zu den realisierbaren Einsparungen. • M34: Der Vorschlag zur Einsetzung einer nationalen Tariforganisation ist sehr zu begrüßen, damit die jahrelangen Grabenkämpfe und Blockaden einzelner Akteure endlich einer Gesamtbetrachtung weichen. Anstatt jede Detailfrage vor Gericht auszutragen, gilt es mehrheitsfähige Lösungen am runden Tisch zu finden. Dies gilt auch für den Bereich der sog. Langzeitpflege, in welchem das geordnete gemeinsame Gespräch über Themen wie MiGeL-Finanzierung, Pflegemessinstrumente oder OKP-Beitragshöhe sehr zu wünschen wäre.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Gerade die Swiss-DRG zeigt auf, dass eine solche nationale Tariforganisation bestens funktionieren und für das Gesamtsystem gute Lösungen erarbeiten kann. Deshalb sollte entweder diese bestehende Struktur ausgebaut werden (auf alle ambulanten und stationären Leistungen) oder entsprechende Pendanten für den ambulanten Bereich und für die sog. Langzeitpflege geschaffen werden. • Pa.lv. 17.402: Die Pflicht zum Abschluss von Verträgen zur Steuerung der Kosten macht dort Sinn, wo Tarifverträge bestehen. Dies ist im Bereich der Langzeitpflege nicht der Fall, weil an Pflegeheime und Spitex ein vom Bundesrat festgelegter Fixbeitrag bezahlt wird. Da es keine Vertragsfreiheit zu den Vergütungen der Krankenversicherer gibt, kann es auch keine Verträge zur Steuerung der Kosten geben. • Mo. 18.3709: senesuisse wehrt sich vehement gegen ein Mitspracherecht der Krankenversicherer zur Aufnahme der Pflegeheimbetten auf die kantonalen Listen: Dieses wäre unsinnig und kontraproduktiv. Es ist die Aufgabe der Kantone, ein bedarfsgerechtes (Minimal-)Angebot an Pflegeheimen zu erstellen. Bereits heute sind diese mit der Bewilligung neuer Betriebe äusserst zurückhaltend, weil sie die Kosten zum grössten Teil mittragen. Wenn nun auch noch den Versicherern ein Beschwerderecht eingeräumt wird, wären dringend benötigte Pflegeheimprojekte nochmals über Jahre blockiert und die bedürftigen Personen müssten ohne das meist dringend benötigte Angebot auskommen. Besser wäre wünschenswert ein gänzlicher Verzicht auf die Beschränkung der Pflegeheimbetten, wie es der Kanton ZH seit 10 Jahren ohne Probleme und mit viel weniger Administrativaufwand erfolgreich vorlebt. • Palliative Care: Aus Sicht der Pflegeheime ist klar erkennbar, dass eine gute und menschliche Betreuung vor allem am Lebensende dazu beitragen kann, sowohl die Menschenwürde zu stärken als auch die Kosten zu reduzieren. Wer sich in einem umsorgenden Umfeld befindet und mit umfassender Aufklärung und Planung selber mitbestimmen kann, lehnt in der Regel unnötige Eingriffe ab, welche bloss zu einer unbedeutenden Lebensverlängerung bei fragwürdiger Lebensqualität führen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3		Aus Sicht von senesuisse ist es in Ordnung, wenn die Patienten beim Abrechnungssystem <i>tiers payant</i> eine Rechnungskopie erhalten – auch wenn dies gerade im Bereich der Langzeitpflege wiederholt zu Fragen und Aufwand führen kann, weil man den betroffenen Personen die Anwendung der Pflegemessinstrumente kaum erklären kann ...	
	47a			senesuisse begrüsst die Einsetzung von nationalen paritätischen Organisationen zur Lösung von Tarifstreitigkeiten. So können Fragen der Tarifstruktur unter den beteiligten Akteuren analysiert und verbindliche Regelungen getroffen werden. Eine solche Organisation sollte deshalb auch für den Bereich der Pflegeheime und Spitex eingesetzt werden, damit der Dialog gestärkt und die Fragen ausdiskutiert statt ausprozessiert werden.	Ergänzung in Art. 25a KVG: Es wird ein paritätisches Gremium zur Diskussion und Entscheidung von Fragen rund um die Pflegefinanzierung eingesetzt, welches sich aus Kantonen, Versicherern und Leistungserbringern zusammensetzt.
	47c			Die Pflicht zum Abschluss von Verträgen zur Steuerung der Kosten kann dort erfolgen, wo Tarifverträge bestehen. Dies ist im Bereich der Langzeitpflege nicht der Fall, weil an Pflegeheime und Spitex ein vom Bundesrat festgelegter Fixbeitrag bezahlt wird. Deshalb kann die Vorschrift dort nicht gelten. Es gab noch nie einen nationalen Vertrag mit Genehmigung des Bundesrates und dies würde für die vorliegende Thematik keinen Sinn machen.	
	53	1bis		Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsinstitutionen kann nicht behauptet werden, dass es in der Schweiz zu viele Pflegeheime gebe oder dass diese unwirtschaftlich funktionieren. Ein Beschwerderecht der Krankenversicherer zur Aufnahme der Pflegeheimbetten auf die kantonalen Listen wäre unsinnig und kontraproduktiv. Bereits heute werden trotz steigendem	„ ... steht das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen <u>für Spitäler</u> nach Artikel 39 zu.“

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Bedarf und demografischer Entwicklung kaum mehr neue Betriebe bewilligt – auch gerade weil die Kantone als Bewilligungsinstanz den Grossteil der Kosten tragen. Ein Anreiz zum Bau neuer Pflegeheime besteht nur dort, wo expliziter Bedarf ausgewiesen ist oder veraltete Strukturen bestehen. In diesen Fällen sollte im Interesse der Betagten und ihren Angehörigen ein Ausbau des Angebots möglichst schnell realisierbar sein. Dies ist gefährdet, wenn nun auch noch den Versicherern ein Beschwerderecht eingeräumt würde und damit dringend nötige Pflegeheimprojekte nochmals über Jahre blockiert wären. Die bedürftigen Personen wären bedeutend in der Niederlassungsfreiheit eingeschränkt und müssten länger in den Spitälern warten. Wenn Betriebe einer Branche über „Monopolstellung“ verfügen, ist stets die Qualität gefährdet: Nur bei gesundem Wettbewerb und ausreichenden Alternativen scheiden „ungenügende“ Angebote aus (ja: Wir Leistungserbringer wünschen dies). Wie das Scheitern der Planwirtschaft östlicher Staaten gezeigt hat, ist eine staatliche Regulierung nie gleich effizient und wirksam wie die (im Gesundheitswesen noch immer stark regulierte) Wirtschaftsfreiheit. Niemand geht einfach so freiwillig in ein Pflegeheim: Die Angst vor einer Ausweitung der Nachfrage gestützt auf die Vergrösserung des Angebots ist bei dieser Wohnform unbegründet – was unterdessen auch die Krankenversicherer bestätigen.	
	59b		senesuisse begrüsst die Einführung eines Experimentierartikels, wir arbeiten gerne bei innovativen Pilotprojekten mit. Dazu gehören aus unserer Sicht besonders auch solche unter dem Titel der koordinierten und integrierten Versorgungsmodelle für betagte Menschen oder zur einheitlichen Finanzierung. Allerdings fehlt im unterbreiteten Vorschlag die Regelung der Finanzierung solcher Projekte, welche nur dann erfolgreich sein können, wenn die beteiligten Akteure nicht nur ihren zusätzlichen Aufwand sehen.	Ergänzung um eine Regelung der Kostentragung solcher Projekte, zum Beispiel über Prämiegelder.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	25a KVG	Der grösste Teil der OKP-Kosten fällt in den letzten Monaten des Lebens an. Dabei sind viele der noch vorgenommenen Leistungen unter dem Blickwinkel der Lebensqualität und des Nutzens zumindest sehr fragwürdig. Viele Patienten und die an ihrer Stelle entscheidenden Personen würden sich bei genügender Vorbereitung und Aufklärung dagegen entscheiden, „noch alles zu tun, was medizinisch möglich ist“. Gerade die nationale Strategie/Plattform Palliative Care hat eindrücklich gezeigt, was mit Begleitung und Advanced Planning erreicht werden kann, damit Palliativpatienten lebenswürdig Abschied nehmen können. Investitionen in diese vorbereitenden Gespräche und Dokumentationen könnten einen beträchtlichen Teil der Kosten vermeiden helfen, ohne dass darunter die Entscheidungsfreiheit eingeschränkt wäre – ganz im Gegenteil! Deshalb sollte auch unter dem rein finanziellen Aspekt die OKP so ausgerichtet werden, dass für die Vorbereitung von Palliativsituationen nötige Gespräche und Dokumentationen entschädigt werden.	

Per Mail übermittelt
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
Eidgenössisches Departement des Innern
Herr Bundespräsident Alain Berset

Bern, 21. November 2018

Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,

Der Vorstand der SGAIM bedankt sich bestens für die freundlicherweise eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme. Die SGAIM hat sich eingehend mit den im 1. Paket vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung auseinandergesetzt, wird sich nachfolgend aber lediglich zum Referenzpreissystem bei Arzneimitteln sowie zum Experimentierartikel äussern. Betreffs tariflicher Fragen (M34, M25, M15, M09) verweisen wir ausdrücklich auf die Vernehmlassung der Schweizer Haus- und Kinderärzte (mfe). Die darin vertretenen Positionen werden von der SGAIM vollumfänglich unterstützt.

M22 - Referenzpreissystem bei Arzneimitteln –

Art. 52 Abs. 1 Bst. b; Abs 1^{bis} und 3

Die SGAIM erachtet die Einführung eines Referenzpreissystems in der Schweiz für eine geeignete Massnahme zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, ohne dass dies die Qualität der Gesundheitsversorgung negativ beeinflussen würde. Das Ziel der gesetzlichen Änderung, finanzielle Fehlanreize durch die Abgabe von teureren Medikamenten zu beseitigen, wird von der SGAIM unterstützt. Die Einführung des Referenzpreissystems darf jedoch nicht zur einer eingeschränkten Medikamentenliste führen. Dies wäre für die Aufrechterhaltung höchster medizinischer Qualität problematisch.

Die SGAIM bevorzugt Variante 1 «Modell mit Preisabschlag», insbesondere da dadurch der bürokratische Aufwand geringer erscheint und eine schematische Festlegung der Referenz- und Höchstpreise als pragmatischer Weg betrachtet wird. Beim Modell mit Meldesystem (Variante 2) erscheint es als äusserst problematisch, dass eine einschränkende Liste von Medikamenten erstellt wird, welche in regelmässigen Abständen ändert. Behandelnde hätten in diesem Fall regelmässig zu überprüfen, welche Medikamente überhaupt noch vergütet würden, was einen enormen administrativen Aufwand nach sich ziehen würde. Falls ein Medikament von der Liste gestrichen würde, müsste zudem mit dem Patienten über einen Medikamentenwechsel diskutiert werden, was medizinisch nicht in jedem Fall sinnvoll ist und die Qualität der medizinischen Versorgung einschränken kann. Gerade bei multimorbiden Patienten, welche zum Teil sehr unterschiedlichen Medikamenten einnehmen müssen, birgt ein allfälliger Medikamentenwechsel zusätzliche Gefahren, insbesondere auch, weil ein solcher für viele Patient/innen gar nicht nachvollziehbar ist und bei der Einnahme zu gefährlichen Verwirrungen führen kann. Die Überlegungen zur Versorgungssicherheit, welche in der Botschaft ausgeführt werden, werden von der SGAIM sehr unterstützt.

M 02 - Experimentierartikel –

4a. Kapitel: Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung; Art. 59b

Die SGAİM begrüsst, die Einführung eines Experimentierartikels im KVG und die Möglichkeit Pilotprojekte durchführen zu können, ohne dass unmittelbar Gesetzesänderungen vorgenommen werden müssen und eine flächendeckende Einführung ohne Evidenz verlangt wird. Pilotprojekte nur unter der Prämisse zu bewilligen, dass sie zu einer Eindämmung der Kostenentwicklung führen, ist einerseits nachvollziehbar andererseits scheint der SGAİM der Begriff zu eng gefasst. Es ist nicht prioritär die Einsparung von Kosten in den Fokus zu nehmen, sondern bei der Bewilligung darauf zu achten, dass vor allem Projekte berücksichtigt werden, welche einen effizienten und patientenorientierten Ressourceneinsatz forcieren. Es sollten zudem vor allem Projekte gefördert werden, die schon auf einer gewissen erprobten Grundlage basieren und weiterentwickelt werden können. Insofern lehnt es die SGAİM ab, dass nur Projekte bewilligt werden sollen, die noch gar nicht erprobt sind und die sich von bereits bestehenden Modellen grundsätzlich unterscheiden müssen. Vielmehr ist zu fordern, dass auch bereits eingeleitete Initiativen über den Experimentierartikel vertieft, in der Praxis umfassend erprobt werden können und bei denen zum Beispiel die fehlende Datenbasis aufgebaut werden kann. Ansonsten werden aktuelle, auf Eigenverantwortung der Initiant/innen beruhende Projekte benachteiligt, was die Innovation in den nächsten Jahren bis zum definitiven Erlass der neuen KVG Regelung zum Erliegen bringen könnte.

Dass bei der Durchführung von Pilotprojekten der effizienten Auswertung einen hohen Stellenwert eingeräumt werden soll, wird von der SGAİM sehr begrüsst. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es zum Teil schwierig ist, unabhängige und mit dem Schweizerischen Gesundheitssystem vertraute Evaluationsteams zu finden. Pilotprojekte sollen nicht zu einer weiteren Ausdehnung der Bürokratie in der Medizin beitragen. Bei der Bewilligung der Projekte wäre ebenso darauf zu achten, dass verschiedene gleichwertige Initiativen, welche einen ähnlichen Problemkomplex bearbeiten, über ein umfassendes Pilotprojekt koordiniert werden. Zudem ist der Einbezug der Patienten bzw. der Öffentlichkeit in jedem Pilotprojekt zu fordern. Begrüsst wird, dass verschiedene Akteure im Gesundheitsbereich zur Teilnahme an Pilotprojekt verpflichtet werden können, da damit insbesondere auch auf bereits bestehendes Datenmaterial zurückgegriffen werden kann. Bei der Durchführung von Pilotprojekten ist darauf zu achten, dass in der Schweiz zwischen den Landesteilen zum Teil sehr unterschiedliche Vorstellungen einer optimalen Gesundheitsversorgung bestehen.

Die SGAİM fordert, dass neben Pilotprojekten zur Kosteneindämmung insbesondere auch Projekte zur Eindämmung der Mengen oder zur Steigerung der Qualität im Experimentierartikel Eingang finden. Zudem sollten weitere Bereiche, in denen Pilotprojekte möglich sind, im Gesetzesartikel berücksichtigt werden. Es gilt insbesondere die Prävention, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Patienten, die Stärkung des Generalismus bzw. die Verhinderung der zunehmenden Fragmentierung der Medizin sowie Qualitätsprojekte aufzunehmen. Zudem ist darauf zu achten, dass besonders diejenigen Pilotprojekte berücksichtigt werden, welche eine grosse Zahl von Patienten betreffen. Dabei sind vor allem Projekte in der Grundversorgung zu favorisieren und aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung ist dabei ein besonderes Augenmerk auf multimorbid und chronisch kranke Menschen zu legen.

Der Umstand, dass die Aufbau- und Integrationskosten in jedem Fall durch die Akteure der einzelnen Projekte alleine getragen werden müssen, wird patientenfokussierte und

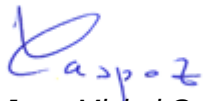
wirklich innovative Projekte benachteiligen. Mit der absolut formulierten Verpflichtung zur Eigenfinanzierung werden vor allem Projekte eingereicht werden, die den Initianten auch einen finanziellen Nutzen bringen. Es ist zu befürchten, dass mit dieser Auflage Ausweichreaktionen zur Optimierung der eigenen Interessen stattfinden werden. Der Experimentierartikel darf nicht dazu genutzt werden, eigene Pfründe zu verteidigen, da Experimente unter Umständen immer auch die Aufgabe von Privilegien bedeuten können.

In Artikel 59b ist vorgesehen, dass das EDI die Bewilligungsbehörde sein wird. Es müsste sichergestellt werden, dass einer Bewilligung die Prüfung durch eine breit zusammengesetzte, alle Anspruchsgruppen (Patienten, Leistungserbringer und Versicherungen, Verwaltung) umfassende Expertengruppe vorausgeht.

Wir bitten Sie höflich um Kenntnisnahme unserer Überlegungen und Ergänzungen.

Freundliche Grüsse

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)



Jean-Michel Gaspoz
Prof. Dr. med.
Co-Präsident



Bernadette Häfliger Berger
Rechtsanwältin
Generalsekretärin



François Héritier
Dr. med.
Co-Präsident

Kopie geht an:

FMH – Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Mfe – Schweizer Haus- und Kinderärzte



Die Schweizer Chirurgeninnen und Chirurgen
Le chirurghe e i chirurgi svizzeri
Les chirurgiennes et chirurgiens suisses

SGC Geschäftsführer /
Directeur de la SSC
Prof. Dr. med. Raffaele Rosso
4g, Via Pongiana
CH-6949 Comano

T +41 (0) 79 674 42 74
raffaele.rosso@sgc-ssc.ch

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	T-Ges
DS	Bundesamt für Gesundheit 12. Dez. 2018					
DG						
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						7
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

Aarau, 11. Dezember 2018

Vernehmlassungsverfahren
Teil Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die
Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 14. September 2018 hat der Bundespräsident und Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI, Alain Berset, die Vernehmlassung in oben genanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet.

Die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie hat im Vorstand dieses Massnahmenpaket analysiert und diskutiert. Anlässlich dieser Diskussion hat die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie sich entschlossen die Stellungnahme der fmCh zu unterstützen zu übernehmen.

In Anhang senden wir Ihnen gerne die die Stellungnahme der fmCh zu.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen

Prof. Dr. med. Raffaele Rosso
Geschäftsführer SGC

Prof. Dr. med. Markus Furrer
Präsident SGC

Kopie geht an:

- fmCh, Dufourstrasse 30, 3005 Bern
- FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, Postfach 300, 3000 Bern 15

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGAP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : PD Dr.med. Dr. phil. Ulrich M. Hemmeter

Telefon : 071-9131202

E-Mail : ulrich.hemmeter@psgn.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	10
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	11

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGAP	Aufgrund der Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen begrüsst die SGAP grundsätzlich den Vorstoss der Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung im Rahmen des Pakets 1. Unter der Voraussetzung des Ziels von schweizweit einheitlichen ambulanten Tarifen ist die Anregung zur Schaffung eines Tarifbüros für den ambulanten durch die Leistungserbringer und Versicherer analog zu Swiss DRG im stationären Bereich grundsätzlich als positiv zu erachten. Diese Organisation sollte jedoch massgeblich durch die Tarifpartner eingesetzt und betrieben werden. D.h. die Tarifpartner stellen auch die Regeln für die Erhebung der notwendigen Daten und daraus folgenden Berechnungen der Kostenentwicklung und –steuerung und dies sich daraus ergebenden Tarifstrukturen auf, da sonst ähnliche Probleme wie bei Swiss DRG, speziell bei der Einführung von Tarpsy - entsprechend unserer Erfahrungen- zu befürchten sind. Dies betrifft insbesondere die Thematik, dass das Fach und dessen fachliche Qualität und Effizienz zumindest in gleicher Weise gewichtet werden muss wie die rein ökonomische Bewertung. Es ist unbestritten, dass eine optimale Steuerung der ambulanten Tarifstrukturen nur durch einen -möglichst alle notwendigen Informationen- umfassenden Datensatz möglich ist. Diese Daten müssen daher an die Tariforganisation geliefert werden, die sich u.E. jedoch durch die Tarifpartner zusammensetzt und die auch den Lead bzgl. der Verarbeitung dieser Daten und der sich daraus ergebenden Vorschläge für die Tarifstruktur hat. Daher sind wir mit einer zentralen Datenerhebung und –lieferung, die die bisherigen ersetzt, einverstanden. Es ist dabei jedoch zu berücksichtigen, dass die Datenlieferung nicht eine deutliche Ausweitung des Dokumentationsaufwands zur Folge hat, der zu einer Kostensteigerung führt, die mögliche Einsparungen negativ kompensiert oder gar zu einer Kostenausweitung führt, ohne dass es zu einer Verbesserung der Behandlung kommt. Diese Erfahrung wird aktuell bei der Einführung von Tarpsy gemacht, indem Kliniken Kodierer einstellen und aus dem laufenden Betrieb finanzieren müssen, damit eine exakte und umfassende Lieferung der geforderten Daten möglich ist. Diese zusätzlich angestellten Kodierer (wie auch zusätzlich notwendige Personen bei den Versicherungen für die Kontrolle) führen gleichfalls zu höheren Kosten. Daher ist unsere Forderung in diesem Zusammenhang ein ausgewogenes Verhältnis im Aufwand der bereit zu stellenden Daten und dem dadurch erzielten Nutzen im Hinblick auf Kostenersparnis ohne Verlust der Qualität. Eine Bewertung dieses Spannungsfeldes kann u.E. nur durch eine Organisation geleistet werden, die direkt durch die Tarifpartner betrieben wird und der die entsprechenden Fachpersonen, die direkt in diese Prozesse im Alltag involviert sind, angehören.
SGAP	Der Vorstoss zu einer Reduktion der in der Schweiz sehr hohen Medikamentenpreise ist zu begrüßen. Beide vorgeschlagenen Modelle stellen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	einen Weg zu diesem Ziel dar. Es ist jedoch zu bedenken, dass nicht nur die Wirkstoffe, sondern auch die Galenik einen Einfluss auf die Wirksamkeit, v.a. aber die Nebenwirkungen eines Medikaments haben kann. Daher muss unseres Erachtens (u.E.) bei Unverträglichkeit eines Medikaments einer Wirkstoffklasse, ggf. auf ein anderes, ggf. teureres Präparat der gleichen Wirkstoffklasse, aber anderer galenischer Zusammensetzung ausgewichen werden können. Es ist auf jeden Fall zu vermeiden, dass durch die vorgeschlagenen 2 Modelle, die Gefahr der Entwicklung einer Zweiklassenmedizin entstehen kann, indem bei OKP-Versicherten wirksame und v.a. verträgliche Medikamente nicht bezahlt werden (bzw. diese hinzubezahlen müssen), und diese nur den Patienten zur Verfügung stehen, die sich dies leisten können. Die vorgeschlagenen Massnahme (Modelle) müssen unter diesem Aspekt bewertet werden. Diese Gefahr –der Zweiklassenmedizin- kann sich –anhand des vorliegenden Entwurfs- auch im Bereich anderer medizinischer Leistungen ergeben. Dies ist u.E. zu vermeiden. Daher muss nicht nur eine „ungerechtfertigte Kostenerhöhungen“ Aufmerksamkeit verdienen, sondern es muss auch die gerechtfertigte Vergütung eines qualitativ besser werdenden medizinischen Angebots gewährleistet bleiben..
SGAP	Den Vorschlag zeitlich begrenzte Pilotprojekte zu den genannten Themen (v.a. einheitliche Finanzierung, Förderung integrierte, koordinierte Versorgung etc.) zu initiieren und zu unterstützen, erachten wir als sehr positiv. Diese Projekte müssen jedoch ebenfalls unter der Leitung der von den Tarifpartnern betriebenen Tariforganisation stehen und dann nach Abschluss transparent mit dem BAG besprochen und über sich daraus ergebende Massnahmen diskutiert werden.
SGAP	Anregung 1: Effizienz und Qualität Der Gesetzesentwurf bezieht sich v.a. auf eine Eindämmung der Kosten durch mengenmässige Einsparung der Leistungen (Abbau von medizinisch nicht sinnvollen Leistungen –wer definiert dies ?).. Es gibt u.E. aber noch andere Möglichkeiten der Kosteneinsparung, v.a. durch Effizienzsteigerung. Hier ist an erster Stelle eine optimale Koordination der Leistungserbringer wichtig und dann v.a. eine Steigerung der Qualität der erbrachten Leistungen, die kontrolliert werden kann, z.B. durch nachgewiesene Teilnahme an zertifizierten Qualitätszirkeln oder zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen (verpflichtend), die durchaus zentral (und dann bundesweit) organisiert werden können. Wir sind überzeugt, dass durch eine Steigerung der Qualität (und Homogenisierung der Qualität) der Leistungen bei den einzelnen Leistungserbringern und eine bessere Vernetzung vermutlich mehr Kosten gespart werden können als durch eine aufwändige Datenerhebung und -auswertung sowie die Limitierung der Leistungen auf rein ökonomischer Basis. Der Entwurf ist nochmals in Bezug auf einen erhöhten administrativen Aufwand zu überprüfen, der dann auch wieder zu Mehrkosten führt. Bezüglich der bereits vorgeschlagenen und konkret benannten Themen der Pilotprojekte sollte eine Arbeitsgruppe zunächst der FMH, dann unter Einbezug der Tarifpartner weitere Möglichkeiten erarbeiten.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Anregung 2: Kostendeckende Finanzierung aller Settings, insbesondere intermediärer und v.a. tagesklinischer Angebote In der Alterspsychiatrie könnte eine kostendeckende Finanzierung von Konsiliar- und Liasionsdienst, mobilen Equipen, Hometreatment etc. zu einer Stabilisierung der Patienten im häuslichen Rahmen und zu einer Reduktion der stationären Kosten führen. Anregung 3: Einheitliche Finanzierung ambulant, intermediär, tagesklinisch stationär Wir würden ein Tariffbüro, das sich mit der Finanzierung aller Setting befasst, bevorzugen, das eine auf einheitlichen Grundsätzen beruhende flexible Finanzierung ermöglicht. Diese Grundsätze könnten i.R. des Experimentierartikels zunächst in Form von Pilotprojekten gerade aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Altersbereich vorgenommen werden (Patienten mit Demenz, Psychosen, psychiatrischer und somatischer Co-Morbidität).. Pauschalen könnten für einzelne gut definierte Leistungen, sowohl für definierte Akutbehandlungen, v.a. aber für chronisch kranke Patienten mit dauerhaft notwendiger Behandlung im ambulanten, tagesklinischen oder intermediären Bereich (über einen Zeitraum von 6 Monaten und länger) von Interesse sein und zu einer finanziellen Planungssicherheit führen. Auch dieser Aspekt könnte im Rahmen des Experimentierartikels (unter Organisation eines Fachgremiums) bearbeitet und überprüft 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SGAP	43	5		Einverstanden	
SGAP.	44	1		Hier müsste weiter recherchiert werden, was dies letztlich bedeutet	
SGAP	47a	1 und 2		Dem kann <u>nur</u> zugestimmt werden, wenn Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewährleistet bleibt. Grundsätzlich würde wir jedoch keine Parallelstruktur zu Swiss DRG, sondern eine Tariforganisation begrüssen, die ambulante, teilstationäre und stationäre Tarife unter einem Dach regelt.	
SGAP	47a	3		Ja, mit folgender Ergänzung	Ergänzen: Die Form und das Ausmaß der inskünftig möglichen Tarifeingriffe durch den Bundesrat sind in gesetzlich verbindlicher Form neu zu definieren.
SGAP	47b	1		Hier sollten Fachkommissionen die Regeln für die Erhebung und Verarbeitung der Daten vornehmen und dem Bundesrat zur Genehmigung vorschlagen	Die Leistungserbringer <u>und Versicherer</u> sind ...
	47b	2		Auch hier sollten Fachkommissionen die Regeln für die Verarbeitung der Daten vornehmen und dem Bundesrat zur Genehmigung vorschlagen, die Rahmenbedingungen für „die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise“ sollten klar und bekannt sein.	Streichen von den folgenden Zeilen „...die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind.“ bis hier streichen Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeits-prinzips.“
	47c	1		Ist ok, unter Berücksichtigung der andernorts zitierten Verhältnismässigkeit sowie qualitativer Entwicklungen, notwendige Kostensteigerungen oder auch Demographie.	Ergänzen: unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit sowie weiterer Einflussfaktoren wie qualitative Entwicklungen, notwendige Kostensteigerungen, demographische Entwicklung
SGAP	47c	4		Es muss definiert werden, was ungerechtfertigte Erhöhung bedeutet, wer dies bewertet und ob dies nur die Quantität betrifft oder ob Qualitätsfaktoren hier eine Rolle spielen Die Berücksichtigung der Qualitätsfaktoren ist zwingend notwendig. Ebenfalls müssten jegliche Regeln zur Korrektur zurückgestellt werden, bis eine befriedigende Definition “ungerechtfertigter Erhöhungen“ im Konsens bei den Tarifpartnern gefunden ist.	Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen (<u>s. Definition</u>) der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr <u>unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien</u> vorsehen.
SGAP.	47c	5	1	Die Definition sollte von den Fachkommissionen vorgenommen werden, die von den Tarifpartnern eingesetzt werden und dem Bundesrat zu Genehmigung vorgelegt werden. Es müssen klare gesetzliche Rahmenbedingungen zur Limitierung der direkten BR – Eingriffe formuliert werden.. Ablehnung eines Globalbudgets als Massnahme,.	Der Bundesrat kann die Bereiche nach Absatz 3 <u>unter Einbezug eines Fachgremiums</u> definieren sowie Grundsätze für die Festlegung der Massnahmen zur Steuerung der Kosten <u>unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit und weiterer Einflussfaktoren</u> (wie s.o.) aufstellen.
	47c	5	2	Dies sollte durch ein Fachgremium oder die Tariforganisation ambulant (oder beide) erfolgen.	Etwas umformuliert: Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					Verbände nicht einigen, so legt ein Fachgremium (ggf. auch das Tariffbüro-ambulant) die Massnahmen zur Steuerung der Kosten unter Berücksichtigung relevanter Einflussfaktoren wie notwendige Kostensteigerung, demographische Entwicklung (u.a.) fest.
SGAP	52a	1		Nicht nur die Wirkstoffzusammensetzung auch die Galenik spielt eine Rolle, v.a. bzgl. Nebenwirkungen	Ergänzen (am Ende) „ <u>Ausgenommen bleiben begründete Abweichungen, beispielsweise wegen Galenik und Nebenwirkungen</u> “
SGAP	52a	2		„das preisgünstigste“ Medikament, hier nicht nur Information über den Preis, der erstattet wird, sondern auch eine Begründung, warum das Mittel genommen wurde	wird <u>und eine Begründung, warum das Mittel genommen wurde, genannt werden. (ergänzen)</u>
	52a	4		Eine Fachkommission müsste dies festlegen.	Etwas umformuliert <u>Eine Fachkommission kann im Auftrag der Tarifpartner und des Bundesrates</u> Voraussetzungen festlegen, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten.
SGAP	52b			Modell1vs.2 – hier gilt, dass es zu keinen Qualitätseinbussen kommen darf und nicht zu einer Zweiklassenmedizin	
SGAP	53			Nein, Gefahr von erhöhtem Aufwand und Kosten !	
SGAP	59b	1		Wird begrüsst	
SGAP	59b	5		Die Fachkommissionen der Leistungserbringer sollten dies regeln	Der Bundesrat regelt <u>unter Einbezug einer Fachkommission</u> das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Evaluation und die

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					Weiterverfolgung der Pilotprojekte.
SGAP.	59b	6		Es kann nicht nur um die Kostenentwicklung, sondern es muss auch um die Qualität der Versorgung gehen und mit dieser in Relation gesetzt werden Es muss auch die gerechtfertigte Vergütung eines qualitativ besser werdenden medizinischen Angebots gewährleistet bleiben.	wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung <u>bei Erhaltung der Qualität der Versorgung</u> wirksam eingedämmt werden 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.

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018

**Vernehmlassungsantwort zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)
betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zum Vorentwurf und zu den Erläuterungen des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» Stellung zu nehmen. Gerne lassen wir Ihnen nachfolgend die Stellungnahme der SGDv zukommen.

1. Einleitende Bemerkungen

Die SGDv sieht aufgrund des Reformstaus im Schweizerischen Gesundheitswesen ebenfalls Handlungsbedarf. Im vorliegenden Massnahmenpaket sind einige begrüssenswerte Massnahmen des Berichts (2017) der vom EDI eingesetzten Expertengruppe aufgenommen worden. Leider wurden auch Elemente integriert, die klar abzulehnen sind.

Besonders kritisch ist der Vorschlag zur «Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner» zu beurteilen. Dieser will die Leistungserbringer und Versicherer dazu verpflichten, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vorzusehen, subsidiär sollen Bund oder Kantone diese Aufgabe wahrnehmen. Dies ist nichts anderes als die Einführung eines Globalbudgets. Die SGDv lehnt jede Form von Globalbudgets und Globalzielvorgaben im Gesundheitswesen ab. Bei Globalbudgets bestimmen die Kosten die Behandlung und nicht umgekehrt. Resultate einer solchen Politik sind Qualitätseinbussen wie bspw. längere Wartezeiten. Auch besteht die Gefahr einer Patientenselektion auf Kosten von chronisch Kranken. Der Entscheid, welche Behandlung angezeigt ist, hat nach medizinischen Kriterien zu erfolgen. Die Einführung von Globalbudgets stellt aus ökonomischer Sicht eine Rationierung dar. Zum Zeitpunkt der Einführung wird unklar sein, wer wie stark betroffen sein wird. Schliesslich dürfte die Massnahme genau jene einkommensschwächeren Haushalte und Personen treffen, die Hilfe benötigen. So droht eine Zweiklassenmedizin.

Darüber hinaus beurteilen wir einige Massnahmen als noch zu wenig ausgereift und kaum wirksam in Bezug auf die erwähnten Zielsetzungen. Gerne nehmen wir dazu im Folgenden detailliert Stellung.

B. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Nachfolgend kommentieren wir neun der zehn Massnahmen des Kostendämpfungspakets 1. Zur Massnahme «Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG» äussern wir uns nicht.

Rechnungsskopie für die Versicherten (Art. 42 Abs. 3 KVG, Art. 59 KVG)

Die SGDVG unterstützt die Massnahme, die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungsskopie statt wie zurzeit auf Verordnungsstufe (Art. 59 Abs. 4 KVV) neu auf Gesetzesstufe festzuhalten. Dass Patientinnen und Patienten eine Rechnungsskopie erhalten, ist bereits heute vorgeschrieben, laut Krankenversicherungsgesetz KVG sowohl im *Tiers garant* als auch im *Tiers payant*. Patientinnen und Patienten sind am besten in der Lage, erbrachte Leistungen und dafür verrechnete Positionen zu vergleichen und allfällige Unstimmigkeit zu beanstanden.

Im Rahmen der praktischen Umsetzung weisen wir auf die dabei entstehenden zusätzlichen Aufwendungen von rund Fr. 1.50 pro Rechnung für Papier-, Porto- und Personalkosten hin. Vor diesem Hintergrund halten wir die Möglichkeit für einen Zustellungsprozess per E-Mail für prüfenswert, wobei dabei der (Patienten-)Datenschutz gewahrt bleiben muss.

Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (Art. 43 Abs. 5 erster Satz KVG)

In einer tarifpartnerschaftlichen Zusammenarbeit mit santésuisse befasst sich die SGDVG, eingebettet in die entsprechende Arbeitsgruppe der fmCh, seit mehr als zwei Jahren intensiv mit der Entwicklung allfälliger ambulanter Pauschaltarife. In den Diskussionen und Modellarbeiten ist feststellbar, dass die Pauschalisierung eine grosse Herausforderung darstellt. Sie kann nur bei ganz konkreten Eingriffen plausibel und wirtschaftlich erfolgen. Vor diesem Hintergrund konnten SGDVG und die Tarifdelegierten mittlerweile 8 brauchbare chirurgische Pauschalen definieren. Bei komplexen chirurgischen Eingriffen und im nicht-chirurgischen ambulanten Sektor bleibt die Pauschalisierung indes sehr schwierig. Der SGDVG ist es aber wichtig, insbesondere auch im Rahmen des Projektes TARCO weiterhin aktiv nach guten Lösungen zu suchen.

Der Bundesrat stellt richtig fest, dass Pauschaltarife nicht für alle Bereiche der Medizin adäquat sind. Unverständlich ist deshalb die Absicht des Bundesrates, schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife vorzuschreiben. Damit wird der existierende Handlungsspielraum des KVG empfindlich eingeschränkt. Eine einheitliche Tarifstruktur macht deswegen wenig Sinn, da im Kalkulationsmodell kantonal unterschiedliche Eckwerte verwendet werden. Für eine Genehmigung durch den Bund müsste das Kalkulationsmodell mit künstlichen Werten versehen werden, was bei der Preisgenehmigung auf Kantonsebene sogleich wieder rückgängig gemacht werden müsste, um reale Eckwerte zu integrieren – ein unnötiges und sachfremdes Verfahren.

Schaffung nationales Tarifbüro / Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen (Art. 47a KVG)

Für die gemeinsame Organisation im stationären Bereich (SwissDRG) gibt der Bundesrat keine Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation vor. Dies soll auch im ambulanten Bereich nicht erfolgen. Die Folge einer solchen Massnahme ist ein Staatstarif, womit der regulierte Teilwettbewerb in der obligatorischen Krankenpflege (OKP) weitestgehend aufgegeben wird. Mit diesem Diktat wird die Vertragsautonomie der Tarifpartner zulasten einer Staatsmedizin durchbrochen. Entsprechend ist Abs. 2 ersatzlos zu streichen. Seitens der SGDVG ist zu begrüssen, dass der

Gesetzesentwurf vorsieht, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer eine zwingend paritätisch besetzte Organisation einsetzen. Die SGDv unterstützt die Schaffung eines nationalen Tariffbüros für den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt.

Tarifstruktur aktuell halten / Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen (Art. 47b KVG)

Es entbehrt jeglicher rechtlichen Grundlage, Verbände mit der Überlieferung der Daten zu beauftragen. Die Verbände sind in der Regel Vereine nach Art. 60 ff. ZGB. Daraus folgt, dass ihnen die Mittel zur Durchsetzung solcher Aufgabe schlechterdings nicht zur Verfügung stehen. Daran würden auch Sanktionen gegen säumige Verbände nichts ändern. Vereinen stehen nur sehr beschränkte Sanktionsmöglichkeiten gegen ihre eigenen Mitglieder zur Verfügung. Während die Vereine nur mit Mühe imstande sind, die verlangten Vollerhebungen durchzuführen, würde es ihre Möglichkeiten definitiv übersteigen, auch noch für die Richtigkeit der gelieferten Daten zu bürgen.

Heute müssen zudem nur bei der Einreichung eines Tarifes sämtliche Daten für die Genehmigung an den Bundesrat geliefert werden (Art. 59d KVV). Im stationären Bereich gehen die Daten ausschliesslich an die Organisation (SwissDRG) und nicht an den Bundesrat.

Nach Art. 47b KVG (neu) müssten auch dann Daten geliefert werden, wenn kein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Damit wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass der Bundesrat künftig unabhängig von Tarifverhandlungen die Tarife selbst festlegen kann. Diese neue Bestimmung umfasst eine Pflicht zur unbeschränkten und kostenlosen Datenlieferung und ist verknüpft mit Sanktionsmöglichkeiten. Die Grundsätze der Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit sind nicht erfüllt. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner.

Entsprechend ist Abs. 2 ersatzlos zu streichen. Zusätzlich gilt anzumerken: Die Voraussetzungen für die Festlegung, noch Anpassung und Genehmigung sind in keiner Weise definiert. Und: Was bedeutet «Preise»?

Die SGDv unterstützt diese Massnahme deshalb nur teilweise. Selbstverständlich sind der Organisation die Daten kostenlos bekanntzugeben, nicht aber dem Bundesrat. Dieser soll die Daten weiterhin erst dann erhalten, wenn die Tarifanpassung durch die Organisation erfolgt ist.

Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c KVG)

Die Tarifpartner werden dazu verpflichtet, zwecks Reduktion von Mengen- und Kostenerhöhungen Korrekturmassnahmen in Tarifverträgen vorzusehen. Damit sind degressive Tarife absehbar – ab dem Überschreiten eines vorgegebenen Kostenziels.

Die SGDv lehnt diese Massnahme wie eingangs dargelegt vollumfänglich ab, es handelt sich hier um die Einführung von Konzepten, welche letztendlich Globalbudgets bedeuten. Jede Form von Globalbudgets und Globalzielvorgaben im Gesundheitswesen lehnen wir ab. Dies erschwert den Zugang zu nötigen medizinischen Leistungen, wie das schlechte Beispiel anderer Länder wie Deutschland und den Niederlanden zeigt.

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (Art. 52, 52a und 52b KVG)

Die SGDV lehnt ein Referenzpreissystem (beide Varianten) ab, weil dieses zu Versorgungsengpässen führt und die Patientensicherheit gefährdet.

Somit ist auch das Modell mit Meldesystem klar abzulehnen. Es führt zu massivem administrativem Mehraufwand und ist nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen.

Art. 52a KVG (neu) enthält eine Bestimmung, die sich auf eine Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis bezieht. Diese Bestimmung ist unter dem Aspekt der Patientensicherheit nicht tragbar. Wer definiert «gleiche medizinische Eignung»? Was heisst «gleiche medizinische Eignung»? In diesem Kontext ist auf haftpflichtrechtliche Risiken hinzuweisen.

Aus medizinischer Sicht gilt zudem festzuhalten, dass bei systemisch wirkenden Generika Unterschiede im Wirkstoffspiegel gegenüber dem Originalpräparat bestehen können. Bei den Zulassungsbehörden wird in der Regel eine mittlere Streubreite von 80 bis 125% akzeptiert, so dass die Austauschbarkeit von Generika untereinander nicht à priori angenommen werden kann. Zusätzlich kann die Aufnahme des Wirkstoffes aus dem Magendarmtrakt durch unterschiedliche Hilfsstoffe oder unterschiedliche Struktur der Tabletten divergieren. Zusammenfassend kann es also bei einem Präparatewechsel zu einem Wirksamkeitsverlust oder zu vermehrten Nebenwirkungen kommen. Ein solcher sollte bei laufender Therapie nur unter sorgfältiger Nutzen-/Risiko-Abschätzung und der notwendigen Überwachung erfolgen. Finanzielle Überlegungen dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen.¹

Um einem Modell mit Preisabschlag zustimmen zu können, wären zentrale Änderungen an der Vorlage zwingend:

- Für die Patientensicherheit ist nicht nur der Wirkstoff, sondern auch die Galenik eines Arzneimittels entscheidend. Die Galenik ist entscheidend für die Verträglichkeit und für die Wirksamkeit. Dieser Tatsache wird im Vorschlag keine Rechnung getragen.
- Gemäss Art. 52b Abs. 1 KVG (neu) soll ein Referenzpreis und Höchstpreis dann festgelegt werden, wenn drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Entscheidend für die Versorgungssicherheit ist, dass mehrere Lieferanten und nicht nur verschiedene Hersteller auf dem Markt vorhanden sind. Bereits heute bestehende Versorgungsengpässe sind auf Lieferantenausfälle zurückzuführen. Diesbezüglich ist die aktuelle Bestimmung nicht präzise. Neben der bereits bestehenden «out of stock»-Problematik kann es zusätzlich vermehrt zur «out of market»-Problematik kommen und die Auslandabhängigkeit der Schweiz hinsichtlich Medikamentenversorgung wird zunehmen.
- Die in Art. 52b Abs. 5 KVG (neu) angesprochene Periodizität muss mindestens 3 Jahre betragen.

¹ Quelle: Streuli, Rolf A. / Badertscher, Karoline M. (2009): «Generika-Substitution: Was ist zu beachten?», Schweiz Med Forum 2009;9(47):849).

Experimentierartikel (Art. 59b KVG)

Grundsätzlich ist ein Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu begrüßen. Damit können Pilotprojekte ausserhalb des Rahmens des KVG durchgeführt werden.

Die SGDVG unterstützt die Einführung eines Experimentierartikels daher unter folgenden Voraussetzungen:

- Leistungserbringer, Versicherer und Kantone sind gleichwertige Partner.
- Ein Obligatorium zur Teilnahme an einem Pilotprojekt wird abgelehnt. Mit dem Experimentierartikel soll die Möglichkeit geschaffen werden, Pilotprojekte durchzuführen. Es darf daraus keine Verpflichtung entstehen. Abs. 4 ist entsprechend ersatzlos zu streichen.
- Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 scheint uns wenig lösungsorientiert. Die SGDVG schlägt vor, dass die Pilotprojekte von den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden. Der Bundesrat soll bewilligen, überwachen und nach erfolgter Evaluation ggf. Antrag auf Überführung der Bestimmungen in das ordentliche Gesetz stellen.
- Pilotprojekte dürfen nicht alleine aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt werden. Versorgungskriterien sind ebenso zu berücksichtigen.

Massnahmen in der Unfall- und Militärversicherung (Art. 26 Abs. 1 und 3 MVG, Art. 56 Abs. 1 und 3bis UVG)

Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV im Rahmen eines Kostendämpfungsprojektes im Rahmen des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie z.B. die Einführung eines Globalbudgets, welche in diesen weiteren Sozialversicherungszweigen gesetzlich verankert werden sollen. Der Bundesrat will die Bestimmungen über die Steuerung der Kosten (also das Globalbudget) nicht nur im KVG, sondern auch im MVG und UVG einführen. Gesetzliche Bestimmungen im UVG bzw. MVG sollen im Rahmen einer UVG- bzw. MVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG.

Da diese Versicherungen nach dem Naturalleistungsprinzip funktionieren, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die SGDVG lehnt das Globalbudget auch im MVG und UVG ab. Damit der Bundesrat die Tarife festlegen kann, benötigt er die dafür notwendigen Daten. Dies lehnt die SGDVG gemäss obiger Argumentation ebenfalls ab.

Massnahmen in der Invalidenversicherung (Art. 27 Abs. 6 und Art. 27bis IVG)

Nicht nachvollziehbar ist, warum so ein wichtiger Sozialversicherungszweig wie die IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprojektes im Rahmen des KVG abgehandelt wird. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie z.B. die Einführung eines Globalbudgets, welche in diesem weiteren Sozialversicherungszweig gesetzlich verankert werden sollen. Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen einer IVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG.

Da diese Versicherung nach dem Naturalleistungsprinzip funktioniert, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die SGDVB lehnt das Globalbudget auch im IVG ab. Die Datenlieferung lehnt die SGDVB gemäss obiger Argumentation ebenfalls ab.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'C' followed by a flourish.

Dr. med. Carlo Mainetti
Präsident SGDVB

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, IBDnet, Crohn Colitis Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : SGG, IBDnet, CCS

Adresse : IBDnet, 8000 Zürich

Kontaktperson : Prof. Dr. med. Stephan Vavricka

Telefon : 044 500 39 00

E-Mail : stephan.vavricka@hin.ch

Datum : 13.12. 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	13
Weitere Vorschläge	14
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	15

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SGG IBDnet CCS	Die Unterzeichner dieser Vernehmlassungseingabe vertreten alle der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie sowie dem IBDnet angehörigen Fachspezialisten im Bereich Gastroenterologie und Hepatologie, sowie rund 3000 Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen aus diesem Fachbereich. <u>A1. Unterzeichner: Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (SGG)</u> Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie ist die standespolitische Organisation der in der Schweiz praktizierenden Gastroenterologen. Die Gesellschaft entstand 2004 aus dem Zusammenschluss der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (SGGH, Gründungsjahr 1935) und der Fachgesellschaft der Schweizer Gastroenterologen (FAGAS, Gründungsjahr 1992). Sie ist die Vertreterin aller Fachärzte für Gastroenterologie in bildungs- und berufspolitischen Belangen und damit eine Fachgesellschaft im Sinne der Statuten der FMH. Sie anerkennt diese für sich und ihre Mitglieder als verbindlich. Sie ist ein multidisziplinäres wissenschaftliches Forum für alle Ärzte und Wissenschaftler mit Hochschulabschluss, die sich mit den Verdauungsorganen und deren Krankheiten befassen. Im Rahmen dieser Stellungnahme wird die SGG von folgenden Fachspezialisten und Co-Präsidenten vertreten: • Prof. Dr. phil. Dr. med. Beat Müllhaupt, Universitätsspital Zürich • <i>Beat Müllhaupt ist Leiter der Hepatologie und stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie am Universitätsspital Zürich (USZ) in der Schweiz. Er ist ausserdem Koordinator des Schweizer HPB-Zentrums (Hepato-Pancreato-Biliary) am USZ. Nach seinem Medizinstudium an der Universität Basel und seiner Ausbildung in Innerer Medizin am USZ absolvierte er ein internationales Forschungsstipendium in Zellbiologie am Veterans Administration Medical Center, Department of Medicine und Liver Center der University of California, San Francisco, USA. Nach seiner Rückkehr ins USZ wurde Professor Müllhaupt Facharzt für Gastroenterologie, bevor er Oberarzt der Gastroenterologie wurde. Er hat seine derzeitige Position im Jahr 2004 übernommen.</i> • <i>Zu den Forschungsinteressen von Professor Müllhaupt zählen chronische Hepatitis C und B und Lebertransplantationen. Er sitzt im Stiftungsrat des Transplantationszentrums im USZ, ist Mitglied der Schweizer Hepatitis-C-Kohortenstudie, war bis Sommer 2018 Vorstandsmitglied der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft zum Studium der Leber (SASL), ist Mitglied des wissenschaftlichen Komitees der Schweizerischen Transplantationsgesellschaft und Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie. Professor Müllhaupt hat mehr als 200 Artikel in internationalen Zeitschriften verfasst oder mitgeschrieben,</i>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

darunter New England Journal, Hepatologie, Journal of Hepatology, Gastroenterologie, Lancet Infectious Diseases und Journal of Viral Hepatitis.

- **PD Dr. med. Christoph Gubler, Universitätsspital Zürich**

- *PD Dr. Christoph Gubler ist Leitender Gastroenterologe am Universitätsspital Zürich, wo er die Endoskopie leitet. Nach dem Medizinstudium an der Universität Zürich, hat er 1994 bei Prof. F. Largiadèr mit einer Arbeit über Nierentransplantations-Abstossung dissertiert und anschliessend eine breite internistischen Ausbildung bis zu leitenden Kaderfunktionen durchlaufen. Den Facharztstitel Innere Medizin erhielt er im Jahre 2000. Im Anschluss bildete er sich zum Gastroenterologen, zum Hepatologen fort und letztendlich spezialisierte er sich auf die interventionelle Endoskopie. Auf diesem Gebiet erlangte er die Venia legendi im Jahre 2013. Klinische Forschung betreffend Interventioneller Endoskopie inkl. Endosonographie/Sonographie ist der Schwerpunkt.*
- *Als langjähriges aktives Vorstandsmitglied der SGGSSG im Ressort Tarife wurde er im Jahre 2016 zum Co-Präsidenten der Gesellschaft gewählt.*
- *An der juristischen Fakultät hat C. Gubler ein CAS MedLaw absolviert mit einer Masterarbeit über juristische Aspekte der Lebertransplantationen.*

A2. Unterzeichner: IBDnet (www.ibdnet.ch)

Das IBDnet ist ein langjährig etablierter gemeinnütziger Ärzteverein im Sinne von Art. 60 ff ZGB, der sich hauptsächlich mit der Diagnose, Therapie und Erforschung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IBD) befasst. Das IBDnet ist eine von der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) anerkannte Arbeitsgruppe und somit Teil der SGG. Mitglieder und Vorstandsmitglieder sind ausschliesslich FMH-Mitglieder mit gastroenterologischem Facharzttitel. Aktuell zählt das IBDnet etwas über 100 Mitglieder und 15 Vorstandsmitglieder. Dies entspricht rund 20-25% der in der Schweiz tätigen Gastroenterologen, darunter weit über 80% derer, die sich klinisch und wissenschaftlich den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als Schwerpunkt widmen.

Das Spektrum von Aufgaben, welche vom IBDnet wahrgenommen werden, ist sehr breit gefächert: von der Fortbildung von medizinischem Assistenzpersonal (jährliche Nurse Workshops), über akkreditierte Fortbildungen für Gastroenterologen (Postgraduate Courses, ECCO-unterstützte Fortbildungen, lokale Workshops), bis hin zu Forschungsprojekten (Swiss IBD Cohort Study, B-IBD Cohort Study, diverse Studien), Erarbeiten von Experten-Empfehlungen, Zusammenarbeit mit der Patientenorganisation und fachlichen Meinungsaustausch mit der Swissmedic bei Neuzulassungen von Medikamenten (Biosimilars) und Diskussionen bei der Vergütung von Therapien. Weiter ist der Verein und ihre Mitglieder europäisch und global engagiert und vernetzt, insbesondere mit der European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), der American Gastroenterological Association (AGA) oder der World Gastroenterologica Association (WGO). Zusammengefasst übernimmt das IBDnet nicht nur eine grosse Verantwortung bei der Weiterentwicklung des Therapiegebietes, der Fortbildung und der medizinischen Forschung, sondern auch bei

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

politischen Fragestellungen, ohne dabei die qualitativ hochstehende medizinische Betreuung des Patienten aus dem Auge zu verlieren.

In der Schweiz leidet ca. 1 von 250 Personen an Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn, aktuelle Studiendaten zeigen eine kontinuierlich steigende Prävalenz. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa gehören zu den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IBD; Inflammatory Bowel Diseases) und sind progredierende Erkrankungen, die das Darmgewebe und somit die Funktion des Darms irreversibel zerstören können. Die Folgen eines späten Therapiebeginns oder nicht adäquat eingestellter Therapie sind ein erhöhtes Komplikationsrisiko, welches wiederum zu Arbeitsunfähigkeit, massiver verringerter Lebensqualität und sozialer Isolation führen kann.

Die ca. 32'000 in der Schweiz lebenden IBD Patienten werden von Gastroenterologen medizinisch betreut. Das IBDnet setzt sich zum Ziel, den IBD Patienten eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung anbieten zu können, die Forschung und Entwicklung im Therapiegebiet voranzutreiben, medizinische Fortbildungen im Therapiegebiet etablieren zu können und medizinisches Assistenzpersonal aus der gastroenterologischen Praxis im Bereich IBD schulen zu können.

Im Rahmen dieser Stellungnahme wird das IBDnet von folgenden Fachspezialisten und Vorstandsmitgliedern vertreten:

Die Ärzte, die diesen Text mitunterzeichnen, sind national und international anerkannte Fachspezialisten im Bereich der Gastroenterologie, insbesondere im Bereich der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.

Die Unterzeichner dieser Vernehmlassungseingabe vertreten rund 4000 IBD-Patienten, die an der Schweizerischen IBD-Kohortenstudie «Swiss IBD Cohort» teilnehmen, und von denen mehr als 700 zudem in ein elektronisches Monitoring eingebunden sind.

- **Prof. Dr. med. Pierre Michetti, La Source, Lausanne**

- *Professor Michetti war Initiator und Leiter der Swiss IBD Cohort Study, die seit 2005 mit jährlich über einer Million Franken vom Schweizer Nationalfonds gefördert wird. Er war auch eines der Gründungsmitglieder von IBDnet und Mitbegründer der European Crohn's and Colitis Organisation, deren Jahreskongress die weltweit grösste wissenschaftliche Zusammenkunft für diesen Fachbereich ist (über 6000 teilnehmende Ärzte im Jahr 2018). Professor Michetti ist ausserordentlicher Professor an der Fakultät für Biologie und Medizin der Universität Lausanne. Derzeit leitet er ein privates IBD-Zentrum. Er war Leiter der Abteilung für Gastroenterologie des CHUV, ordentlicher Professor und Vizedekan der Fakultät für Biologie und Medizin Lausanne. Davor war er Assistenzprofessor an der Harvard Medical School und Co-Direktor des IBD-Zentrums am Beth Israel Deaconess Medical Center in Boston, dem damals grössten IBD-Zentrum von Harvard. Seit über 20 Jahren veröffentlicht er wissenschaftliche Arbeiten über den Einsatz von Biologika zur Behandlung von CED, ihre Nebenwirkungen und Biosimilars.*

- **Prof. Dr. phil. Dr. med. Gerhard Rogler, Universitätsspital Zürich**

- *Gerhard Rogler (* 22.07.1963) erhielt 1992 seine Approbation als Arzt nach einem Studium der Medizin an der Universität*

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Ulm/Deutschland. Neben der medizinischen Promotion promovierte er 1996 auch in Philosophie nach einem Studium der Philosophie in Ulm und Augsburg. 1999 erhielt Gerhard Rogler den Facharztstitel in Innere Medizin und schloss die Habilitation ab. Von 2000 bis 2001 war Gerhard Rogler Gastwissenschaftler am Zentrum für molekulare Medizin, Universität San Diego, Kalifornien. Im Jahr 2003 wurde Gerhard Rogler zum Professor und Leiter des Bereichs Gastroenterologie an der Universität Regensburg berufen. 2007 wurde Gerhard Rogler auf die Novartis Stiftungsprofessur für Gastroenterologie an die Universität Zürich berufen. Er ist Mitglied der International Organisation of IBD Research (IOIBD). Zudem wurde er in den Vorstand (Governing Board) der European Crohns and Colitis Organisation gewählt. 2014 wurde Gerhard Rogler Ordinarius für Gastroenterologie an der Universität Zürich. 2017 wurde er Klinikdirektor der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie in Zürich.

- *Gerhard Rogler veröffentlichte mehr als 500 Pubmed-gelistete Manuskripte mit einem kumulativen Impact-Faktor von > 3000 und wurde mehr als 17.000-mal zitiert. Er erhielt zahlreiche Auszeichnungen und die Ehrenmitgliedschaft der Südafrikanischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SAGES) im Jahr 2013.*

- **Prof. Dr. med. Stephan Vavricka, Altstetten**

- *Stephan Vavricka ist ärztlicher Leiter am Zentrum für Gastroenterologie und Hepatologie in Zürich. Zudem arbeitet er zu 20% am Claraspital in Basel und leitet dort die Sprechstunde für chronisch entzündliche Darmkrankheiten. Nach seinem Medizinstudium am Universitätsspital Zürich und seiner Ausbildung in Innerer Medizin in Winterthur und am USZ absolvierte er ein Forschungsjahr an der University of Chicago. Nach seiner Rückkehr in die Schweiz wurde Professor Vavricka Facharzt für Gastroenterologie und leitete von 2010-2017 die Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie am Stadtspital Triemli, Zürich.*
- *Zu den Forschungsinteressen von Professor Vavricka zählen die chronisch entzündlichen Darmkrankheiten. Er ist Präsident von IBDnet und ist im Vorstand der European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) im Guideline committee. Prof. Vavricka publizierte über 200 Artikel in internationalen Zeitschriften.*

A3. Unterzeichner: Crohn Colitis Schweiz (CCS, ehem. SMCCV)

Crohn Colitis Schweiz (SMCCV) ist eine Initiative zur Selbsthilfe von Patienten für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Sie ist eine Vereinigung, deren Tätigkeit nicht auf Gewinn gerichtet ist, und versucht durch ihre Arbeit, das Verständnis der Öffentlichkeit für die Anliegen und Probleme der Erkrankten zu erwecken und fördern.

Ihr Zweck ist, das Los der an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa Erkrankten zu lindern, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, und damit dem Einzelnen zu mehr Lebensqualität zu verhelfen. Denn der Betroffene braucht neben der kompetenten Hilfe des Arztes auch das Gespräch mit anderen Erkrankten, um seine Krankheit zu akzeptieren und die damit verbundenen familiären und sozialen Probleme bewältigen zu können. Nicht zuletzt

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

beugt der Kontakt mit ebenfalls Betroffenen einer möglichen gesellschaftlichen Isolation vor, da Ängste durch das Ansprechen noch immer tabuisierter Themen abgebaut werden.

Im Rahmen dieser Stellungnahme wird die CCS vom Präsidenten vertreten:

- **Bruno Giardina**

- Ich bin 36 Jahre alt und seit 19.5.2018 Präsident der Crohn Colitis Schweiz, und vertrete in der Funktion die Schweizer Betroffenen einer Chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED). Als selbst Betroffener, kenne ich die Probleme der CED Patienten sehr gut, und weiss wo die Bedürfnisse und Probleme anstehen. Weiter bekomme ich im fast täglichen Austausch mit den knapp 3'000 Mitglieder der Crohn Colitis Schweiz ganz viele Informationen von anderen Betroffenen direkt und stehe somit sehr nahe am Geschehen.

Es steckt viel Herzblut dahinter dieses Engagement im Ehrenamt zu bewältigen, ein grosser Wille das Wohlbefinden der Betroffenen zu optimieren, sowie Hilfe zu leisten einen möglichst einfachen Weg für die Betroffenen bei der Suche nach dem den Umgang mit diesen Krankheiten zu finden. Durch dieses enge miteinander unter Betroffenen spüre ich fast täglich die Wichtigkeit einer guten, korrekten und vor allem einer stabilen Therapie. Für die CED Betroffene ist eine gute Therapie enorm wichtig, damit wir unseren Alltag meistern können. Ein Therapiewechsel bringt immer grosse Unsicherheit, Ängste und Probleme beim Betroffenen mit sich. Ein chronisch kranker Patient wünscht sich grundlegend nur eine stabile Situation. Sobald diese mit einer gewissen Therapie erreicht wurde, möchte der Patient auf gar keinen Fall die Therapie ändern, dies aus verschiedenen Gründen,

- Angst vor einem Rückfall, ein erneuter Schub
 - Angst vor Komplikationen in Verbindung mit einer neuen Therapie
 - Nicht-Eintritt der Wirkung der neuen Therapie.
- Grundlegen können wir sagen, dass die meisten von uns Betroffenen ein sehr gute und offene Beziehung zu dem behandelten Gastroenterologen haben, und meist in einem sehr offenen Austausch die für den jeweiligen Patienten, beste Therapie anstreben. Oft dauert das lange, bis der Patient am Ziel ist und für sich die richtige Therapie findet. Darum finden wir es sehr wichtig, dass dies im Zusammenspiel mit dem Arzt erreicht werden kann sowie dann auch stabil aufrecht behalten werden kann ohne Risiko einzugehen.

B. Stellungnahme

Biologika unterscheiden sich durch die Grösse ihrer Moleküle von chemischen Medikamenten. Während die meisten Medikamente aus kleinen Molekülen bestehen (Molekulargewicht: 150-300 Dalton), sind Biologika, wie z.B. monoklonale Antikörper oder Fusionsproteine sehr viel grösser (Molekulargewicht: 140'000-170'000 Dalton) [1]. Ein im Labor hergestelltes chemisches Molekül (für ein Generikum) lässt sich perfekt kopieren, ein Biologikum dagegen nicht, da es im Bioreaktor von lebenden Zellen in komplexen Prozessen synthetisiert wird, die nicht vollständig kontrollierbar

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

sind. Wenn man versucht, ein Biologikum zu kopieren, entstehen ähnliche aber nicht identische Moleküle. Die in solchen Prozessen hergestellten Kopien werden umfassend getestet, da immer Unterschiede bestehen. Diese Kopien von Biologika heissen daher „Biosimilars“, da sie wie erwähnt ähnlich, aber nicht identisch sind.

Die Arzneimittelzulassungsbehörden (SwissMedic in der Schweiz und EMEA für die Euro-Zone) betrachten bei der Bewertung und Zulassung von Biosimilars vor allem die Labordaten zum Nachweis der strukturellen und funktionellen Ähnlichkeit mit dem Originalpräparat, und akzeptieren geringfügige Abweichungen bei diesen Tests. Es wird normalerweise nur eine einzige klinische Studie in einer klinischen Indikation verlangt, die eine mit dem Original vergleichbare Therapieerfolgsrate und Sicherheit belegen soll [2,3]. Im Fall von Infliximab (Originalname Remicade), dem ersten in Europa und der Schweiz zugelassenen Biologikum zur Behandlung verschiedener entzündlicher Erkrankungen, wurde eine funktionelle Abweichung festgestellt, von der EMEA jedoch als geringfügig beurteilt, da nicht mitverantwortlich für den Therapieeffekt bei rheumatoider Arthritis, der entzündlichen Gelenkerkrankung, an der das Biosimilar getestet wurde [4].

Umfassende Studien zum Vergleich dieses Biosimilars mit seinem Original bei den anderen Erkrankungen, zu deren Behandlung das Original zugelassen ist, darunter Morbus Crohn, hat es erst nach Markteinführung gegeben. Die am häufigsten zitierte Studie ist die norwegische NOR-SWITCH-Studie. Durchgeführt wurde diese Studie im Auftrag bzw. in Kollaboration mit der regionalen Gesundheitsbehörde (Süd-Ost Norwegens) an 482 Patienten mit einer der sechs Erkrankungen, für die das Original-Infliximab zugelassen ist. Das Gesamtergebnis war sehr beruhigend, da der Therapieerfolg unter dem Biosimilar (CT-P13, Remsima oder Inflectra) nur um 4,4 % unter dem des Originalpräparats lag [5]. Bei Morbus Crohn lag diese Differenz jedoch bei -15,3 %, und damit über der von den Forschern präspezifizierten Nichtunterlegenheitsgrenze von -15 % absolut. Dieses Ergebnis wurde durch einen rechnerischen Kunstgriff je nach Sichtweise moduliert bzw. kaschiert, und die Autoren haben die Bedeutung der Subanalysen für die einzelnen Erkrankungen mit dem Verweis auf eine zu geringe Fallzahl heruntergespielt. Die Fachzeitschrift Lancet, in der die NOR-SWITCH-Studie veröffentlicht worden war, hat eine ergänzende Arbeit von Prof. Michetti zur Berichtigung der Auswertungsfehler dieser Studie publiziert, was die Berechtigung seiner Einschätzung bestätigt [6].

Die NOR-SWITCH-Studie leidet noch unter weiteren Mängeln. Zum einen waren die Experten der IO-IBD (einer Organisation von IBD-Experten aus Europa, Amerika und Asien) der Auffassung, die zum Testen einer Nichtunterlegenheit von -15 % erforderliche Fallzahl läge erheblich unter der Fallzahl der NOR-SWITCH-Studie [7]. Insbesondere die Zahl der Morbus Crohn-Patienten habe bei der NOR-SWITCH-Studie für die spezifische Analyse ausgereicht. Dieselben Experten vertraten zudem die Meinung, bei Biosimilars müsse eine Nichtunterlegenheitsgrenze von -10 % angewandt werden [7]. Mit solchen Parametern hätte sich die Studie deutlich anders gelesen.

Zum besseren Verständnis muss darauf hingewiesen werden, dass die NOR-SWITCH-Studie unter einem ernsthaften Interessenkonflikt leidet. Finanziert wurde sie vom norwegischen Staat, der in Norwegen allein für die medizinische Versorgung aufkommt, und daher ein direktes Interesse am Ergebnis der Studie hatte. Einige der Autoren haben im Übrigen direkt für die norwegische Regierung gearbeitet [5], die noch nicht einmal die Veröffentlichung der endgültigen Studienergebnisse abgewartet hat, um die Umstellung auf das Biosimilar für alle Patienten mit den betreffenden Erkrankungen, einschliesslich Morbus Crohn, vorzuschreiben. Eine objektivere Analyse der Ergebnisse dieser Studie hätte die Unterlegenheit des Biosimilars bei einem erheblichen Teil der Patienten (1 von 3) offenbart. Die nichtmedizinische Entscheidung, einem ganzen Land die Umstellung

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

der Therapie vorzuschreiben, ohne nach der Art der Erkrankung zu unterscheiden, wäre dann wohl nicht zustande gekommen.

In der Folge wurde die funktionelle Abweichung dieses Biosimilars dann näher untersucht. Dabei hat sich bestätigt, dass unter diesem Biosimilar insbesondere bei Morbus Crohn nicht so gute Ergebnisse erzielt werden können wie unter dem Original-Infliximab [8]. Interessanterweise haben die Autoren dieser Untersuchungen parallel dazu ein anderes Infliximab-Biosimilar (SB2, Flixabi) getestet, das in Europa bereits zugelassen ist und bald auch in der Schweiz zugelassen werden soll. Dieses zweite Biosimilar weist eine strukturelle Abweichung im gleichen Molekülabschnitt auf, der auch beim ersten Biosimilar eine Abweichung aufweist, die diesem Biosimilar jedoch eine im Vergleich zum Originalpräparat erhöhte Funktion verleiht [8]. An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich Biosimilars voneinander unterscheiden können, und dass es kein Gesetz und keine Rechtsvorschrift gibt, wonach sie untereinander Bedingungen der Biosimilarität erfüllen müssen. Damit wird deutlich, dass bei mehrmaligem Molekülwechsel aufgrund einer nichtmedizinischen Entscheidung ein erhöhtes Risiko allergischer Reaktionen besteht, wenn Patienten ohne jede ärztliche Kontrolle von einem Molekül auf ein anderes mit anderen biologischen Aktivitäten umgestellt werden. Diese mehrmaligen Umstellungen sind nie untersucht worden, weder am Tier noch am Menschen.

Zu einem Zeitpunkt, da andere Biologika frei verfügbar werden, wie beispielsweise Adalimumab, für das sich derzeit sieben Biosimilars in der Zulassung befinden [9], wird die Lage auch für Fachmediziner schwer beherrschbar. Die Durchsetzung von Einsparungen um jeden Preis seitens der Politik ist in einem solchen Kontext gegenüber den Patienten kaum zu rechtfertigen, die auch Bürger dieses Landes sind, und als solche von den Behörden vor einer Produktflut geschützt werden müssen, die nur wieder neue Gefahren mit sich bringt. Eine verstärkte Unterstützung der Patientenregister sollte in Betracht gezogen werden, um sicherzustellen, dass allfällige Probleme so frühzeitig wie möglich erkannt werden.

Biosimilars können durchaus erhebliche Einsparungen ermöglichen, was jedoch nicht den Verzicht auf die Vorteile der Originalpräparate bedeuten sollte. Der Einsatz von Biosimilars muss dort, wo es möglich ist, erleichtert werden, durch Reduzierung des Verwaltungsaufwands bei der Umstellung und durch Schaffung eines Anreizes für die betroffenen Patienten. Zudem können die geringfügigen Unterschiede zwischen Biosimilars und Originalpräparaten, wenn man sie offen anspricht, anstatt sie zu verschweigen, im Rahmen eines individuellen Behandlungskonzepts, das in den Händen des Arztes bleiben muss, einen medizinischen Vorteil bieten.

Abschliessend möchten wir feststellen, dass die Umstellung bei weitem keine harmlose Entscheidung ist, da Biosimilars keine einfachen Generika sind. Die Umstellung von einem originalen Biologikum auf ein Biosimilar muss in jedem Fall eine Entscheidung des Arztes bleiben, die von Einzelfall zu Einzelfall getroffen wird. Eine Umstellung ist keineswegs ein allgemein anerkannter Konsensus. Im Gegenteil, sie ist aktuell Gegenstand einer intensiven Diskussion unter Experten weltweit, wie sinnbildlich einer aktuellen Kontroverse (Erscheinungsdatum 05.12.18) publiziert auf der Seite der amerikanischen Fachgesellschaft gut zu entnehmen ist. Hier nimmt Prof. Brian Feagan – es gibt kaum einen internationalen Experten, der in den letzten Jahrzehnten eine annähernde Zahl von hochrangigen Publikationen und Original-Studien auf dem Gebiet IBD veröffentlicht hat – einen sehr skeptischen Standpunkt ein und kommt zu einer zur Vorsicht mahnenden Konklusion: „In summary, although the use of biosimilars in patients who are starting infliximab has become commonplace and appears to be safe and effective, interchangeability of these products should not be endorsed until controlled studies have established the safety and risk profile of immunogenicity associated with switching.“ (vgl. <http://agaperspectives.gastro.org/biosimilars-in-ibd-interchangeability-is-the-issue/#.XBJFEelxlnI>). Eine Placebo

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Effekt, der zudem möglich und teilweise bewiesen ist muss vermieden werden. Dort, wo eine solche Umstellung ohne Verlust der medizinischen Qualität und ohne Risiko möglich ist, sollte die praktische Durchführung bei den Krankenkassen vereinfacht werden. Die stetig zunehmende Zahl an Biosimilars, die in direkter Konkurrenz zueinanderstehen und sich nur geringfügig voneinander unterscheiden, stellt eine neue Herausforderung für die Medizin dar, die im Auge behalten werden muss.

Referenzen:

1. Kozlowski et al. Developing the nation's biosimilars program. NEJM 2011; 365:385-8.
2. Guideline on Similar Biological Medicinal Products. CHMP/437/04 Rev 1.
3. Guideline on similar biological medicinal products containing monoclonal antibodies – non-clinical and clinical issues. EMA/CHMP/BMWP/403543/2010.
4. EMA/CHMP/589317/2013 Assessment report Remsima pp16-23.
5. Jørgensen et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. Lancet 2017; 389(10086):2304-2316.
6. Michetti P. Efficacy of infliximab biosimilars in patients with Crohn's disease. Lancet 2017; 390(10111):2435.
7. Olivera et al Physicians' perspective on the clinical meaningfulness of inflammatory bowel disease trial results: an International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease (IOIBD) survey. APT 2018;47:773-783.
8. Lee C et al. Glycosylation profile and biological activity of Remicade® compared with Flixabi® and Remsima®. MAbs 2017; 9(6):968-977.
9. Azevedo V, et al, Adalimumab: a review of the reference product and biosimilars. Biosimilars, 2016; 6:29-44.

Wesentliche Punkte

Wir sind der Meinung, dass die folgenden wesentlichen Punkte bei der vorliegenden Änderung des KVG berücksichtigt werden sollten:

- Aus Sicht des Arztes und des Patienten ist der Erhalt der Verschreibungsfreiheit des Arztes von grundlegender Bedeutung, wenn ein sicheres und effizientes Therapieergebnis erzielt werden soll.
- Es ist entscheidend für den nachhaltigen Erfolg einer Behandlung mit Biologika, dass die Patienten nicht ständig von einem auf ein anderes Präparat umgestellt werden. Es ist nicht nachgewiesen, dass wiederholte Biologikawechsel für den Patienten sicher sind und den Behandlungserfolg nicht gefährden. Zudem ist auch die Nachverfolgung von Nutzen und Nebenwirkungen dieser Therapien, die nicht

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	immer sofort erkennbar sind, dann nicht mehr möglich. Um die Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Behandlungen beurteilen zu können, müssen Heilung und Gefahren aus Sicht der Patientensicherheit beurteilt werden. • Für den Arzt ist die Sicherheit der Patienten von ebenso zentraler Bedeutung wie die Wirksamkeit. Keines dieser Ziele darf nur um einer theoretischen Kostendämpfung Willen geschwächt werden. • Die Entscheidung zur Umstellung von einem Biologikum auf ein anderes kann nur von dem behandelnden Arzt getroffen werden, in Absprache mit der Patientin/dem Patienten. • Um biologische Präparate optimal einsetzen zu können, bedarf es langjähriger medizinischer Erfahrung. • Dies ist auch bei biologischen Therapien wichtig, die substituierbar sind (Biosimilars). • Die beiden Vorschläge für die Einführung eines Referenzpreissystems beziehen sich zwar (zu Recht) auf wirkstoffgleiche Arzneimittel (Generika), in dem erläuternden Bericht werden jedoch in diesem Kontext auch die Biosimilars genannt. • Biosimilars sind sowohl im „HD Guide to Approval of Biosimilars“ von Swissmedic als auch in Art. 4 Abs. 1 a^{novies} des revidierten Heilmittelgesetzes definiert als wirkstoffähnliche aber nicht wirkstoffgleiche biologische Arzneimittel. • Aus Gründen der Patientensicherheit, der Wirksamkeit und der Immunogenitätsrisiken sind Biosimilars nicht mit dem Referenzmedikament und vor allem nicht untereinander austauschbar, und können Generika nicht gleichgestellt werden. • Da Biosimilars nicht substituierbar sind, können sie nicht in ein Referenzpreissystem aufgenommen werden. • Die Fachärzte für Gastroenterologie und die Patientenvereinigung Crohn Colitis Schweiz können einem Referenzpreissystem für wirkstoffgleiche Generika unter den folgenden Bedingungen zustimmen: • Die Behandlungs- und Verschreibungshoheit des behandelnden Arztes/Spezialisten bleibt gewahrt. • Das Modell mit Meldesystem wird verworfen, da es mit einem selektiven Zugang der Patienten zu den Arzneimitteln verbunden ist, und ein Akteur allein (der Krankenversicherer) eine Sonderstellung bei der Bewertung der zugelassenen Therapien erhielte.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				<i>Nur Anmerkungen die Bezug nehmen auf einen konkreten Artikel in der Revisionsvorlage KVG, z.B. siehe nächste Zelle</i>	
IBD	52a	4		Günstigkeitsprinzip Therapiefreiheit des Arztes soll berücksichtigt werden Bestehender Art. 52a KVG sagt, dass der Apotheker mit Generika substituieren kann, wenn Arzt nicht ausdrücklich Abgabe des Originals verlangt. Eine ähnliche Regelung ist auch im revidierten KVG aufzunehmen. D.h. Arzt soll im Rahmen der Therapiefreiheit die Abgabe eines bestimmten Arzneimittels zwingend vorschreiben können. In diesem Fall sollen/müssen die Kosten des Arzneimittels ohne Einschränkung von der Krankenversicherung übernommen werden.	⁴ Ist für den behandelnden Arzt die Abgabe oder die Anwendung eines bestimmten Arzneimittels notwendig, kann er die Abgabe oder Anwendung des betreffenden Arzneimittels anordnen. Die Anordnung kann im Rezept oder anderweitig erfolgen. In diesem Fall vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten des betreffenden Arzneimittels.
IBD	52a	5		Entscheide über medizinische Eignung soll beim behandelnden Arzt bleiben, deshalb Abs. 5 streichen.	⁵ Der Bundesrat kann Voraussetzungen festlegen, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 : Alain Di Gallo, Co-Präsident

Telefon : 031 313 88 34

E-Mail : sgkjpp@psychiatrie.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	2
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	3
Weitere Vorschläge	8
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Grundsätzlich begrüsst die SGKJPP Massnahmen zur Kostendämpfung zur Entlastung der OKP. Wir bitten Sie jedoch dringend, den administrativen Aufwand und die Komplexität der Regelungen auf das unbedingt notwendige Mass zu reduzieren. Die Leistungserbringer möchten und müssen ihre ohnehin knappen Ressourcen wieder vermehrt für die Patientinnen und Patienten verwenden. Und Bürgerinnen und Bürger brauchen ein Gesundheitssystem, das sie verstehen und das Anreize setzt, unnötige Leistungen nicht zu beanspruchen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Massn	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag auf Umsetzung von Vorschlägen
	02			Experimentierartikel: JA (Art. 59b KVG) Kommentar Grundsätzlich ist ein Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu begrüßen.	Die SGKJPP unterstützt die Einführung eines Experimentierartikels unter folgenden Voraussetzungen: • Leistungserbringer, Versicherer und Kantone sind gleichwertige Partner. • Ein Obligatorium zur Teilnahme an einem Pilotprojekt wird abgelehnt. Mit dem Experimentierartikel soll die Möglichkeit geschaffen werden, Pilotprojekte durchzuführen. Es darf daraus keine Verpflichtung entstehen. Abs. 4 ist entsprechend ersatzlos zu streichen. • Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 scheint uns wenig lösungsorientiert. Die SGKJPP schlägt vor, dass die Pilotprojekte von den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden. Der Bundesrat soll bewilligen, überwachen und nach erfolgter Evaluation ggf. Antrag auf Überführung der Bestimmungen in das ordentliche Gesetz stellen. • Pilotprojekte dürfen nicht nur aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt werden. Versorgungskriterien sind ebenso zu berücksichtigen.
	34			Schaffung nationales Tariffbüro / Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen: JA (Art. 47a KVG) Kommentar Für die gemeinsame Organisation im stationären Bereich (SwissDRG) gibt der Bundesrat keine Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation vor. Dies soll auch im	Abs. 1 ist so zu ergänzen, dass die Organisation

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				ambulanten Bereich nicht erfolgen. Seitens der SGKJPP wird begrüsst, dass der Gesetzesentwurf vorsieht, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer eine zwingend paritätisch besetzte Organisation einsetzen. Die SGKJPP unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt.	gemeinsam mit den Kantonen gebildet wird. Abs. 2 ist zu streichen, da dies vom Grundsatz im stationären Bereich abweicht und den Spielraum der Tarifpartner und der Kantone unnötig einschränkt. Der Bundesrat kann gemäss Abs. 3 beim Fehlen eingreifen und muss gemäss Abs. 4 die Struktur genehmigen.
	25			Tarifstruktur aktuell halten / Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen: teilweise JA (Art. 47b KVG) Kommentar Heute müssen nur bei der Einreichung eines Tarifes sämtliche Daten für die Genehmigung an den Bundesrat geliefert werden (Art. 59d KVV). Im stationären Bereich gehen die Daten ausschliesslich an die Organisation (SwissDRG) und nicht an den Bundesrat. Nach Art. 47b KVG (neu) müssten auch dann Daten geliefert werden, wenn kein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Damit wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass der Bundesrat künftig unabhängig von Tarifverhandlungen die Tarife selbst festlegen kann. Diese neue Bestimmung umfasst eine Pflicht zur unbeschränkten und kostenlosen Datenlieferung und ist verknüpft mit Sanktionsmöglichkeiten. Die Grundsätze der Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit sind nicht erfüllt. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner. Die SGKJPP unterstützt diese Massnahme deshalb nur teilweise. Sie ist damit einverstanden, der Tariforganisation die Daten kostenlos bekanntzugeben, nicht aber dem Bundesrat. Dieser soll die Daten weiterhin erst dann erhalten, wenn die Tarifierfassung durch die Organisation erfolgt ist.	Abs. 2 ist ersatzlos zu streichen. Zusätzlich gilt anzumerken: Weder die Voraussetzungen für die Festlegung, noch für die Anpassung und Genehmigung sind definiert. Und: Was ist mit «Preise» gemeint?

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	15			Pauschalen im ambulanten Bereich fördern: NEIN (Art. 43 Abs. 5 erster Satz KVG) Kinder und Jugendliche müssen immer innerhalb ihrer Familie, resp. ihres sozialen Umfeldes beurteilt werden. Oft tragen sie mit einem Symptom einen systemischen Konflikt nach aussen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sich dieser Tatsache schon seit langem bewusst und erfasst neben der ICD-Diagnose immer auch sogenannte <i>assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände</i>. Diese sagen oft mehr aus über den Schweregrad der Störung und den Aufwand für Diagnostik und Behandlung als die eigentliche Diagnose. Die Definition von Pauschalen für einzelne Symptombilder oder Prozesse ist deshalb in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum möglich.	
	Pa.IV. 17.402			Massnahmen zur Steuerung der Kosten: NEIN (Art. 47c KVG) Kommentar Die SGKJPP lehnt diese Massnahme vollumfänglich ab. Es handelt sich hier um die Einführung des Globalbudgets. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht aktuell eher eine Unter- als eine Überversorgung. Aufgrund der höheren Sensibilisierung der Bevölkerung für psychisches Leiden und hoffentlich der weiteren Abnahme der Stigmatisierung wird die Inanspruchnahme in den kommenden Jahren zunehmen. Die ambulanten Tarife sind für Praxen bereits heute kaum (die Kinder- und Jugendpsychiatrie steht auf dem letzten Platz der Einkommensliste) und für Ambulatorien nicht kostendeckend. Ein Globalbudget mit degressiven Tarifen ist nicht tragbar.	Diese Massnahmen sind zu streichen.
	22			Referenzpreissystem bei Arzneimitteln: NEIN (Art. 52, 52a und 52b KVG) Kommentar Die SGKJPP spricht sich gegen ein Referenzpreissystem aus, weil dieses zu Versorgungsengpässen führt und die Patientensicherheit gefährdet.	Für ein Modell mit Preisabschlag wären zentrale Änderungen an der Vorlage zwingend: Für die Patientensicherheit ist nicht nur der Wirkstoff, sondern auch die Galenik eines Arzneimittels entscheidend. Die Galenik ist entscheidend für die Verträglichkeit und für die Wirksamkeit. Dieser Tatsache wird im

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Das Modell mit Meldesystem ist klar abzulehnen. Das Modell mit Meldesystem führt zu massivem administrativem Mehraufwand und ist nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen. Art. 52a KVG (neu) enthält eine Bestimmung, die sich auf eine Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis bezieht. Diese Bestimmung ist unter dem Aspekt der Patientensicherheit nicht tragbar. Was heisst und wer definiert «gleiche medizinische Eignung»? In diesem Kontext ist auf haftpflichtrechtliche Risiken hinzuweisen. .	Vorschlag keine Rechnung getragen. - Gemäss Art. 52b Abs. 1 KVG (neu) soll ein Referenzpreis und Höchstpreis dann festgelegt werden, wenn drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Entscheidend für die Versorgungssicherheit ist, dass mehrere Lieferanten und nicht nur verschiedene Hersteller auf dem Markt vorhanden sind. Bereits heute bestehende Versorgungsengpässe sind auf Lieferantenausfälle zurückzuführen. Diesbezüglich ist die aktuelle Bestimmung nicht präzise. Neben der bereits bestehenden «out of stock»-Problematik kann es zusätzlich vermehrt zur «out of market»-Problematik kommen und die Auslandabhängigkeit der Schweiz hinsichtlich Medikamentenversorgung wird zunehmen. - Die in Art. 52b Abs. 5 KVG (neu) angesprochene Periodizität muss mindestens 3 Jahre betragen.
				Rechnungskopie für die Versicherten: JA (Art. 42 Abs. 3 KVG, Art. 59 KVG): Kommentar Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie ist zurzeit auf Verordnungsstufe geregelt (Art. 59 Abs. 4 KVV). Neu wird auf Gesetzesstufe die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie festgehalten. Die SGKJPP unterstützt diese gesetzliche Massnahme. Dass die Patientinnen und Patienten eine Rechnungskopie erhalten, ist bereits heute vorgeschrieben, sowohl im <i>Tiers garant</i> als auch im <i>Tiers payant</i>.	
	09			Rechnungskontrolle stärken	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Massnahmen in der Unfall- und Militärversicherung, NEIN (Art. 26 Abs. 1 und 3 MVG, Art. 56 Abs. 1 und 3bis UVG) Kommentar Gesetzliche Bestimmungen im UVG bzw. MVG sollen im Rahmen einer UVG- bzw. MVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherungen nach dem Naturalleistungsprinzip funktionieren, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die SGKJPP lehnt das Globalbudget auch im MVG und UVG ab. Damit der Bundesrat die Tarife festlegen kann, benötigt er die dafür notwendigen Daten. Dies lehnt die SGKJPP gemäss obiger Argumentation ebenfalls ab.	
				Massnahmen in der Invalidenversicherung: NEIN (Art. 27 Abs. 6 und Art. 27bis IVG) Kommentar Die Vermeidung von Renten bei jungen Menschen mit psychiatrischen Krankheiten ist aktuell eine der Hauptzielrichtungen der IV. Eine Reduktion des Angebots der medizinischen Leistungen im Kinder- und Jugendbereich würde diesen Bestrebungen diametral entgegen laufen und auch ökonomisch keinen Sinn machen. Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen einer IVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherung nach dem Naturalleistungsprinzip funktioniert, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die SGKJPP lehnt das Globalbudget auch im IVG ab. Die Datenlieferung lehnt die SGKJPP gemäss obiger Argumentation 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

Abkürzung der Firma / Organisation : SGPP

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Pierre Vallon, Präsident

Telefon : 031 313 88 33

E-Mail : sgpp@psychiatrie.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	2
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	3
Weitere Vorschläge	7
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Grundsätzlich begrüsst die SGPP Massnahmen zur Kostendämpfung zur Entlastung der OKP. Wir bitten Sie jedoch dringend, den administrativen Aufwand und die Komplexität der Regelungen auf das unbedingt notwendige Mass zu reduzieren. Die Leistungserbringer möchten und müssen ihre ohnehin knappen Ressourcen wieder vermehrt für die Patientinnen und Patienten verwenden. Und Bürgerinnen und Bürger brauchen ein Gesundheitssystem, das sie verstehen und das Anreize setzt, unnötige Leistungen nicht zu beanspruchen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Massn	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag auf Umsetzung von Vorschlägen
	02			Experimentierartikel: JA (Art. 59b KVG) Kommentar Grundsätzlich ist ein Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu begrüßen.	Die SGPP unterstützt die Einführung eines Experimentierartikels daher unter folgenden Voraussetzungen: • Leistungserbringer, Versicherer und Kantone sind gleichwertige Partner. • Ein Obligatorium zur Teilnahme an einem Pilotprojekt wird abgelehnt. Mit dem Experimentierartikel soll die Möglichkeit geschaffen werden, Pilotprojekte durchzuführen. Es darf daraus keine Verpflichtung entstehen. Abs. 4 ist entsprechend ersatzlos zu streichen. • Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 scheint uns wenig lösungsorientiert. Die SGPP schlägt vor, dass die Pilotprojekte von den Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden. Der Bundesrat soll bewilligen, überwachen und nach erfolgter Evaluation ggf. Antrag auf Überführung der Bestimmungen in das ordentliche Gesetz stellen. • Pilotprojekte dürfen nicht alleine aufgrund von Kostenkriterien durchgeführt werden. Versorgungskriterien sind ebenso zu berücksichtigen.
	34			Schaffung nationales Tariffbüro / Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen: JA (Art. 47a KVG) Kommentar Für die gemeinsame Organisation im stationären Bereich (SwissDRG) gibt der Bundesrat keine Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation vor. Dies soll auch im	Abs. 1 ist so zu ergänzen, dass die Organisation

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				ambulanten Bereich nicht erfolgen. Seitens der SGPP wird begrüsst, dass der Gesetzesentwurf vorsieht, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer eine zwingend paritätisch besetzte Organisation einsetzen. Die SGPP unterstützt die Schaffung eines nationalen Tariffbüros für den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt.	gemeinsam mit den Kantonen gebildet wird. Abs. 2 ist zu streichen, da dies vom Grundsatz im stationären Bereich abweicht und den Spielraum der Tarifpartner und der Kantone unnötig einschränkt. Der Bundesrat kann ja gemäss Abs. 3 beim Fehlen eingreifen und muss gemäss Abs. 4 die Struktur genehmigen.
	25			Tarifstruktur aktuell halten / Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen: teilweise JA (Art. 47b KVG) Kommentar Heute müssen nur bei der Einreichung eines Tarifes sämtliche Daten für die Genehmigung an den Bundesrat geliefert werden (Art. 59d KVV). Im stationären Bereich gehen die Daten ausschliesslich an die Organisation (SwissDRG) und nicht an den Bundesrat. Nach Art. 47b KVG (neu) müssten auch dann Daten geliefert werden, wenn kein Tarif zur Genehmigung eingereicht wird. Damit wird die gesetzliche Grundlage geschaffen, dass der Bundesrat künftig unabhängig von Tarifverhandlungen die Tarife selbst festlegen kann. Diese neue Bestimmung umfasst eine Pflicht zur unbeschränkten und kostenlosen Datenlieferung und ist verknüpft mit Sanktionsmöglichkeiten. Die Grundsätze der Zweckmässigkeit und Verhältnismässigkeit sind nicht erfüllt. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner. Die SGPP unterstützt diese Massnahme deshalb nur teilweise. Selbstverständlich sind der Organisation die Daten kostenlos bekanntzugeben, nicht aber dem Bundesrat. Dieser soll die Daten weiterhin erst dann erhalten, wenn die Tarifierfassung durch die Organisation erfolgt ist.	Abs. 2 ist ersatzlos zu streichen. Zusätzlich gilt anzumerken: Die Voraussetzungen für die Festlegung, noch Anpassung und Genehmigung sind in keiner Weise definiert. Und: Was bedeutet «Preise»?

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	15		Pauschalen im ambulanten Bereich fördern: NEIN (Art. 43 Abs. 5 erster Satz KVG) Psychische Kranke müssen immer innerhalb ihres sozialen Umfeldes beurteilt werden. Oft tragen sie mit einem Symptom einen systemischen Konflikt nach aussen. Neben der ICD-Diagnose sind somit immer auch sogenannte <i>assoziierte aktuelle psychosoziale Umstände</i> mit zu erfassen. Diese sagen oft mehr aus über den Schweregrad der Störung und den Aufwand für Diagnostik und Behandlung als die eigentliche Diagnose. Die Definition von Pauschalen für einzelne Symptombilder oder Prozesse ist deshalb in der Psychiatrie anders als in anderen medizinischen Fachrichtungen nicht möglich.	
	Pa.IV. 17.402		Massnahmen zur Steuerung der Kosten: NEIN (Art. 47c KVG) Kommentar Die SGPP lehnt diese Massnahme vollumfänglich ab, es handelt sich hier um die Einführung des Globalbudgets.	Diese Massnahmen sind zu streichen.
	22		Referenzpreissystem bei Arzneimitteln: NEIN (Art. 52, 52a und 52b KVG) Kommentar Die SGPP hat sich gegen ein Referenzpreissystem ausgesprochen, weil dieses zu Versorgungsengpässen führt und die Patientensicherheit gefährdet. Das Modell mit Meldesystem ist klar abzulehnen. Das Modell mit Meldesystem führt zu massivem administrativem Mehraufwand und ist nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen. Art. 52a KVG (neu) enthält eine Bestimmung, die sich auf eine Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis bezieht. Diese Bestimmung ist unter dem Aspekt der Patientensicherheit nicht tragbar. Wer definiert «gleiche medizinische Eignung»? Was	Für ein Modell mit Preisabschlag wären zentrale Änderungen an der Vorlage zwingend: - Für die Patientensicherheit ist nicht nur der Wirkstoff, sondern auch die Galenik eines Arzneimittels entscheidend. Die Galenik ist entscheidend für die Verträglichkeit und für die Wirksamkeit. Dieser Tatsache wird im Vorschlag keine Rechnung getragen. - Gemäss Art. 52b Abs. 1 KVG (neu) soll ein Referenzpreis und Höchstpreis dann festgelegt werden, wenn drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt sind. Entscheidend für die Versorgungssicherheit ist, dass mehrere Lieferanten und nicht nur verschiedene Hersteller auf dem Markt vorhanden sind. Bereits heute beste-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			heisst «gleiche medizinischer Eignung»? In diesem Kontext ist auf haftpflichtrechtliche Risiken hinzuweisen. .	hende Versorgungsengpässe sind auf Lieferantenausfälle zurückzuführen. Diesbezüglich ist die aktuelle Bestimmung nicht präzise. Neben der bereits bestehenden «out of stock»-Problematik kann es zusätzlich vermehrt zur «out of market»-Problematik kommen und die Auslandabhängigkeit der Schweiz hinsichtlich Medikamentenversorgung wird zunehmen. Die in Art. 52b Abs. 5 KVG (neu) angesprochene Periodizität muss mindestens 3 Jahre betragen.
			Rechnungskopie für die Versicherten: JA (Art. 42 Abs. 3 KVG, Art. 59 KVG): Kommentar Die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie ist zurzeit auf Verordnungsstufe geregelt (Art. 59 Abs. 4 KVV). Neu wird auf Gesetzesstufe die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie festgehalten. Die SGPP unterstützt diese gesetzliche Massnahme. Dass die Patientinnen und Patienten eine Rechnungskopie erhalten, ist bereits heute vorgeschrieben, sowohl im <i>Tiers garant</i> als auch im <i>Tiers payant</i>.	
	09		Rechnungskontrolle stärken	
			Massnahmen in der Unfall- und Militärversicherung, NEIN (Art. 26 Abs. 1 und 3 MVG, Art. 56 Abs. 1 und 3bis UVG) Kommentar Gesetzliche Bestimmungen im UVG bzw. MVG sollen im Rahmen einer UVG- bzw. MVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Da diese Versicherungen nach dem Naturalleistungsprinzip funktionieren, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die SGPP lehnt das Globalbudget auch im MVG und UVG ab. Damit der Bundesrat die Tarife festlegen kann, benötigt er die dafür notwendigen Daten. Dies lehnt die SGPP gemäss obiger Argumentation ebenfalls ab.	
				Massnahmen in der Invalidenversicherung: NEIN (Art. 27 Abs. 6 und Art. 27bis IVG) Kommentar Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen einer IVG-Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherung nach dem Naturalleistungsprinzip funktioniert, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Die SGPP lehnt das Globalbudget auch im IVG ab. Die Datenlieferung lehnt die SGPP gemäss obiger Argumentation 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.

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**



Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie
Société Suisse de Chirurgie Du Rachis
Società Svizzera di Chirurgia Spinale
Swiss Society of Spinal Surgery

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH—3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Dübendorf, den 13. Dezember 2018

Vernehmlassungsverfahren

Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994

über die Krankenversicherung; Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern, Bundespräsident Alain Berset, die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet. Wir lassen Ihnen nachstehend die Stellungnahme der FMCH fristgerecht zukommen.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die FMCH anerkennt, dass die Finanzierbarkeit der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) an ihre Grenzen stösst. Sie hat dies der SGK-S mit Schreiben vom 7. November 2017 bereits mitgeteilt. Die Gesundheitskosten explodieren zwar nicht, wie das immer wieder boulevardmässig behauptet wird, aber sie steigen seit Jahren kontinuierlich an. Da gleichzeitig ein Stillstand bei den mittleren und unteren Einkommen besteht, nimmt die Diskrepanz zwischen Kosten und Finanzierbarkeit zu, und dies trotz massiver Prämienverbilligungen durch Bund und Kantone.

Die FMCH anerkennt weiter, dass sich unter den 38 Massnahmen, die eine vom EDI eingesetzte Expertengruppe vorgeschlagen hat, durchaus solche befinden, die zu begrüßen sind und die sie sogar selbst aktiv vorantreibt, wie z.B. den ambulanten

Pauschaltarif. Die FMCH hat dies dem BAG mit Schreiben vom 12. Januar 2018 mitgeteilt. In einem Spitzengespräch mit den BAG-Verantwortlichen am 1. Juni 2018 haben FMCH-Vertreter ihre Bereitschaft erklärt, an der Entwicklung weiterer, zielführender Massnahmen mitzuwirken. Damit folgte die FMCH dem Appell des Bundespräsidenten, der anlässlich der Nationalen Konferenz Gesundheit2020 vom 29. Januar 2018 zu einer aktiven Mitgestaltung der Akteure an den kostendämpfenden Massnahmen aufgerufen hatte.

Im vorliegenden, in Vernehmlassung gegebenen Massnahmenpaket sind einige begrüssenswerte Massnahmen des Expertenberichts aufgenommen worden, wie zum Beispiel der ambulante Pauschaltarif. Leider wurden auch Elemente integriert, die klar abzulehnen sind. Insgesamt bedauert die FMCH, dass massgebende Akteure bei der Erarbeitung des Massnahmenpaketes nicht stärker eingebunden wurden, wie dies aufgrund des bundespräsidialen Appells vom 29. Januar 2018 zu erwarten gewesen wäre. Dies hätte die Erfolgsaussichten der Vorlage deutlich verbessert.

Die FMCH sieht sich ausserstande, zur Vorlage in ihrer Gesamtheit Stellung zu beziehen, das heisst weder in einer generell befürwortenden, noch in einer generell ablehnenden Form. Sie wird deshalb im nachfolgenden Teil zu den einzelnen Massnahmen gesondert Stellung beziehen. Sie bittet das BAG, dies bei der Auswertung der Stellungnahmen so berücksichtigen zu wollen. Die FMCH würde eine subsummierende Auswertung als Verfälschung ihrer Stellungnahme betrachten und zurückweisen müssen.

Weiter bedauern wir gleichfalls, dass die Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) bezüglich Referenzpreissystem der Generika erst für Ende 2018 in Aussicht gestellt wird. Diese sollte heute schon als integraler Bestandteil der Vernehmlassungsdokumente vorliegen. Eine RFA sollte auch zu den anderen vorgeschlagenen Massnahmen durchgeführt werden. Es sei hier daran erinnert, dass das Instrument der RFA zur Untersuchung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Vorlagen des Bundes dient. Zu einem Massnahmenpaket, das sich die Dämpfung der Gesundheitskosten zum Ziel setzt, sollte eine sorgfältige RFA eine Selbstverständlichkeit sein. Es ist enttäuschend, dass dies nicht geschehen ist, umso mehr als RFA's bei Botschaften, in Vernehmlassungsunterlagen sowie bei Verordnungen des Bundesrates *obligatorisch* sind¹.

¹ Vgl. Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF. Regulierungsfolgenabschätzung, Handbuch; März 2013.

2. Spezieller Teil. Stellungnahme der FMCH zu den einzelnen Massnahmen

2.1. Experimentierartikel

Mit Artikel 59b KVG soll ein Experimentierartikel eingeführt werden, welcher innovative und kostendämpfende Pilotprojekte ausserhalb des „normalen“ Rahmens des KVG ermöglicht. Dieser Vorschlag entspricht Massnahme M02 des Expertenberichts und leistet zwei parlamentarischen Motionen Folge (17.3716 „Einführung einer Innovationsbestimmung im Krankenversicherungsgesetz“ und 17.3827 „Pilotversuche im KVG“). Der Vorschlag wird damit begründet, dass sowohl Leistungserbringer als auch Versicherer den Handlungsspielraum für Innovationen bei Tarifen, bei Budgetvereinbarungen oder bei alternativen Versicherungsmodellen zu wenig genutzt hätten, obwohl das KVG diesen Spielraum explizit ermöglichen würde (Art. 41, 43, 54, 55 und 62 KVG). Sinn und Zweck der Pilotprojekte sei festzustellen, ob ein Modell eine kostendämpfende Wirkung habe und folglich gesetzlich verankert werden soll. Pilotprojekte sollen von Kantonen, Krankenversicherern, Leistungserbringern oder Patientenorganisationen eingereicht werden können. Betroffene Akteure sollen zur Teilnahme an solche Pilotprojekte verpflichtet werden können.

2.1.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH begrüsst die dem Experimentierartikel zugrunde gelegte Absicht, die Experimentierfreudigkeit der Akteure des Gesundheitswesens zu fördern. Tatsächlich bietet das KVG weitaus mehr Gestaltungsmöglichkeiten, als dies gemeinhin wahrgenommen wird. Allerdings bezweifelt die FMCH, dass der vorgelegte Gesetzesartikel einen Innovationsschub auslösen wird. Dazu fehlt ihm schlechterdings die rechtliche Grundlage. Ausserdem wirkt er eher abschreckend als motivierend.

Gemäss Art. 59b Abs. 3 soll das EDI Abweichungen vom Gesetz sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmer des Pilotprojektes in einer Verordnung regeln. Die FMCH bezweifelt, dass Abweichungen vom Gesetz mit Erlassen geregelt werden können. Dies würde die in der Schweiz geltende Normenhierarchie auf den Kopf stellen und die Behörde mit Kompetenzen ausstatten, die ihr nicht zustehen und ihr auch ausnahmsweise nicht erteilt werden können. Weiter ist es nicht denkbar, dass OKP-Versicherten, die von Pilotprojekten betroffenen sind, gesetzlich verbürgte Rechte vorenthalten werden können. Dies würde den Geltungsbereich des KVG auf verfassungswidrige Art einschränken und zu einer erheblichen, nicht tolerierbaren Rechtsunsicherheit führen.

Gemäss Art. 59b Abs. 3 sollen betroffene Akteure zur Teilnahme an Pilotprojekten verpflichtet werden können. Auch hier bezweifelt die FMCH, ob eine solche Verpflichtung aus rechtlicher Sicht überhaupt möglich ist. Ausserdem steht diese Bestimmung im Widerspruch zur Feststellung, dass die Handlungsspielräume des KVG zu wenig genutzt würden. Die Nutzung dieser Freiräume setzt Freiwilligkeit, Motivation, Kreativität, Gestaltungswillen, Unternehmergeist, Verantwortungsbewusstsein und, *last but not least*, Sinn für das Gemeinwohl voraus. Zusätzliche Regulierungen und Verpflichtungen wirken jedoch nicht motivierend, im Gegenteil. Pilotprojekte, die zuerst den Hürdenlauf eines behördlichen Genehmigungsverfahrens bestehen müssen und später Akteure, die sich womöglich nicht für das Projekt interessieren, zur Teilnahme verpflichten, sind kaum geeignet, einen Innovationsschub bei kostendämpfenden Massnahmen auszulösen. Die Behörden des Bundes und der Kantone würden viel mehr erreichen, wenn sie die Akteure nur schon zur Nutzung der **bestehenden**, gesetzlich gebilligten Handlungsspielräume ermutigen und, soweit zulässig, unterstützen würden. Wenn beispielsweise FMCH und santésuisse bei der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs, der durchaus den Charakter eines Pilotprojektes aufweist, Unterstützung von den Behörden erfahren würden, würde dies dem Projekt eine zusätzliche Dynamik verleihen.

2.2. Rechnungskontrolle

Die bereits in der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV) enthaltene Bestimmung, wonach der Leistungserbringer verpflichtet ist, der versicherten Person im System des Tiers payant die Kopie der Rechnung zukommen zu lassen, wird neu auf Gesetzesstufe verankert (Art. 42 Abs. 3 Satz 3 KVG). Verstösse gegen diese Bestimmung sollen neu sanktioniert werden können (Art. 59 Abs. 1 erster Satz sowie Art. 59 Abs. 3 Bst. G). Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen sollen auf Verordnungsstufe konkretisiert werden.

2.2.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH und die SGS wird diese Massnahme vollbehaltlich unterstützen. Neben den Versicherern spielt die versicherte Person eine wichtige, vermutlich stark unterschätzte Rolle bei der Rechnungsprüfung. Wie die FMCH im Qualitätsprojekt „FMCH Public Database“ selbst feststellen konnte, ist der Patient das beste Prüforgan für Qualitätsdaten, weil er deren Richtigkeit am besten kontrollieren kann². Diese Erkenntnis lässt sich zweifellos auf die Kontrolle der Rechnung übertragen. Der Patient ist am besten in der Lage, erbrachte Leistungen und dafür verrechnete

² Vgl. <https://www.publicdatabase.ch/>

Positionen zu vergleichen und allfällige Unstimmigkeiten zu beanstanden. Gewiss besteht noch ein grosser Handlungsbedarf bei der Lesbarkeit der Rechnungen. Immerhin kann eine baldige Verbesserung dieser Situation im ambulanten Bereich durch die Schaffung eines ambulanten Pauschaltarifs in Aussicht gestellt werden. Durch die Pauschalierung der häufigsten Eingriffe wird eine massive Vereinfachung des Tarifsystems und damit eine entsprechend verbesserte Lesbarkeit der Rechnungen erreicht werden. Die FMCH und SGS erklärt sich gerne bereit, ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen und bei der Erarbeitung einer Verordnung über die Verständlichkeit der Rechnungen konstruktiv mitzuwirken.

2.3. Tariforganisation im ambulanten Bereich

Gemäss Art. 47a soll nach dem Vorbild der SwissDRG AG auch im ambulanten Bereich eine Tariforganisation eingesetzt werden, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege von schweizweit einheitlichen Tarifstrukturen zuständig ist. Neben den Einzelleistungstarifen sollen neu auch ambulante Pauschaltarife auf einer einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz).

2.3.1. Kommentar der FMCH

Der Erfolg der SwissDRG AG kann mit der alleinigen Einsetzung einer analogen Tariforganisation für den ambulanten Bereich nicht automatisch wiederholt werden. Ohne deren Leistung schmälern zu wollen, muss doch daran erinnert werden, dass die SwissDRG AG die stationäre Tarifstruktur auf der Basis eines bereits existierenden Tarifwerks – GermanDRG – aufbauen und weiterentwickeln konnte. Dabei übernahm die SwissDRG AG das in Deutschland erprobte Konzept eines regelbasierten, datengetriebenen und lernenden Tarifsystems. Diese Faktoren, die der SwissDRG AG zum Erfolg verholfen haben, lassen sich bei ambulanten Tarifstrukturen, die von der Tariforganisation revidiert oder neu erarbeitet werden sollen, nicht ohne weiteres reproduzieren. Die Erfolgsfaktoren sind viel mehr von der Wahl eines geeigneten Tarifsystems als vom alleinigen Vorhandensein einer Institution abhängig. Die Tariforganisation sollte sich an die Besonderheiten des Tarifsystems richten und nicht umgekehrt.

Ein weiterer Erfolgsfaktor der SwissDRG AG ist die gesetzlich ermöglichte Finanzierung der Tariforganisation mittels Fallbeiträgen (Art. 49 Abs. 2 KVG, Art. 59e KVV). Auf diese Weise ist es den Tarifpartnern nicht möglich, durch Zurückhaltung von fälligen Mitgliederbeiträgen die Existenz der Tariforganisation zu bedrohen und damit tarifarische Interessen durchzusetzen, wie dies in TARMED Suisse wiederholt geschah und zu den bekannten Blockaden führte. Leider fehlt eine entsprechende

Bestimmung zur Finanzierung der ambulanten Tariforganisation im vorliegenden Gesetzesentwurf. Ohne geregelte Finanzierung würde die Tariforganisation aber gleich zu Beginn ihrer Existenz mit einem schwerwiegenden Geburtsfehler zu kämpfen haben.

Das Fehlen einer Einstimmigkeitsregel kann ebenfalls als Erfolgsfaktor der SwissDRG AG bezeichnet werden. Damit verfügen die Tarifpartner nicht über eine Veto-Macht, wie sie diese in TARMED Suisse noch hatten und deren Anwendung ebenfalls zu Blockaden führte. Wie sich die Entscheidungsprozesse in einer paritätisch zusammengesetzten Tariforganisation gestalten würden, kann nur schwer vorausgesagt werden. Mit der Möglichkeit von andauernden Patt-Situationen zwischen den Vertretern der Leistungserbringer und denjenigen der Versicherer muss aber gerechnet werden. Wie in dieser Situation vorgegangen werden soll, geht aus dem Gesetzesentwurf nicht hervor. Sollte in solchen Fällen dem Bundesrat die Rolle des Schiedsrichters zufallen, würde faktisch wieder der gleiche Zustand wie heute vorliegen. Damit würde sich die Gründung einer ambulanten Tariforganisation als vergeblich erwiesen haben.

Schliesslich muss erwähnt werden, dass das Bundesamt für Statistik (BFS) einen erheblichen Anteil am Gelingen des Tarifsystems SwissDRG trägt. Dank der kompetenten und unbürokratischen Bewältigung des Antragsverfahrens zur umfangreichen Erweiterung des CHOP-Klassifikation in den Jahren 2008 und 2009 konnte das BFS die Anwendung der neuen Tarifstruktur überhaupt ermöglichen. Die Zusammenarbeit zwischen der SwissDRG AG und dem BFS erwies sich als grosse Herausforderung, da sie weder im Gesetz geregelt war noch von der übergeordneten Instanz koordiniert wurde. Sie gelang trotzdem dank viel guten Willens auf beiden Seiten. Bis zum heutigen Tag sind aber Datenflüsse und Ressourcenfragen nicht zufriedenstellend geregelt, was regelmässig zu Reibungsverlusten führt und die Weiterentwicklung des DRG-Systems dereinst gefährden könnte. Bei der Schaffung einer ambulanten Tariforganisation sollte diesen Erfahrungen gebührend Rechnung getragen werden. Leider wird in der Vorlage mit keinem Wort erwähnt, ob und in welcher Weise das BFS an den Aufgaben einer ambulanten Tariforganisation mitwirken soll. Es ist unverständlich, warum die unter Art. 47b erwähnten Datenflüsse ohne Bezug zu den heute schon bestehenden Artikeln 23 und 59a KVG bzw. Art. 30ff KVV stehen. Sollten neue Datenflüsse, parallel zu den schon bestehenden Datenflüssen, geschaffen werden, würde dies dem Prinzip einer koordinierten, effizienten Datennutzung ohne Doppelspurigkeiten zuwiderlaufen.

Aufgrund dieser Analyse kommt die FMCH zum Ergebnis, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf keine hinreichenden Voraussetzungen für das Gelingen einer ambulanten Tariforganisation erkennbar sind. Diese Sicht wird vorbehaltlos unterstützt vom Vorstand der SGS. Leider wurden die zahlreichen Lehren aus den

positiven und negativen Erfahrungen von TARMED Suisse und der SwissDRG AG nicht genügend berücksichtigt.

Für ein ambulantes Tarifbüro sind verschiedene Modelle denkbar. Darunter existieren solche, die erfolgsversprechend sind. Immerhin wird im Erläuternden Bericht die Möglichkeit skizziert, dass eine Dachorganisation mit Untereinheiten nach Leistungserbringerbereich oder pro Tarifstruktur eine separate Organisation eingesetzt werden könnte. Ein solcher Ansatz könnte zielführend sein. Wie sich dieses Modell mit dem vorgelegten Gesetzestext in Einklang bringen liesse, ist nicht ohne weiteres ersichtlich. Dazu müsste Art. 47a wesentlich genauer formuliert und die Möglichkeit einer Dachorganisation explizit erwähnt werden.

Die FMCH ist gerne bereit, alternative Modelle für das ambulante Tarifbüro zu diskutieren und gegebenenfalls mitzutragen, sofern das gewünscht sein sollte.

2.4. Tarifstruktur aktuell halten (Datenbekanntgabe)

Gemäss Art. 47b sollen die Leistungserbringer verpflichtet werden, Daten an die ambulante Tariforganisation zu liefern, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung, Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen notwendig sind. Ebenso sollen sie, wie auch die Versicherer, diese Daten dem Bundesrat bekanntgeben. Gegen Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer, die gegen diese Pflicht verstossen, sollen Sanktionen ergriffen werden.

2.4.1. Kommentar der FMCH

Wie oben unter 2.3.1. bereits erwähnt, sollten neben den schon bestehenden, gesetzlich festgelegten Datenflüssen keine neuen Datenflüsse geschaffen werden. Das Prinzip einer koordinierten, effizienten Datennutzung ohne Doppelspurigkeiten sollte strikt eingehalten werden. Warum es nicht möglich sein sollte, die benötigten Kosten- und Leistungsdaten auf der Basis der heute schon existierenden Bestimmungen in Art. 23 und 59a KVG bzw. Art. 30 ff. KVV zu erheben, ist nicht nachvollziehbar. Nur weil sich die Bundesstatistiken für den ambulanten Bereich noch im Aufbau befinden, wie es im Erläuternden Bericht heisst, ist das kein Grund, weitere neue Erhebungen „*from the scratch*“ aufzubauen, auch wenn diese ausschliesslich dem Zweck einer behördlichen Aufsicht dienen sollen. Wenn das Only-Once-Prinzip der bundesrätlichen Datenstrategie jemals gelingen soll, so ist heute schon das dazu notwendige Fundament zu legen. Unkoordinierte Mehrfacherhebungen im Nachhinein zusammenzuführen, würde sich als weitaus schwieriger erweisen, als von Beginn an eine durchdachte Datenarchitektur

aufzubauen, auch wenn damit eine gewisse zeitliche Verzögerung in Kauf genommen werden müsste.

Die Verbände mit der Überlieferung der Daten zu beauftragen, ist aus rechtlichen Gründen nicht durchführbar. Die Verbände sind in der Regel Vereine nach Art. 60 ff. ZGB. Daraus folgt, dass ihnen die Mittel zur Durchsetzung solcher Aufgabe schlechterdings nicht zur Verfügung stehen. Daran würden auch Sanktionen gegen säumige Verbände nichts ändern. Vereinen stehen nur sehr beschränkte Sanktionsmöglichkeiten gegen ihre eigenen Mitglieder zur Verfügung. Während die Vereine nur mit Mühe imstande wären, die verlangten Vollerhebungen durchzuführen, würde es ihre Möglichkeiten definitiv übersteigen, auch noch für die Richtigkeit der gelieferten Daten zu bürgen. Doch müsste dies gewährleistet sein, wenn mit der neuen gesetzlichen Regelung eine signifikante Verbesserung der aktuellen Situation erreicht werden soll. Im Ergebnis ist die FMCH der Auffassung, dass die geplanten Datenlieferungen an die ambulante Tariforganisation und an den Bundesrat als behördliche Aufgabe zu definieren und entsprechend einzurichten ist. Sie sollte auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Regelungen organisiert werden.

Eine Datenlieferung an die Kantonsregierungen ist nicht vorgesehen. Wie dem Erläuternden Bericht zu entnehmen ist, sei diese gar nicht nötig, weil es sich bei den zu liefernden Daten vorwiegend um solche handle, welche für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung von Tarifen und Preisen benötigt würden, welche in den Zuständigkeitsbereichen des Bundesrates fielen. Sollte diesem Ansinnen Folge geleistet werden, würden die Kantone faktisch sämtliche Kompetenzen im Tarifbereich verlieren. Eine derart schwerwiegende Kompetenzdelegation von den Kantonen an den Bund ist nicht zu rechtfertigen und ohne tiefgreifende KVG-Revision, wenn nicht sogar ohne Verfassungsänderung, nicht durchführbar. Das Tarifrecht des KVG beruht auf dem Grundsatz der Tarifautonomie, ein Grundsatz, dessen Vorrang der Bundesrat wiederholt bekräftigt hat, zuletzt im vorliegenden Erläuternden Bericht selbst³. Tarifautonomie bedeutet aber gleichzeitig Verhandlungsprimat. Wenn es der erklärte Wille der Tarifpartner ist, den vereinbarten Tarif kantonal einzuführen, so liegt die Genehmigungszuständigkeit bei den Kantonsregierungen. Dies gilt für sämtliche KVG-Tarife mit Ausnahme der Einzelleistungstarifstruktur, die gesamtschweizerisch einheitlich sein muss. Dies entspricht auch dem Grundsatz des KVG, wonach die Kantonsregierungen für Genehmigungen zuständig sind. Davon auszugehen, dass bei der Genehmigung von ambulanten Tarifen in der Regel der Bundesrat zuständig sei, wie dies im Erläuternden Bericht behauptet wird, ist demnach verfehlt. Dieser Behauptung ist

³ Vgl. Erläuternden Bericht, Seite 30: „Der Auslegungsscharakter der subsidiären Kompetenz bleibt bestehen; demnach regelt der Bundesrat gerade so viel wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich zu berücksichtigen.“

entschieden zu widersprechen. Selbstverständlich sollen auch Kantonsregierungen auf Kosten- und Leistungsdaten zugreifen können, wenn sie diese im Rahmen von Genehmigungsverfahren benötigen. Wenn schon beklagt wird, dass die Tarifpartner den Handlungsspielraum des KVG, insbesondere in Tariffragen, zu wenig ausschöpfen würden, so sollte dieser Handlungsspielraum nicht auch noch eingeschränkt werden, wie z.B. mit Kompetenzdelegationen an den Bund. Dies würde dem im Experimentierartikel zum Ausdruck gebrachten Willen, die Gestaltungsmöglichkeiten der Tarifpartner zu stärken, zuwiderlaufen. In diesem Punkt erweist sich das Massnahmenpaket als inkohärent.

2.5. Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Gemäss Art. 47c sollen die Leistungserbringer und die Versicherer verpflichtet werden, Massnahmen zur Steuerung der Kosten vertraglich zu vereinbaren, sei es als integraler Bestandteil von Tarifverträgen, sei es als eigenständige Verträge. Zu regeln sind Mengen- und Kostenentwicklungen. Bei ungerechtfertigten Erhöhungen sind Korrekturmassnahmen vorzusehen. Kommen die Leistungserbringer und die Versicherer dieser Pflicht nicht nach, greift der Bundesrat mit entsprechenden Massnahmen ein.

2.5.1. Kommentar der FMCH

Wer über Tarife und Preise verhandelt, ist auch für die Kosten, die damit, direkt oder indirekt, verursacht werden, mitverantwortlich. Wer diese Verantwortung nicht übernehmen kann oder will, kann nicht den Anspruch erheben, als Tarifpartner ernstgenommen zu werden. Leider wurde diesem Prinzip in der Vergangenheit nur teilweise nachgelebt. Beispielsweise wurde nach Fertigstellung der Tarifstruktur SwissDRG die Frage der Preisbildung leichtfertig ihrem Schicksal überlassen. Auf ein Preisbildungskonzept vonseiten der Tarifpartner wartete man vergebens. Eine Intervention der FMCH beim damaligen Vorsteher des EDI, Herrn Bundesrat Didier Burkhalter, blieb folgenlos. Es geschah dann, was die logische Konsequenz dieses Versäumnisses: reihenweise gescheiterte Baserate-Verhandlungen in der ganzen Schweiz. Letztlich mussten die Prinzipien der Preisbildung vor den Gerichten dieses Landes erstritten werden. Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen ist es verständlich, dass eine Wiederholung der gleichen Fehler tunlichst vermieden werden soll. Die Kosten- bzw. Preisproblematik gewissermassen in die Tarifstruktur zu integrieren, wie dies mit Forderungen zur Normierung oder zur doppelten Normierung von Tarifstrukturen geschehen ist, kann bestenfalls als Notbehelf bezeichnet werden, welches vielleicht das Gewissen der Kostenträger zu beruhigen („man tut etwas“), aber letztlich nicht zu überzeugen vermag. Die Vermischung von

Tarifstruktur und Preisbildung bzw. Kostensteuerung bleibt letztlich ein systemwidriges Unterfangen.

Die vorgeschlagene Kostensteuerung hat wenigstens den Vorteil, die Preis- und Kostendiskussion zu institutionalisieren. Eine Delegation der Verantwortung an die Gerichte wäre nicht mehr möglich. Die Kostensteuerung ist ein typisches planwirtschaftliches Steuerungsinstrument, das den Vorteil der Einfachheit aufweist, aber oft nur zum Preis einer schwerfälligen, meist intransparenten und damit korruptionsanfälligen Bürokratie zu haben ist. Die im Erläuternden Bericht positiv erwähnten deutschen und holländischen Beispiele erweisen sich bei näherer Betrachtung als Bürokratie-Ungetüme mit eingeschränkter, um nicht zu sagen enttäuschender Wirkung auf die Gesundheitskosten. Eine qualitäts- und nutzenorientierte Ressourcenallokation ist unter diesen Umständen nur schwer zu erreichen.

Die FMCH bevorzugt ein Preisbildungskonzept, das einen Qualitäts- und Nutzenbasierten Wettbewerb ermöglichen würde. Der Aufbau eines solchen Konzeptes ist zugegebenermassen anspruchsvoller als die Einrichtung einer Kostensteuerung vom Typ LeiKoV. Das deutsche Beispiel der Kostensteuerung ist aber derart abschreckend, dass sich eine sorgfältige Prüfung dieser Alternative lohnen würde. Die Schweiz ist nicht schicksalhaft dazu verurteilt, alle Fehler unseres nördlichen Nachbarn zu wiederholen, insbesondere wenn die Fehler dort längst erkannt worden sind. Die Einrichtung eines qualitäts- und nutzenorientierten Wettbewerbs wäre weitaus zukunftsgerichteter und würde dem Pionierland Schweiz gut anstehen.

2.6. Ambulante Pauschaltarife

Gemäss Art. 43 Abs. 5 erster Satz sollen neben Einzelleistungstarifen neu auch Pauschaltarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Aufgrund dieser Bestimmung soll die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates auf Pauschaltarifstrukturen ausgedehnt werden. Der Auslegungscharakter dieser Kompetenz soll aber unverändert bestehen bleiben. Dies würde zu einer Stärkung von Pauschalabgeltungen führen, was einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten (Art. 43 Abs. 6) sowie der Strategie „Gesundheit2020“ entsprechen würde. Ausserdem könne so der Druck auf Tarifpartner erhöht werden. Auf eine Verpflichtung zu Pauschaltarifen werde aber verzichtet, insbesondere weil es keine Evidenz gäbe, in welchen Bereichen Pauschalen adäquat seien. Nicht als Inhalt der Vorlage, aber auf Verordnungsebene geplant sei schliesslich, dass die Tarifpartner regelmässig prüfen sollen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen.

2.6.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH begrüsst den Willen des Bundesrates, ambulante Pauschaltarife zu fördern. In einer tarifpartnerschaftlichen Zusammenarbeit mit santésuisse befasst sich die FMCH seit mehr als zwei Jahren intensiv mit der Entwicklung eines ambulanten Pauschaltarifs. Erste Pauschalen für die Augenchirurgie wurden bereits entwickelt. Pauschalen für zahlreiche weitere Fachgebiete stehen in der Pipeline oder kurz vor Abschluss. Dieser Tarif beruht auf einem eigens dafür entwickelten Kostenmodell, welches effiziente ambulante Prozesse abbildet, wie sie heute in der Schweiz bereits existieren oder von vielen öffentlichen und privaten Spitälern für die nahe Zukunft geplant werden. Der ambulante Pauschaltarif wird mit der Verpflichtung zur Teilnahme an qualitätssichernden Massnahmen verknüpft. In diesem Sinn ist der am 7. Februar 2018 zwischen FMCH und santésuisse unterzeichnete Rahmenvertrag ein Qualitätsvertrag *avant la lettre*, d.h. ein Qualitätsvertrag, wie er in der Vorlage zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität (15.083) vorgesehen ist, welcher der Nationalrat bereits grossmehrheitlich zugestimmt hat.

Dem Bundesrat ist zuzustimmen, dass Pauschaltarife nicht für alle Bereiche der Medizin adäquat sind. Es kann aber mit vernünftiger Sicherheit vorausgesagt werden, dass sich standardmässig durchgeführte Eingriffe, die bis zu 80 Prozent, ja teilweise sogar 90 Prozent des Leistungsvolumens eines jeweiligen Fachgebiets abdecken, für eine Pauschalierung hervorragend eignen. Dabei kann auf die in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten gemachten Erfahrungen mit diversen Pauschaltarifen verwiesen werden, ohne auf internationale Evidenz zurückgreifen zu müssen.

In Übereinstimmung mit den Ausführungen des Erläuternden Berichts können folgende Vorzüge eines ambulanten Pauschaltarifs hervorgehoben werden:

- Optimaler Einsatz von Leistungen innerhalb einer Pauschale;
- Förderung einer effizienten Leistungserbringung;
- Reduktion der Komplexität;
- Vereinfachung der administrativen Abwicklung der Rechnungsstellung;

Überdies sind ambulante Pauschalen ein effizientes Mittel gegen Tarifmissbrauch. Im Erläuternden Bericht werden Pauschalen auch als probates Mittel angepriesen, „um die Erbringung möglichst vieler Leistungen zu verhindern“. Diese Eigenschaft, die grundsätzlich allen Pauschaltarifen anhaftet, kann nicht ernsthaft als Vorteil bezeichnet werden, es sei denn, man würde eine rein finanzielle Betrachtungsweise anwenden, was aber aus medizinischen und ethischen Gründen klar abzulehnen ist. In Wahrheit kann ein Pauschaltarif eine potentielle Gefahr darstellen, wenn er zur Verhinderung von medizinisch notwendigen Leistungen führen würde. Dieser Gefahr muss zwingend mit qualitätssichernden Massnahmen begegnet werden. Die von

FMCH und santésuisse entwickelten ambulanten Leistungspauschalen sehen gerade dies vor. Wer mit diesem Tarif abrechnen will, muss sich zwingend einem anerkannten Qualitätsprogramm, in der Regel einem Register, anschliessen. Einen ambulanten Pauschaltarif ohne begleitende qualitätssichernde Massnahmen zu vereinbaren, wie das gelegentlich gemacht wird, ist unseriös und kurzsichtig. Dauerhafte, qualitätsschonende Kosteneinsparungen lassen sich so nicht erzielen.

Bereits heute gibt es im ambulanten Bereich die Möglichkeit, Pauschaltarife zu vereinbaren und darüber abzurechnen. Diese Möglichkeit wird seit längerem genutzt, wenn auch nur punktuell in einzelnen Fachgebieten (z.B. Ophthalmologie, ORL), in bestimmten Regionen der Schweiz oder während einer bestimmten Zeit im Unfallversicherungsbereich (IAP). Die Erfahrungen waren durchwegs positiv. Die von FMCH und santésuisse entwickelten Leistungspauschalen stellen das bisher umfangreichste und ehrgeizigste Projekt im Bereich der ambulanten Pauschalen dar. Grundsätzlich sieht die FMCH Leistungspauschalen für alle ihre 21 Fachgesellschaften vor, wenn auch in unterschiedlicher Priorität. Auch sollen Pauschalen in möglichst vielen Kantonen, die entsprechende Angebote aufweisen, eingeführt werden. Dabei erweist sich die vom KVG gebotene Flexibilität als grosse Chance. So können beispielsweise kantonale oder regional unterschiedliche Preise nach Massgabe der jeweiligen Löhne und Mietpreise vereinbart werden. Der Pauschalvertrag kann auf einzelne Gruppen von Leistungserbringern eingeschränkt werden, wenn dies sinnvoll erscheint, zum Beispiel aus Qualitätsgründen. Auf dem Hintergrund dieser Tatsachen ist es unverständlich, warum der Erläuternde Bericht diese Anstrengungen bei der Entwicklung von ambulanten Bereich verschweigt. Wenn schon beklagt wird, dass die Freiräume des KVG zu wenig genutzt würden, was allgemein betrachtet zutrifft, so sollten doch diejenigen Tarifpartner, die eben dies tun, nicht auch noch unterschlagen, sondern vielmehr als gutes Beispiel angeführt und gefördert werden, zumal es doch gerade die Absicht des Bundesrates ist, ambulante Pauschalen zu fördern. Ebenso unverständlich ist die Absicht des Bundesrates, schweizweit einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife vorzuschreiben. Damit wird der existierende Handlungsspielraum des KVG empfindlich eingeschränkt und die Hürde für eine Genehmigung deutlich erhöht⁴. Ausserdem wird damit der experimentelle Charakter, der ambulanten Pauschalen durchaus innewohnt, von vorneherein zerstört, was wiederum in offensichtlichem Widerspruch zum Sinn und Geist des Experimentierartikels steht. So würden kostendämpfende Innovationen, die auf regionaler oder kantonaler Ebene durch einzelne Akteure pilotiert werden könnten, verhindert. Aus technischer Sicht macht eine einheitliche Tarifstruktur wenig Sinn, da im Kalkulationsmodell kantonal unterschiedliche Eckwerte verwendet werden. Für eine Genehmigung durch den Bund müsste das Kalkulationsmodell mit künstlichen

Siehe die jüngere Geschichte des Einzelleistungstarifs TARMED.

Werten versehen werden, was bei der Preisgenehmigung auf Kantonsebene sogleich wieder rückgängig gemacht werden müsste, um reelle Eckwerte zu integrieren – ein kompliziertes und unnötiges Verfahren.

Schliesslich bedauert die FMCH, dass der Bundesrat heute schon mit der Ankündigung der subsidiären Kompetenz eine Drohkulisse aufbaut. Die subsidiäre Kompetenz hatte möglicherweise ihre Berechtigung im Bereich des Einzelleistungstarifs, nachdem sämtliche Revisionsversuche, trotz jahrelanger Bemühungen, gescheitert waren. Warum aber der Bundesrat mit diesem Instrument ausgerechnet bei den ambulanten Pauschalen droht, wo doch die Initiative, diesen Tariftyp zu entwickeln, eindeutig von den Tarifpartnern ausgegangen ist und keine Blockade in Sichtweite ist, ist nur mit einem Misstrauen gegenüber den Tarifpartnern zu erklären. Wie das mit dem bekundeten Willen, die Innovationsfähigkeit der Akteure zu stärken, zusammenpassen soll, ist rational nicht mehr erklärbar. Auch in diesem Punkt tritt einer der vielen inneren Widersprüche des Massnahmenpaketes zu Tage. Bekundete Absichten und geplante Massnahmen sind beim besten Willen nicht in Übereinstimmung zu bringen. Was der Bundesrat wirklich will, bleibt letztlich enigmatisch.

2.7. Referenzpreissystem für Generika

Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis, ein sogenannter Referenzpreis, festgelegt werden. Nur dieser Referenzpreis soll von der OKP vergütet werden. Damit die versicherten Personen nicht übermassig belastet werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer höchstens in Rechnung stellen dürfen.

2.7.1. Kommentar der FMCH

Die FMCH lehnt das vorgeschlagene Referenzpreissystem ab. Die FMCH ist der Auffassung, dass das Problem der schwachen Marktdurchdringung von Generika in der Schweiz weitaus schwerer wiegt als die im internationalen Vergleich hohen Generikapreise. In der Schweiz liegt die Marktdurchdringung mengenmässig bei 17 Prozent, während sie in Holland bei 71,4 Prozent und in Deutschland bei 81 Prozent liegt. Wenn nun Generika im Sinn einer kostendämpfenden Massnahme gefördert werden sollen, so ist vorrangig deren Marktdurchdringung zu verbessern. Ob dies mit einem Referenzpreissystem zu erreichen ist, muss ernsthaft in Frage gestellt werden. Ein Referenzpreissystem führt in der Regel zu einem Preiskampf mit einem «race to the bottom»: Der Billigste gewinnt das Rennen. Bei der kleinen Marktgrösse der Schweiz ist anzunehmen, dass sich unter diesen Bedingungen Anbieter von Generika aus dem Schweizer Markt zurückziehen werden. Das Ziel einer erhöhten Marktdurchdringung würde dadurch verfehlt werden. Die FMCH ist überzeugt, dass

mit der Schaffung von geeigneten Anreizen eine höhere Marktdurchdringung mit Generika und damit, selbst bei gleichbleibenden Preisen, dauerhaftere Einsparungen erzielt werden können als mit einem Referenzpreissystem. Wie geeignete Anreize aussehen können, hat Frau Nationalrätin Humbel (AG, cvp.) in ihrer Motion 16.4049 überzeugend dargelegt. Daraus folgendes Zitat:

«Selbstdispensierende Ärzte haben kaum ein Interesse, Generika abzugeben, weil sie durch die tiefere Marge potenziell weniger verdienen. Das Gleiche gilt für Apotheker, welche zwar ein Medikament substituieren können, dies aber in Rücksprache mit dem Arzt tun müssen und daher der Aufwand für sie grösser ist als der Nutzen. Um den Anreiz richtig zu setzen, braucht es Fixmargen. Mit einer preisunabhängigen Vertriebsmarge könnte auch der Fehlanreiz reduziert werden, dass anstatt eines günstigen Generikums ein wirkstoffähnliches, aber teureres patentgeschütztes Arzneimittel verschrieben und abgegeben wird.»

Wie eingangs dieser Stellungnahme bereits erwähnt, bedauert die FMCH, dass die geplante Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) erst Ende 2018 in Aussicht gestellt wird. Sie gehört eigentlich als Beilage zur dieser Vernehmlassung. Die FMCH möchte beliebt machen, dass die oben geschilderte Hypothese, wonach mit geeigneten Anreizen eine höhere Marktdurchdringung und damit weitaus grössere Einsparungen erreicht werden können als mit einem Referenzpreissystem, in der geplanten RFA als Alternative zum Referenzpreissystem vertieft geprüft wird.

Die Analyse und Sichtweise der FMCH teilen und unterstützen wir ohne Vorbehalte.

Mit bestem Dank für Ihre Kenntnisnahme und freundlichen Grüssen



Präsident SGS
Registerbeauftragter
Dr. med. Martin Baur
martin.baur@paraplegie.ch



Delegierter der SGS in der FMCH und
Qualitätsverantwortlicher SGS
Dr. med. Patrick Moulin
patrick.moulin@paranet.ch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Mental Healthcare, Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : SMHC

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Dr. Hanspeter Conrad, Präsident

Telefon : 031 313 88 49

E-Mail : welcome@swissmentalhealthcare.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ **2**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **3**

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
	Grundsätzlich begrüsst der SMHC Massnahmen zur Kostendämpfung zur Entlastung der OKP. Wir bitten Sie jedoch dringend, den administrativen Aufwand und die Komplexität der Regelungen auf das unbedingt notwendige Mass zu reduzieren. Die Leistungserbringer möchten und müssen ihre ohnehin knappen Ressourcen wieder vermehrt für die Patientinnen und Patienten verwenden. Und Bürgerinnen und Bürger brauchen ein Gesundheitssystem, das sie verstehen und das Anreize setzt, unnötige Leistungen nicht zu beanspruchen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Massn	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag auf Umsetzung von Vorschlägen
	02			Experimentierartikel: JA SMHC begrüsst die Einführung eines Experimentierartikels zur Durchführung von innovativen, kostendämpfenden Pilotprojekten. SMHC empfiehlt aus Sicht der Psychiatrie unbedingt Projekte im Hinblick auf eine gesamtschweizerisch einheitliche, kostendeckende Finanzierung sogenannte intermediäre Angebote wie Tageskliniken, 'Hometreatment', mobile Equipen usw. (vgl. BAG-Bericht zum Postulat Stähelin «Zukunft der Psychiatrie») - Für eine erhebliche Anzahl von psychisch Kranken sind intermediäre Angebote nicht nur eine wirkungsvolle Alternative zur stationären Behandlung, sondern sie sind auch wesentlich kostengünstiger. Das BAG hat dies in seinem Bericht «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie» selbst festgestellt. - Eine kostendeckende Finanzierung dieser Angebote würde es den psychiatrischen Kliniken und Diensten erlauben, noch konsequenter mit mobilen Akut- und Krisenteams stationäre Behandlungstage zu reduzieren – mit tendenziell geringerem Kostenaufwand. Denkbar sind auch Pilotprojekte zur Umsetzung der einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen in der Psychiatrie oder Versuche im Bereich der integrierten Versorgung.	Das BAG ist zu beauftragen im Sinne seines Berichtes «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie» Projekte anzustossen.
	34			Nationale Tariforganisation: JA, aber	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Es ist richtig, dass auch im ambulanten Bereich eine funktionierende Organisation eingesetzt wird, welche schweizweit die Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen festlegt. Bei der Zusammensetzung sollte diese nicht vom Modell der Organisation für die stationären Tarife abweichen, welche sich in den letzten Jahren als wirksam und ergebnisorientiert erwiesen hat. SMHC unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für den ambulanten Bereich aber nur, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt.	Abs. 1 ist so zu ergänzen, dass die Organisation gemeinsam mit den Kantonen gebildet wird. Abs. 2 ist zu streichen, da dies vom Grundsatz im stationären Bereich abweicht und den Spielraum der Tarifpartner und der Kantone unnötig einschränkt. Der Bundesrat kann gemäss Abs. 3 gegebenenfalls immer noch eingreifen und muss gemäss Abs. 4 die Struktur genehmigen.
	25			Tarifstruktur aktuell halten	
	15			Pauschalen im ambulanten Bereich fördern: JA SMHC erachtet Pauschalen im ambulanten und tagesklinischen Bereich als ein interessantes Instrument, um die widersprüchlichen und partialisierten Anreizstrukturen mit den Zielen einer Kostendämpfung (und auch Qualitätssteigerung) zu verbessern. Die Vergleichbarkeit von stationären, ambulanten und tagesklinischen Behandlungen soll dabei verbessert werden. Basis jeder Pauschale ist allerdings ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Einzelleistungstarif. Die ambulante, tagesklinische und intermediäre Psychiatrie ist chronisch unterfinanziert und kann von den Kliniken nur auf der Basis von gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) / Subventionen der Kantone aufrecht erhalten werden. Die Ausgestaltung der Finanzierung via GWL ist von Kanton zu Kanton verschieden. Es bestehen damit überhaupt keine Anreize, ambulante Behandlungsmodelle weiter zu fördern. Pauschalen für ganze Behandlungssequenzen (z.B. ½ Jahr oder ein ganzes Jahr) im ambulanten und tagesklinischen Bereich könnten eine kostendeckende Finanzierung in diesen Settings sicherstellen.	Das BAG ist zu beauftragen, für die Leistungen in institutionellen Psychiatrie-Ambulatorien und Tageskliniken die Grundlagen für ambulante und tagesklinische Pauschal-Pilot-Tarifsystem zu schaffen, welche dann von ausgewählten interessierten Kliniken, Versicherern und Kantonen gemeinsam entwickelt werden können.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Und im Idealfall, bei vergleichbaren Tarifsyste men im ambulanten / tagesklinischen und im stationären Bereich, auch eine administrative Vereinfachung in der Abrechnung mit sich bringen.	
	Pa.IV. 17.402			Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten	
	22			Referenzpreissystem bei Arzneimitteln	
				Rechnungskopie für Versicherte: NEIN SMHC ist gegen den Vorschlag von Art. 42 Abs. 3. Die Erstellung und der Versand von weit über 20 Millionen Rechnungskopien durch Spitäler und Kliniken pro Jahr kostet unglaublich viel Geld. Bei vorsichtiger Schätzung der Kosten von CHF 20 pro Rechnung werden Mehrkosten von über CHF 40 Mio. verursacht. Die Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch und elektronisch alle Rechnungen sehr genau. Dies wird auch von der Expertengruppe unter der Massnahme M09 erläutert und bestätigt.	SMHC fordert, dass die Krankenversicherer bei der Abrechnung des Selbstbehalts an ihre Versicherten jeweils eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers beilegen. Die heutige Regelung führt bei Patientinnen und Patienten immer wieder zu Unsicherheiten. Sie bezahlen aufgrund der Rechnungskopie eine Behandlung, welche eigentlich durch die Krankenversicherung geschuldet ist. Die Kopie seitens Leistungserbringer ist deshalb aufzuheben. Bundesrat und das Parlament setzen auf das elektronische Patientendossier (EPD). Zur besseren Information der Patientinnen und Patienten würde es SMHC begrüssen, wenn eine Kopie der Rechnung im EPD hinterlegt werden könnte. Dies würde den Überblick für interessierte Bürgerinnen und Bürger verbessern, ohne dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen würden.
	09			Rechnungskontrolle stärken	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Beschwerderecht Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheim	
--	--	--	--	--	--



SMVS / VSÄG
Société Médicale du Valais
Walliser Ärztesgesellschaft

Office fédéral de la santé publique
(OFSP)
Abteilung Leistungen
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Sion, le 14.12.2018

**Consultation : Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie
concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet :
Prise de position de la Société Médicale du Valais (SMVS)**

Mesdames, Messieurs,

Nous vous remercions de nous avoir soumis le projet de révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet.

Nous comprenons la logique de vouloir instaurer des mesures visant à freiner la hausse des coûts de la santé. Par contre, les propositions que vous nous soumettez nous laissent perplexes. De nombreuses propositions qui permettraient facilement de faire des économies substantielles manquent. Une grande partie des mesures que vous proposez mène par contre à une augmentation de la charge administrative des différents prestataires et ne tient pas compte de l'importance d'implémenter des incitatifs positifs en lieu et place d'obligations et de restrictions pour résoudre de façon constructive et partenariale la problématique de l'augmentation des coûts de la santé. Nous regrettons en particulier l'absence de programme de pilotage pour vérifier l'efficacité des mesures prises, afin de mesurer leur efficacité globale, incluant aussi les aspects qualitatifs et pas seulement financiers. Nous déplorons également l'absence de projets de prévention, qui seraient à l'évidence des sources d'économies importantes.

Nous vous remettons en annexe notre prise de position. Nous soutenons la prise de position de la CCM/KKA, que nous vous remettons également en annexe. Malheureusement, pour les raisons énoncées ci-dessus, nous ne pouvons pas soutenir les mesures sous la forme proposées. Celles-ci nécessitent un remaniement en profondeur, tenant compte des éléments cités ci-dessus.

Avec nos meilleures salutations,

Pour la Société Médicale du Valais (SMVS)

Dr Monique Lehky Hagen
Présidente SMVS

Dr Pierre Arnold
Vice-Président SMVS

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Société médicale du Valais

Abréviation de la société / de l'organisation : SMVS

Adresse : Rte de Vissigen 70 – 1950 Sion / VS

Personne de référence : Dr Pierre Arnold, Vice-Président SMVS

Téléphone : 027/203.60.40

Courriel : smvs@hin.ch

Date : 14.12.2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	5
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

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

nom/société	Commentaire / observation
SMVS	Nous soutenons la prise de position de la CCM/KKA, que nous vous remettons en annexe.
SMVS	Nous regrettons que les mesures ne prévoient pas la mise en place de prévention, notamment contre le tabagisme et l'abus d'alcool, mesures qui pourraient être source d'économies beaucoup plus substantielles que celles qui sont proposées (économie potentielle de plusieurs milliards dans les 2 cas).
SMVS	De nombreuses mesures sont décidées, dont l'efficacité reste à démontrer. Nous regrettons qu'il n'y ait pas de programme de pilotage prévu, pour vérifier l'efficacité réelle et globale de ces mesures, parfois contraignantes et sources potentielles de coûts supplémentaires. Nous jugeons donc que les propositions soumises nécessitent un remaniement conséquent qui prenne en considération ces aspects indispensables.

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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

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



Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
Société Suisse d'Ophtalmologie
Società Svizzera di Oftalmologia
Swiss Society of Ophthalmology

EINSCHREIBEN
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Bern

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Basel, 12.12.2018

Vernehmlassungsverfahren

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung;
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1.**

“M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern”

Sehr geehrte Damen und Herren,

In den letzten 12 Monaten hat die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft SOG als erste Fachgesellschaft in der Schweiz die Ausarbeitung flächendeckender Pauschalen zusammen mit den Krankenkassenverbänden vorangetrieben. Die Verhandlungen mit Santésuisse wurden trilateral (SOG-FMCH-Santésuisse) geführt, die mit HSK und CSS bilateral (SOG – HSK und SOG-CSS). Für die häufigsten Augenoperationen (Katarakt, Glaukom und intravitreale Injektionen) wurde ein Pauschalvertrag ausgearbeitet, welcher über 90% des gesamten OP-Volumen in der Augenheilkunde abdeckt. Teurere Rechnungen werden mit diesen Pauschalen *per definitionem* auf einen Schlag unterbunden. Dadurch, und auch dank stark vereinfachtem Rechnungsmanagement und Rechnungskontrolle können Gesundheitskosten eingespart werden, was auch im Sinne des Bundesrates und der Prämienzahlenden ist. Eine Win-Win-Situation wurde generiert und die konstruktiven Verhandlungen haben zudem zu einem bedeutend besseren gegenseitigen Verständnis und weiteren gemeinsamen Projekten geführt.

Unsere Bedenken bezüglich M15 *“Pauschalen im ambulanten Bereich fördern”* äußern sich lediglich in der Rolle eines zentralen Tariffbüros zur Ausarbeitung und Verhandlung von Pauschalen. Wir denken, und unsere Erfahrung bestätigt dies, dass Pauschalen am besten bilateral zwischen Kostenträgern (Krankenkassenverbänden) und Leistungserbringern (Fachgesellschaften) ausgearbeitet werden. Verhandlungen über Pauschalen in der Chirurgie sind sehr technisch und verlangen überdurchschnittlich viel Fachwissen.

Weiter sollten interne Empfindlichkeiten und Ängste innerhalb der Fachgesellschaft berücksichtigt und eingearbeitet werden, damit möglichst viele Leistungserbringer nach Vertragsabschluss den Pauschalen auch effektiv beitreten. Wer wäre da als Verhandlungspartner besser geeignet als Krankenkassenverbände und Fachgesellschaften? Ein zentrales Büro würde/könnte dem nicht gerecht werden, da vieles aufgrund fehlender Nähe unterginge. Auch wenn Fachgesellschaften im Tariffbüro eingebunden würden, blieben unsere Bedenken bestehen.

Ein zentrales Tariffbüro (und/oder ein Fachverband) kann unseres Erachtens höchstens als Plattform für Austausch von Erfahrungen und als Katalysator für Verhandlungen eine Rolle spielen, jedoch bestimmt nicht Verhandlungen selber führen.



Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
Société Suisse d'Ophtalmologie
Società Svizzera di Oftalmologia
Swiss Society of Ophthalmology

Die Konkurrenz zwischen Santésuisse, CSS und HSK ist eine gute und wichtige Basis für die Verhandlung von Pauschalen. Der Vergleich mit den eigenen Mitstreitern zeigt eigene Stärken und Schwachstellen. Ein gewisses Mass an Konkurrenz spornt die KK-Verbände an, um die Verhandlungen mit den Fachgesellschaften motiviert, innovativ und speditiv vorwärts zu bringen. Der Zerfall dieses Ansporns durch Monotonie wäre vorprogrammiert, falls alle Krankenkassenverbände einen identischen Vertrag mit dem Tariffbüro erarbeiten müssten.

Da die SOG hinsichtlich der Verhandlungen von ambulanten Pauschaltarifen eine Vorreiterrolle gespielt und sich stark mit dem Pauschalen-Konzept auseinandergesetzt hat, möchte die SOG bei Bedarf gerne Erfahrungen und 'Insights' zur Verfügung stellen.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Gianluca Pedrolì
Präsident SOG

Dr. med. Kristof Vandekerckhove
Präsident Tarifkommission SOG

Von: Imhof Patrick <imhof@spitex.ch>
Gesendet: Montag, 19. November 2018 09:54
An: _BAG-Abteilung Leistungen
Betreff: Frage zur Vernehmlassung Massnahmen zur Kostendämpfung

Kennzeichnung: Zur Nachverfolgung
Kennzeichnungsstatus: Erledigt

Sehr geehrte Damen und Herren

In der obgenannten Vernehmlassung wird die Schaffung eines nationalen Tarfbüros gefordert, welches analog zum stationären Bereich auch im ambulanten Bereich wirken soll.

Spitex Schweiz geht bislang davon aus, dass es im Bereich der ambulanten Pflege keine Tarife gibt – die Versicherer bezahlen hier Beiträge, Kantone/Gemeinden sind für die Restfinanzierung zuständig.

Interpretieren wir die zu vernehmlassende Vorlage korrekt, dass sich diese vordringlich auf den ärztlichen Bereich bezieht und dass die ambulante (und die stationäre) Pflege nicht eingeschlossen sind?

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung.

Freundliche Grüsse, Patrick Imhof



Patrick Imhof · Leiter Politik und Grundlagen · Mitglied der Geschäftsleitung
031 370 17 56 (direkt) · imhof@spitex.ch

Spitex Schweiz · Effingerstrasse 33 · 3008 Bern · T 031 381 22 81 · www.spitex.ch
NEUE ADRESSE SEIT 21. SEPTEMBER!

Nationale Spitex-Nummer 0842 80 40 20

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	11
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	12

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Besten Dank zur Einladung zu obgenannter Vernehmlassung. Gerne nimmt Spitex Schweiz zu den geplanten Massnahmen Stellung – vordringlich in den die ambulante Pflege betreffenden Bereichen. Spitex Schweiz hat Verständnis, dass sich der Bundesrat angesichts der Kostenentwicklung im Bereich der Gesundheit generell aber insbesondere auch im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dem Thema der Kosten annimmt. Wie im erläuternden Bericht (vgl. S.8 des Berichts) korrekt festgehalten sind die Kosten der ambulanten Versorgung seit 2004 stark angestiegen – auch im Bereich der Spitex. Es erscheint uns wichtig darauf hinzuweisen, dass dieser Kostenanstieg im Bereich der Spitex eine gewollte Entwicklung darstellt und eng verknüpft ist mit der demografischen Entwicklung und dem Grundsatz «ambulant vor stationär». Letzterer wurde als eigentliche Kostendämpfungsmassnahme bereits vor Jahren propagiert und die entsprechenden Bestrebungen sind bei weitem noch nicht abgeschlossen (vgl. Medienmitteilung des Kantons Zürich vom 12.04.2018 zum Verlagerungspotential in der Langzeitpflege; vgl. Medienmitteilung des EDI vom 20.02.2018 zur Verlagerung von Eingriffen in den ambulanten Bereich). Diese Entwicklungen werden die Leistungen im ambulanten Bereich auch in den kommenden Jahren weiter ansteigen lassen und die Branche auch im Hinblick auf den Fachkräftebedarf stark fordern. Zu den verschiedenen Massnahmen äussert sich Spitex Schweiz wie folgt: <u>Allgemeine Bemerkungen zu den vorgeschlagenen Massnahmen</u> Experimentierartikel Spitex Schweiz unterstützt den Experimentierartikel, regt aber verschiedene Änderungen an. Die Einführung eines Experimentierartikels wird von Spitex Schweiz begrüsst. Eine entsprechende Bestimmung lässt Handlungsspielräume zu, um örtlich und zeitlich begrenzt innovative Projekte auch ausserhalb des abgesteckten gesetzlichen Rahmens umzusetzen. Spitex Schweiz unterstützt insbesondere auch die vorgesehene Förderung der koordinierten und integrierten Gesundheitsversorgung. Kritisch betrachten wir folgende Punkte: - Die einseitige Ausrichtung auf kostendämpfende Experimente. Darüber hinaus bräuchte es auch Experimente, welche die Versorgung verbessern. - Die Akteure können gemäss Vorlage zu einer Teilnahme verpflichtet werden. Vielmehr sollte das Projekt jedoch so ausgelegt sein, dass aus der Kosteneindämmung heraus die Anreize zu einer Teilnahme gegeben sind. Ein Zwang könnte mögliche positive Erkenntnisse verhindern. Sollte ein Zwang zur Teilnahme dennoch in Betracht gezogen werden, so sind die betroffenen Akteure zwingend vorher anzuhören.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

- Für die Aufbau- und Integrationskosten sind entsprechende Mittel vorzusehen – so beispielsweise auch die Kosten für das Auswertungskonzept und den Schlussbericht durch unabhängige externe Experten.

Rechnungskontrolle

Spitex Schweiz lehnt eine weitergehende Rechnungskontrolle im Bereich der ambulanten Pflege und die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde ab.

- Spitex Schweiz unterstützt die **Rechnungskopie** für die Versicherten. Dies wird gemäss Administrativverträgen mit den Versicherern in der Nonprofit-Spitex bereits heute so umgesetzt.
Es ist aus Sicht von Spitex Schweiz zu prüfen, ob für Leistungserbringer und Klienten, welche sich am Elektronischen Patientendossier beteiligen, eine Kopie fortan elektronisch übermittelt werden kann.
- **Rechnungskontrolle:** Bereits heute gibt es im Bereich der Spitex eine systematische Rechnungskontrolle. Die Versicherer machen zudem von ihrem Recht Gebrauch, weitere Dokumente einzufordern oder Audits vor Ort durchzuführen. Im Bereich der ambulanten Pflege wäre eine weitergehende Prüfung wenig sinnvoll und würde zu einem nicht gerechtfertigten administrativen Mehraufwand führen.
- Die Schaffung einer **unabhängigen Rechnungskontrollbehörde** wird aufgrund der bereits gut ausgebauten Rechnungskontrolle im Bereich der Spitex nicht befürwortet.

Tarife und Kostensteuerung

Spitex Schweiz lehnt die Massnahmen zur Steuerung der Kosten in der ambulanten Pflege ab mit Verweis auf die unterschiedlichen Finanzierer mit unterschiedlichen Zielen.

- Gemäss Auskunft des BAG ist die ambulante Pflege nicht Teil der Überlegungen zu einem **nationalen Tarifbüro**. Sollte dies zu einem späteren Zeitpunkt ins Auge gefasst werden, muss die aktuelle, tripartite Finanzierungsregelung (OKP/Restfinanzierung/Patientenbeteiligung) mitberücksichtigt werden. Dabei gilt es insbesondere dem Thema einer klaren Restfinanzierung Rechnung zu tragen.
- Von der Massnahme «**Tarifstruktur aktuell halten**» ist die ambulante Pflege derzeit nicht betroffen. Sollte dies zu einem späteren Zeitpunkt ins Auge gefasst werden, muss die aktuelle, tripartite Finanzierungsregelung mitberücksichtigt werden. Dabei gilt es insbesondere dem Thema einer klaren Restfinanzierung Rechnung zu tragen.
- Die ambulante Pflege ist gemäss erläuterndem Bericht in den **Massnahmen zur Steuerung der Kosten** ausdrücklich mitgemeint. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Verträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zu vereinbaren sind. Im Bereich der Pflege bezahlen die Krankenversicherer lediglich (fixe) Beiträge – mehr als die Hälfte der Pflegekosten übernehmen jedoch die Restfinanzierer – also Gemeinden und Kantone. Diese beauftragen beispielsweise Spitex-Organisationen mittels Leistungsaufträgen zur Erfüllung gewisser Leistungen. Es ist zu hinterfragen, ob die Leistungsaufträge zwischen Kantonen/Gemeinden und Spitexorganisationen mittels Massnahmen

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern übersteuert werden können.

Störend ist, dass eine Mengenausweitung grundsätzlich als negativ dargestellt wird. Die ambulante Pflege erfährt aus verschiedenen Gründen in den letzten Jahren eine Zunahme in der Mengen- und Kostenentwicklung. Diese ist wesentlich dem Grundsatz «ambulant vor stationär» und der demografischen Entwicklung geschuldet. Aus Sicht von Spitex Schweiz sind diese Ursachen einer Mengen- und Kostenzunahme zwingend zu berücksichtigen.

- Die ambulante Pflege ist derzeit nicht Teil der Überlegungen zur Massnahme «**Pauschalen im ambulanten Bereich.**». Tatsache ist, dass die Entwicklung im stationären Bereich (z.B. DRG, ambulante Operationen) Einfluss auf die Spitex hat. Der Anteil der 20-64-jährigen Klientinnen und Klienten hat stetig zugenommen. Er liegt heute bei 26% und ist damit seit 2011 um 6% angestiegen. Damit wird deutlich, dass die ambulante Pflege zunehmend auch Leistungen übernimmt, die bis anhin im stationären Bereich erbracht worden sind (wie Onkologiepflege, Palliative Care) und deshalb zunehmend mit komplexen Pflegesituation konfrontiert ist.

Diese Entwicklung zeigt, dass die gesamte Behandlungskette bei den Überlegungen einzubeziehen ist. Spitex Schweiz fordert, dass die Auswirkungen der Förderung ambulanter Operationen und der früheren Spitalentlassungen auf die nachgelagerten Versorgungsbereiche (Spitex) finanziert werden. Spitex Schweiz fordert daher eine Überprüfung von Pauschalen für den nachgelagerten Versorgungsbereich.

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Spitex Schweiz fordert eine Prüfung und Neugestaltung der vorgeschlagenen Modelle.

Spitex Schweiz ist vom Referenzpreissystem bei Arzneimitteln nicht direkt betroffen. Allerdings könnten allfällige Auswirkungen eines Modellwechsels sehr wohl Einfluss auf die tägliche Arbeit des Spitex-Personals mit den Klientinnen und Klienten haben. Dabei stellen die Medikamentenabgabe und die Medikamentenadhärenz wichtige Aufgaben dar.

Spitex Schweiz befürchtet bei beiden vorgeschlagenen Modellen Auswirkungen auf die Versorgung der Klientinnen und Klienten. Wir bitten die zuständigen Behörden deshalb, die Modelle nochmals zu prüfen und derart zu gestalten, dass auch die Auswirkungen auf die Versorgung stärker berücksichtigt werden.

Massnahmen in der Unfall- und Militärversicherung

Spitex Schweiz lehnt diese Massnahmen im Bereich der ambulanten Pflege ab.

Der Anteil der Fälle aus der Unfall- und Militärversicherung ist für die Spitex extrem klein. Es wäre unverhältnismässig, dennoch in diesem Bereich weitere Steuerungsmassnahmen einzuführen. Bereits heute ist es für die Spitexorganisationen kaum nachvollziehbar, weshalb die Leistungen in diesem Bereich nicht stärker an die Prinzipien der Leistungserbringung und der Leistungsabrechnung im Bereich der OKP angenähert werden können.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Massnahmen in der Invalidenversicherung

Spitex Schweiz lehnt diese Massnahmen im Bereich der ambulanten Pflege ab.

Der Anteil der Fälle aus der Invalidenversicherung ist für die Spitex extrem klein. Es wäre unverhältnismässig, dennoch in diesem Bereich weitere Steuerungsmassnahmen einzuführen. Bereits heute ist es für die Spitexorganisationen kaum nachvollziehbar, weshalb die Leistungen in diesem Bereich nicht stärker an die Prinzipien der Leistungserbringung und der Leistungsabrechnung im Bereich der OKP angenähert werden können.

Bessere Vergütung von Palliative Care

Spitex Schweiz fordert die bessere Vergütung der Palliativ Care.

Spitex Schweiz fordert als zusätzliche Massnahme zur Kostendämpfung die Förderung der Palliative Care. Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care 2013-2015 zeigt die Analyse des BAG auf, dass mit Palliative Care die Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen insgesamt gedämpft werden können, da die Palliative Care im Spitalbereich zu kürzeren Aufenthaltszeiten, weniger Notfallhospitalisationen und weniger Aufhalten auf Intensivstationen führt. Mit einer guten Palliative Care-Versorgung können ausserdem Hospitalisationen und teure, kaum lebensverlängernde und belastende Behandlungen vermieden werden. Voraussetzung ist eine angepasste Finanzierung der Pflegeleistungen, die dem höheren Zeitbedarf für Palliative Care in der ambulanten und stationären Pflege Rechnung trägt.

Stärkung der koordinierten Versorgung

Spitex Schweiz fordert die Stärkung der koordinierten Versorgung.

Eine weitere wirksame und effiziente Massnahme, welche Spitex Schweiz befürwortet, ist die Stärkung der koordinierten Versorgung. Durch koordinierte Versorgung, besonders durch die Förderung von Netzwerken, können Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden. Spitex Schweiz empfiehlt, diesen Vorschlag bereits ins erste Massnahmenpaket zu integrieren.

Klare Regelung zur Abgeltung von Pflegematerial

Spitex Schweiz fordert eine rasche und klare Regelung der Abgeltung von Pflegematerial.

Wir wiederholen an dieser Stelle, dass die aktuelle Situation im Bereich des Pflegematerials zu einem administrativen Chaos und Mehrbelastungen bei allen Akteuren führt. Nach wie vor erwartet Spitex Schweiz, dass mit einer klaren, nationalen Regelung Klarheit und Verbindlichkeit geschaffen werden soll – damit könnten Kosten nicht nur gedämpft, sondern eingespart werden. Wir verweisen auf unsere anderen Eingaben im Verlaufe des Jahres (Stichwort: Aufhebung von Fremd- und Selbstanwendung; ein Finanzierer).

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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	42	3		Bereits heute erhalten die KlientInnen der NPO-Spitex gemäss Administrativverträgen mit den Versicherern eine Rechnungskopie.	
Spitex Schweiz	43	5		Diese Bestimmung bezieht sich nicht auf den Bereich der ambulanten Pflege.	
Spitex Schweiz	47a			dito	
Spitex Schweiz	47b			dito	
Spitex Schweiz	47c				streichen
Spitex Schweiz	52			Vgl. unsere Ausführungen oben.	prüfen
Spitex Schweiz	52b			dito	dito
Spitex Schweiz	59b	1		Einbezug von Modellen zur Verbesserung der Versorgung.	«Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung <i>und zur Verbesserung der Versorgung</i> zu erproben, kann ...»
Spitex Schweiz	59b	4		Eine Verpflichtung gegen den Willen der Akteure ist nicht zielführend.	streichen Eventualvorschlag: ... des Pilotprojekts auswirkt. <i>Die zwangsweise</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					<i>verpflichteten Akteure sind vor dem Entscheid anzuhören.»</i>
Spitex Schweiz	59b	5bis			Der Bundesrat sorgt für eine genügende Finanzierung der Pilotprojekte (nicht ausformuliert).
Spitex Schweiz	26 MVG	1			streichen
Spitex Schweiz	56 UVG	1			streichen
Spitex Schweiz	27bis IVG				streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Abkürzung der Firma / Organisation : SSO

Adresse : Münzgraben 2, Postfach, 3001 Bern

Kontaktperson : RA Simon Gassmann, Generalsekretär SSO

Telefon : 031 313 31 31

E-Mail : simon.gassmann@sso.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	15

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO bedankt sich für die Gelegenheit zur Abgabe ihrer Stellungnahme zu der rubrizierten Vernehmlassung.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<u>Vorbemerkung 1</u> Bei der Ausgangslage zum Entwurf wird ausgeführt, dass zwischen 1996 und 2016 die Bruttokosten zulasten der OKP von CHF 12 Mrd. auf CHF 30 Mrd. gestiegen sind. Dies ist fast eine Verdreifachung der Kosten, d.h. eine Steigerung um 150 Prozentpunkte. Ganz anders sieht es bei der Kostenentwicklung zahnmedizinischer Leistungserbringung zu Lasten der OKP aus: betrugen im Jahr 1996 die Kosten noch CHF 74,4 Mio. betrugen diese im Jahr gerade noch CHF 56 Mio. Dies ist eine Verminderung der zahnärztlichen Kosten um 25 Prozentpunkten, was sehr bemerkenswert ist in Anbetracht der Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung (von 1996 bis 2016 ist die ständige Wohnbevölkerung von 7,062 Mio. auf 8,327 Mio. gestiegen, d.h. eine Zunahme um 18 Prozentpunkte). In anderen Worten lässt sich folgende Aussage machen: im Jahr 1996 machten die zahnärztlichen Leistungen am Gesamtkuchen OKP noch 0,633% und im Jahr 2016 gerade noch 0,18% aus. Dies lässt auch die Aussage zu, dass die Zahnbehandlungen in der OKP bei weitem nicht zu den Kostentreibern gehören und schlussendlich die Prämien belasten – im Gegenteil! Diese Feststellung zur Kostenentwicklung steht dem in der Vorlage gemachten Generalverdacht der Mengenausweitung entgegen, d.h. es ist in keiner Weise erwiesen, dass in der zahnmedizinischen Leistungserbringung Mengenausweitung stattfindet, die Kosten dadurch explodieren würden und deshalb Kostendämpfungsmassnahmen – dergestalt wie im Entwurf beabsichtigt – ergriffen werden müssen. Aus diesem Grund kann die Zahnärzteschaft als gesetzliche Leistungserbringer kaum bei der Kostenexplosion der Kosten OKP und damit einhergehenden jährlichen Prämienzuschlägen mitverantwortlich gemacht werden. Diese besondere Stellung der Zahnärzteschaft in der OKP ist hinreichend Rechnung zu tragen. Es werden im vorgelegten Paket 1 zur Kostendämpfung Massnahmen vorgeschlagen, welche – zumindest für den äusserst marginalen Bereich der zahnärztlichen Leistungserbringung zu Lasten der OKP – völlig am Ziel vorbeischiessen und die Zahnärzteschaft in keiner Relation damit belastet würde resp. Aufwand betreiben müsste.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Entsprechend ist grösstes Augenmerk auf das Gebot der Verhältnismässigkeit bezüglich der Zahnärzteschaft bei dem vorliegenden Kostendämpfungspaket zu richten und gegebenenfalls entsprechende Ausnahmeregelungen in den einzelnen Massnahmebereichen für nur marginal betroffene Leistungserbringerkreise vorzusehen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	<u>Vorbemerkung 2</u> Die eher marginale Übernahme von Kosten für zahnärztliche Behandlungen unter der OKP entspricht dem damaligen (und auch heutigen) politischen Willen, welcher in Art. 31 KVG verankert ist und eben nur ein sehr limitiertes Behandlungsfeld in der zahnmedizinischen Grundversorgung unter der OKP einnimmt (unter dem Motto «Zahnschäden sind vermeidbar mittel Prophylaxe»). Die SSO hat bisher keine politischen Signale wahrgenommen, dass der zahnärztliche Leistungskatalog unter der OKP ausgeweitet werden sollte. Die Eigenverantwortung jedes einzelnen Bürgers und Bürgerin bei seiner eigenen Mundgesundheit und dem Fakt, dass vermeidbare Zahnschäden primär aus eigenen privaten Mitteln bezahlt werden müssen, trägt wesentlich dazu bei, dass im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung in der Schweiz insgesamt weder eine Kostenexplosion noch eine markante Kostenentwicklung nach oben zu beobachten ist. Der freie Markt in der zahnmedizinischen Versorgung wird bestimmt durch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern und wirkt sich mit einer moderaten Kostenentwicklung aus. Die Privatpatienten sind äusserst sensitiv betreffend Kosten, welche aus der eigenen Tasche bezahlt werden müssen. Das kostenbewusste Vorgehen wird vom Leistungserbringer und dem Patienten bei der Therapiewahl massgeblich beeinflusst. Bei den Zahnärzten besteht heute schon eine Kontrolle der Kosten, weil dies zwingend <u>vor Behandlungsbeginn</u> (Ausnahme Notfälle) von einem Vertrauenszahnarzt der Behandlungsplan auf WZW gemäss Tarifvertrag überprüft werden müssen und der Kostenvoranschlag genehmigt werden muss vor.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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.	42	3	Dritter Satz	<u>Rechnungskontrolle:</u> Die SSO unterstützt das Grundanliegen, dass im System des tiers payant die versicherten Personen eine Rechnungskopie zugestellt wird und damit das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt wird. Die SSO sieht jedoch den Mehrwert nicht, die bereits bestehende Zuständigkeitsordnung auf Gesetzesstufe zu hieven. Die Grundlage ist für diese Pflicht ist bereits auf Gesetzesstufe verankert (Art. 42 Abs. 3 KVG) und auf Verordnungsstufe klar geregelt (Art. 59 Abs. 4 KVV).	Entwurfsvorschlag streichen, da bereits hinreichend geregelt.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	43	5	Erster Satz	<u>Ambulanter Pauschaltarif:</u> Die SSO hält am System eines sachgerechten und betriebswirtschaftlich berechneten Einzelleistungstarifs fest. Mit ambulanten Pauschalen besteht die grosse Gefahr, dass die Sachgerechtigkeit verloren geht und eine sachfremde Vermengung von preisbestimmenden Faktoren erfolgt. Die SSO hält nichts von auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschalen. Die SSO unterstützt Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur – so wie nach dem bisherigen System.	Die «Patientenpauschaltarife» sind ersatzlos zu streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	47a			<u>Nationales Tariffbüro:</u> Die SSO ist ganz entschieden gegen die Schaffung eines nationalen Tariffbüros. Die zahnärztlichen Leistungen zu Lasten der OKP machen seit Jahren weniger	Artikel 47a ist ersatzlos zu streichen. Eventualiter ist eine Ausnahmeregelung für die zahnärztlichen Leistungserbringer vorzusehen, indem sie von

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.			als 1% der Gesamtkosten OKP aus und sind seit Jahren tendenziell am Sinken. Die Abrechnung über dieses Tarifsystern OKP ist aus Sicht der Zahnärzteschaft äusserst limitiert und entsprechend ist der potentielle Wirkungsgrad eines nationalen Tariffbüros, welches zur Kostendämpfung beitragen soll, äusserst gering. Dieses nationale Tariffbüro dürfte sich von Gesetzes wegen nur zum Tarifwesen im Bereich OKP äussern – nicht jedoch in den anderen sozialversicherungsrechtlichen Bereichen oder gar im Privatpatientenbereich. Es ist absolut unverhältnismässig, wenn für die zahnärztliche Leistungserbringung und deren Abgeltung ein derartiges nationales Tariffbüro nur gerade für den marginalen OKP-Bereich geschaffen werden müsste und entsprechend unverhältnismässig Aufwand und damit verbundene Kosten verursacht – ein Effekt, welcher ja gerade vermieden werden soll mit dieser Vorlage. Die Vorlage ist zudem unklar, ob jeder einzelne Verband der Leistungserbringer und der Versicherten in je einem solchen nationalen Tariffbüro Einsitz nehmen soll (Tariffbüro FMH-Versichertenverband, Tariffbüro SSO-Versichertenverband, etc.) oder ob es nur ein einziges nationales Tariffbüro geben soll, in welchem die Verbände der Leistungserbringer nach Gewicht dort drin dann vertreten wären. Zudem ist unklar, wie konkret die Verbände der Versicherer sich gewichten würden (tarifsuisse, cura futura). Zudem besteht gemäss der Vorlage zu wenig Gewähr, dass Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt. Eine paritätische Ausgestaltung in einem nationalen Tariffbüro ist – wenn schon – sowieso ein «must», d.h. zwingend – es stellt sich aber klarerweise auch die Frage, wer der Involvierten schlussendlich den Stichentscheid in einer Tarifangelegenheit hat.	dieser Pflicht befreit werden.
--------------------------------	--	--	---	---------------------------------------

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Im stationären Bereich musste die Zahnärzteschaft die Erfahrung machen, dass sie bei Einführung von DRG schlicht vergessen wurden. Das bisherige System hat sich aus Sicht der SSO soweit bewährt und es ist daran festzuhalten.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47b	Abs. 1		<u>Datenbekanntgabe:</u> Die SSO ist gegen ein nationales Tariffbüro und damit auch gegen eine Pflicht zur Datenbekanntgabe im Tariffwesen für ambulante Behandlungen an eine solche Institution. Die Datenbekanntgabe müsste sich ohnehin auf den OKP-Bereich beschränken, da weitergehend die gesetzliche Grundlage fehlt. Die Datenerhebung ist mit einem grossen Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden. Es ist unverhältnismässig eine solche Datenerhebung zu betreiben, da die zahnärztliche Leistungserbringung weniger als 1% der OKP-Leistungen ausmacht und damit ganz offensichtlich keine massgebliche Hebelwirkung zur Kostendämpfung erzeugt werden kann. Bezogen auf die Zahnärzteschaft zielt die kostendämpfende Massnahme mit der Datenerhebung am Ziel vorbei.	Artikel 47b ist ersatzlos zu streichen. Eventualiter ist eine Ausnahmeregelung für die zahnärztlichen Leistungserbringer vorzusehen, indem sie von dieser Pflicht befreit werden. Subeventualiter ist bei Annahme der Bestimmung «kostenlos» zu streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47b	Abs. 2		Wenn eine Pflicht zur Datenerhebung eingeführt werden würde, dann soll der Bundesrat die Daten weiterhin erst dann erhalten, wenn die Tarifierfassung durch die Organisation erfolgt ist. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie der Tarifpartner. Das subsidiäre System, bei welchem der Bundesrat erst dann in die Tarifautonomie eingreift, wenn die Tarifverhandlungen scheitern, würde in der Folge zu Gunsten eines Staatstarifs aufgegeben werden.	Artikel 47b ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Es ist zudem nicht definiert, welches die Voraussetzungen für die «Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise» sind. Die Vorlage ist viel zu wage.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47b	Abs. 3		Die SSO ist gegen ein nationales Tariffbüro und damit auch gegen eine Pflicht zur Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen an eine solche Institution. Entsprechend ist Artikel 47b Abs. 3 nicht notwendig.	Artikel 47b ist ersatzlos zu streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47c			<u>Steuerung der Kosten:</u> Die Tarifpartner werden dazu verpflichtet, zwecks Reduktion von Mengen- und Kostenerhöhungen Korrekturmassnahmen in Tarifverträgen vorzusehen. Damit sind degressive Tarife absehbar – ab dem Überschreiten eines vorgegebenen Kostenziels. Dies Verträge haben nur Gültigkeit, wenn sie vom Bundesrat genehmigt wurden. Gibt es eine ungerechtfertigte Erhöhung der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr, ist eine Korrektur vorzunehmen. Können sich die Tarifpartner nicht einigen, erhält der Bundesrat die subsidiäre Kompetenz, selbst Massnahmen zur Steuerung der Kosten festzulegen. De facto wird damit ein Globalbudget eingeführt, welches klarerweise abgelehnt wird.	Artikel 47c ist ersatzlos zu streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	52	ff.		<u>Referenzpreissystem bei Arzneimittel:</u> Der vorgeschlagene Text der Artikel 52, 52a und 52b wird abgelehnt aus Gründen von damit verbundenem administrativem Mehraufwand und Unvereinbarkeit mit der Patientensicherheit.	Artikel 52, 52a und 52b sind ersatzlos zu streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	53			<u>Beschwerderecht Versicherer:</u> Die Einräumung eines Beschwerderechts der Versicherer bedeutet eine Machtverschiebung zu Gunsten der Versicherer. Aus diesem Grund ist diese Bestimmung abzulehnen.	Artikel 53 ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	59	Abs. 1		<u>Sanktionswesen:</u> grundsätzlich einverstanden. Es geht nicht um die Rechnungsstellung an sich (Artikel 42), sondern um die Verletzung der Pflicht zur Zustellung der Rechnung an den Versicherten im System des Tiers payant. Die Formulierung im vorliegenden Entwurf ist unpräzise und ist entsprechend zu korrigieren.	Artikel 59 ist betreffend «Zustellung» zu präzisieren.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	59b	Abs. 1	lit. b	<u>Pilotprojekte:</u> Es besteht grundsätzlich Verständnis für die Idee dieses Experimentierartikels, wenn dadurch tatsächlich eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit angestrebt wird und nicht nur eine einseitige Kostenbeschneidung beim Leistungserbringer unter Aushebelung betriebswirtschaftlicher Kriterien bei der Tarifierung. Weiter gilt es auf Gesetzesstufe festzuhalten, dass bei derartigen Pilotprojekten die Leistungserbringer und Versicherer zwingend einzubinden und anzuhören sind. <u>Auslandbehandlung:</u> Die SSO ist dezidiert gegen die Übernahme von Behandlungen im Ausland (lit. b), sofern es sich um eine Aufweichung des gesetzlich verankerten Territorialitätsprinzips geht (und damit weiter gefasst wird als Artikel 34 KVG i.V.m. Artikel 36 ff KVV). - Es gibt einen reichen Erfahrungsschatz über Fälle von zahnärztlichen Behandlungen im Ausland (Dentaltourismus), bei welchen Über- und Fehlbehandlungen zu beklagen waren und damit die <u>Patientensicherheit</u> sowie Patientenwohl missachtet wurde. Die Patientenschutzorganisationen geben hierzu ein klares Statement ab und kennen die Problematik. Dass damit Kosten eingespart werden	Artikel. 59b ist ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				können mit billigeren Leistungen im Ausland ist deshalb ein Trugschluss. Es gibt oft zahnmedizinische Komplikationen, welche dann in der Schweiz vom heimischen Leistungserbringer nachversorgt werden müssen. Zudem fehlt bei ausländischen Behandlungen oft die mittel-/langfristige Sichtweise bei einer zahnmedizinischen Versorgung (e.g. Billigimplantate oder Kronen mit einer deutlich geringeren Lebensdauer, etc.). <u>Zudem ist es für den Patienten/Patientin (oder Versicherer) oft sehr schwierig bis unmöglich bei Behandlungsfehlern oder gar Haftpflichtfällen im Ausland auf den Behandler zurückzugreifen und diesen rechtlich zur Verantwortung zu ziehen.</u> Ob dann auch eine obligatorische Haftpflichtversicherung im Ausland vorgesehen ist, welche dann zur Schadensdeckung herbeigezogen werden kann, muss offenbleiben. - Weiter ist die Zulassung von Leistungserbringungen im Ausland zu Lasten der OKP <u>volkswirtschaftlicher Nonsens</u>. Zudem setzt es die inländischen Zahnärzte zusätzlich unter Druck, da die Auslastung inländischer Zahnarztpraxen in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat (Der Grund ist die ungefilterte Zulassung ausländischer Zahnärzte und Zahnärztinnen in der Schweiz infolge der automatischen EU-Diplomanerkennung gestützt auf die Bilateralen II). Weiter ist es auch notorisch, dass die Lohn- und Infrastrukturkosten in der Schweiz deutlich höher sind als im Ausland, weshalb eine ärztliche Leistungserbringung in der Schweiz aus betriebswirtschaftlichen Gründen mit höheren Kosten verbunden sind. Das Abschieben von Leistungserbringung ins Ausland ist eine	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				<u>Wettbewerbsverzerrung</u>, da nicht mit gleichen Ellen gemessen wird. - Zudem bewirkt die systematische Auslagerung medizinischer Leistungserbringung ins Ausland eine <u>Inländerdiskriminierung</u> in der Schweiz. Die Leistungserbringer in der Schweiz müssen – aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (MedBG, HMG, etc.) – höchste Standards bei Ihrer Berufsausübung einhalten (Weiter- und Fortbildungspflichten, Berufsregeln und Ethik, etc.). Die Erfüllung dieser Standards, welche periodisch überprüft und nachgewiesen werden müssen (Fortbildungspflicht, Hygienekontrolle, Strahlenschutz, Recycling, usw.), führt zu der hohen Qualität der medizinischen Versorgung und Versorgungssicherheit in der Schweiz. Dies hat seinen Preis. Mit der Verlagerung medizinischer Leistungserbringung ins Ausland wird diese hohe Qualität medizinischer Leistungen und Versorgungssicherheit in der Schweiz auf fahrlässige Weise aufs Spiel gesetzt. Zudem ist es auch eine Frage der Patientensicherheit, da keine Garantien über die Behandlungsqualität und -standards im Ausland abgegeben werden können. <u>Einschränkung Wahlfreiheit</u>: mit dieser Bestimmung wird der fundamentale Grundsatz der freien Arztwahl durch den Patienten/Patientinnen auf empfindlichste Weise geritzt. Dies ist klar abzulehnen. Die möglichen Kriterien für eine solche Einschränkung sind zudem äusserst unklar und es betrifft das Grundrecht der Wirtschaftsfreiheit derjenigen Leistungserbringer, welche nicht	
		Abs. 1	lit. c		

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Abs. 1	lit. f	gewählt werden können. Eine derartige Einschränkung braucht eine klar ausformulierte gesetzliche Grundlage. <u>Weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten:</u> Diese Formulierung ist viel zu offen und entspricht einem Freipass für jede Art von Massnahmen. Dies ist abzulehnen.	
		Abs. 3		<u>Kompetenzdelegation EDI:</u> Die Rechte und Pflichten der sog. Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pilotprojekt müssen auf Gesetzesstufe und nicht nur auf Verordnungsstufe geregelt werden – wenn schon.	
		Abs. 4		<u>Obligatorium:</u> Die Verpflichtung zur Teilnahme an Pilotprojekten durch die Leistungserbringer- oder Versichertenverbände wird abgelehnt.	
		Abs. 5		<u>Kompetenz-Konzentration BR:</u> Die Kompetenz-Konzentration gemäss Abs. 5 ist weder lösungsorientiert noch zielführend. Wenn schon, dann sollen die Leistungs- und Versicherungsverbände Pilotprojekte initiieren, beantragen und mitausarbeiten.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 18a und Art. 26 MVG			Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im MVG sollen im Rahmen eines MVG-	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht über die Hintertür der vorliegenden KVG-Teilrevision (Kotendämpfungsmassnahmen). Die SSO lehnt aus diesen Gründen die Änderung dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab. Diese Ausführungen gelten ebenso für den Artikel 26 MVG.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 56 und Art. 68 UVG			Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im UVG sollen im Rahmen eines UVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht über die Hintertür der vorliegenden KVG-Teilrevision (Kotendämpfungsmassnahmen). Die SSO lehnt aus diesen Gründen die Änderung dieser Erlasse in den weiteren Sozialversicherungszweigen ab.	Ersatzlos zu streichen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 26, 27, 27bis, 27ter und 69 IVG			Nicht nachvollziehbar ist, warum so wichtige Sozialversicherungszweige wie UV/MV/IV im Rahmen eines Kostendämpfungsprogrammes des KVG abgehandelt werden. Zudem handelt es sich um massive Eingriffe wie die Einführung des Globalbudgets und die umfassende kostenlose Datenbekanntgabe an den Bundesrat. Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen eines IVG-Revisionsverfahrens behandelt werden und nicht über die Hintertür der vorliegenden KVG-Teilrevision (Kotendämpfungsmassnahmen). Die SSO lehnt aus diesen Gründen die Änderung dieser	Ersatzlos zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 : 12.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Der Schweizer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Der svbg (Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen) ist der grösste Dachverband von Gesundheitsberufen in der Schweiz. Er vertritt 14 Mitgliedverbände und insgesamt rund 52'000 Gesundheitsfachpersonen.
	Grundsätzlich erkennen wir die Notwendigkeit, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen. Die Vertreter/innen der Gesundheitsberufe sind auch grundsätzlich bereit, hier auf für sie vertretbare Lösungen hinzuarbeiten. Zentrale Kriterien bei der Ausgestaltung von Lösungen sind die Sicherstellung von Behandlungsqualität und Patienten- und Versorgungssicherheit und Rahmenbedingungen, die der Lösung von Tarifierungs- und Entschädigungsfragen förderlich sind. Die vorliegenden Vorschläge fokussieren einseitig auf die Kosten: dies halten wir für zu wenig differenziert. Fragen der Versorgungsqualität und -sicherheit werden zu wenig gewichtet und insbesondere wird zu wenig berücksichtigt, dass und wie die demographische Entwicklung und andere Faktoren die Steigerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen beeinflussen. Die Lösungen müssen für die von uns vertretenen Berufsverbände finanziell tragbar und vertretbar sein. Es kann nicht sein, dass Massnahmen zur Kostendämpfung bei den Leistungserbringern zu momentan noch nicht absehbaren neuen Kosten führen, welche im Endeffekt auf Kosten der einzelnen Gesundheitsfachpersonen gehen, welche über ihre Mitgliederbeiträge die Verbände finanzieren.
	Wir werden uns zu den folgenden Vorschlägen äussern: -Zwingende Rechnungskopie an PatientInnen -Ambulante Pauschaltarife -Schaffung von Tariforganisationen -Kostenlose Weitergabe von Daten durch Leistungserbringer -Verträge der Tarifpartner zu Massnahmen zur Steuerung der Kosten -Experimentierartikel Wir verzichten hingegen auf eine Stellungnahme zu: Referenzpreise für Arzneimittel und Beschwerderecht für Verbände der Krankenversicherer

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
svbg	42	3	3	Rechnungskopie: Der svbg stellt sich nicht gegen die Pflicht der Leistungserbringer, im System Tiers payant der versicherten Person eine Rechnungskopie zuzustellen, obwohl dies mit administrativem Mehraufwand verbunden ist. In mehreren Tarifverträgen unserer Mitglieder ist dies schon umgesetzt.	-
svbg	43	5		Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife: Der svbg unterstützt die Vorgabe, dass Pauschaltarife im ambulanten Tarif gesamtschweizerisch einheitlichen <i>Tarifstrukturen</i> folgen sollen. Die im erläuternden Bericht erwähnte Präzisierung, dass der Basiswert regional oder kantonal unterschiedlich sein kann, ist aus unserer Sicht zentral und unbedingt beizubehalten. Dass auf eine Pflicht zur Vereinbarung von ambulanten Pauschaltarifen verzichtet wird, ist zwingend beizubehalten. Den Ansatz, die Tarifpartner anzuhalten, regelmässig – gemeinsam - zu prüfen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen, finden wir prüfenswert. Die Einführung von Pauschaltarifen im ambulanten Bereich können wir allerdings nur dann unterstützen, • wenn es sich um zeitlich und inhaltlich klar definierbare	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Problemstellungen handelt; • wenn alle von der Pauschale betroffenen Leistungserbringer (Berufsgruppen) bzw. deren Verbände in die Entwicklung des Tarifs einbezogen sind und sich damit einverstanden erklären können; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung sorgfältig aufgrund fachlicher Kriterien geprüft wird und damit keine pauschale Kürzung von Behandlungszeiten der medizinisch-therapeutischen Fachpersonen eingeführt wird; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung so angesetzt wird, dass Ansätze zur koordinierten Versorgung damit unterstützt werden (z.B. Einbezug von ergotherapeutischer Nachbehandlung bei der Entwicklung von Pauschaltarifen für handchirurgische Eingriffe); • wenn Faktoren wie Weg-/Zeitentschädigung bei Behandlungen am Domizil des Betroffenen berücksichtigt werden.	
svbg	47a			Schaffung von Tariforganisationen Die Berufsverbände sehen sich selber jetzt schon in der Pflicht, die Grundlagen bereitzustellen, um die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln. Grundsätzlich sind wir offen für die Bildung paritätisch besetzter Organisationen, mit dem Auftrag, die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln, vorausgesetzt, dass - pro Leistungserbringerkategorie bzw. Berufsgruppe je eine Tariforganisation geschaffen wird, - die Tarifpartner die Organisationsform und den Betrieb der	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Tariforganisation selber bestimmen und regeln, - innerhalb der Tariforganisation die Leistungserbringer paritätisch vertreten sind. Eine Zusammenführung aller Tarife innerhalb einer einzigen Tariforganisation lehnen wir entschieden ab.	
svbg	47a	2		Es ist zwingend, dass diese Organisationen schlank und kostengünstig aufgebaut werden können und dass Organisation und Betrieb von den Tarifpartnern selber geregelt werden können. Allfällige Vorgaben dürfen nicht zu kostenaufwändigen Organisationsformen führen, die bei den Berufsverbänden auf Kosten der Berufsangehörigen gehen, welche über ihre Verbandsmitgliedschaften die Aktivitäten ihrer Berufsverbände finanzieren. Dies ist insbesondere für die kleineren Leistungserbringer-Gruppen zentral; die Art der Organisationsform soll daher nicht detailliert festgelegt werden, bzw. die Festlegung der konkreten Organisationsform soll den Verbänden / Versicherern überlassen werden. So kann z.B. eine paritätische Kommission eine mögliche Organisationsform sein. Detaillierte Vorgaben betreffend Organisationsform und Betrieb lehnen wir auf diesem Hintergrund ab.	
svbg	47b	2		Datenbekanntgabe Dass die Leistungserbringer und Versicherer ihrer paritätisch geführten Tarif-Organisation die Daten, welche für die Pflege der Tarifstruktur notwendig sind, zur Verfügung stellen, liegt auf der Hand. Dass Daten an den Bundesrat <i>kostenlos</i> (und unter Androhung von Sanktionen) geliefert werden müssen, ist	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			unverhältnismässig; wir lehnen diese Forderung entschieden ab. Die Tarife für die frei Praktizierenden Berufsgruppen im medizinisch-therapeutischen Bereich (Logopädie, Ergotherapie, freipraktizierende Pflege usw.) sind so knapp berechnet, dass keine weiteren Kosten bzw. Lasten ohne entsprechende Entschädigung auf die Leistungserbringer überwältzt werden können. Statistische Erhebungen sind mit enormem Zeitaufwand verbunden und generieren zusätzliche Infrastrukturkosten.	
svbg	47c		Massnahmen zur Steuerung der Kosten Wir finden den Ansatz grundsätzlich interessant, dass die Tarifpartner gemeinsam Massnahmen zum Kostenmonitoring und zur Kostendämpfung festlegen. Die Offenheit, ob diese Massnahmen im Rahmen eines Tarifvertrages oder in einem separaten Vertrag geregelt werden, unterstützen wir.	
	47c	4	Absatz 4 sieht vor, dass Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten <i>gegenüber dem Vorjahr</i> festgelegt werden sollen. Eine solch kurzfristige Orientierung an der Vorjahresentwicklung lehnen wir ab. Diese Periode ist viel zu kurz, Anpassungen auf einer solchen Basis wären wohl kaum seriös. Wir plädieren für einen deutlich längeren Betrachtungszeitraum. Ausserdem bedingt ein solch engmaschiges Monitoring de facto eine jährliche oder Dauer-Erhebung der Daten. Die Berufsverbände haben nicht die finanziellen Mittel, um ein solches Dauer-Monitoring durchzuführen und auf Dauer aufrecht zu erhalten.	Sie müssen die Periodizität des Monitorings festlegen und Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber der vorgängigen Erhebungsperiode vorsehen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Wir beantragen hier eine offenere Formulierung und mehr Spielraum für die Tarifpartner im Festlegen der Periodizität des Monitorings.	
svbg	59b			Experimentierartikel Grundsätzlich unterstützen wir die Einführung des Experimentierartikels als Instrument zur Innovationsentwicklung. Wir bedauern jedoch, dass der Artikel ausschliesslich auf die Erprobung von Modellen zur Eindämmung der Kosten ausgerichtet ist. Bei aktuellen, wichtigen Ansatzpunkten wie zum Beispiel Smarter Medicine / Choosing wisely-Initiativen oder Projekten/Modellen zu integrierter bzw. Koordinierter Versorgung steht neben einem potentiellen kosteneindämmenden Aspekt die Qualität und Effizienz der Versorgung im Zentrum – ihre Auswirkungen können nicht ausschliesslich durch monetäre Einsparungen beurteilt werden. Andere prüfenswerte Ansatzpunkte wie frühzeitige Arbeitsintegration in der Rehabilitation führen möglicherweise nicht zu Einsparungen im Bereich zur OKP, jedoch in anderen Sozialversicherungen. Projekte dürfen also nicht allein unter dem Aspekt der Kostenwirksamkeit ausgewählt und beurteilt werden. Versorgungssicherheit und -qualität sind ebenso wichtig.	
svbg	59b	2		Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt. Das entspricht grundsätzlich der Definition von Pilotprojekten. Gemäss erläuterndem Bericht müssen aber die Projekte zwar nicht die ganze Schweiz abdecken, aber «...in einem genügenden Umfang». Hier fehlt uns die Berücksichtigung der Tatsache, dass innovative Projekte oft bottom-up, lokal, in kleinem Rahmen und mit kleinen Partnern entsteht.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

svbg	59b	4		Auch wenn wir sehen, dass ein Pilotprojekt nur bei angemessener Beteiligung aussagekräftige, verallgemeinerbare Resultate liefert, lehnen wir die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beteiligung an Pilotprojekten ab. Freiwilligkeit ist für uns eine Voraussetzung für Pilotprojekte; es darf nicht geschehen, dass einzelne Akteure (z.B. Versicherer) einseitig oder sogar gegen den Willen von Leistungserbringern Projekte lancieren können. Damit würde das Prinzip der <i>Tarifpartnerschaft</i> untergraben. Auch lehnen wir ab, dass Projekte von einzelnen Akteuren allein eingereicht werden können; es sind immer alle an dem entsprechenden Prozess oder Bereich beteiligten Akteure einzubeziehen.	-
svbg	59b	5		Bei der Festlegung des Verfahrens, der Zulassungsbedingungen, der Evaluation und der Weiterverfolgung der Pilotprojekte erwarten wir klare Kriterien und Transparenz bei der Vergabe der Projekte.	
svbg	59b	6		Der Bundesrat kann ein Pilotprojekt, das sich als kostenwirksam erwiesen hat, um ein Jahr verlängern. Wenn der Bundesrat in dieser Zeit keinen Entwurf für gesetzliche Grundlagen an das Parlament unterbreitet, tritt es ausser Kraft: - Es dürfen nicht nur die Kosten berücksichtigt werden. Andere Kriterien wie Versorgungssicherheit und -qualität sind zwingend zu beachten. Auch für Pilotprojekte gelten die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich). - Wo Abgeltungsfragen betroffen sind, sind die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt in den üblichen Tarifrevisionsprozess einzuspeisen und nicht via Gesetz einzuführen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				- Nicht geklärt ist die Frage, ob allein die Unterbreitung des Entwurfs automatisch zu einer weiteren Verlängerung des Pilotprojekts führt.	
svbg	59b			Finanzielle Anreize für Projekte sind nicht vorgesehen. Die Gesuchsteller müssen die Finanzierung selber sicherstellen. Das schätzen wir insbesondere für kleinere und nicht von institutionellen Trägern entwickelte Projekte als äusserst kritisch ein: es wirkt innovationshemmend, wenn sämtliche Kosten selber getragen werden müssen. Dies widerspricht der eigentlichen Grundidee eines Experimentierartikels	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen

Abkürzung der Firma / Organisation : SVDE

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Gabi Fontana

Telefon : 031 313 88 70

E-Mail : gabi.fontana@svde-asdd.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SVDE	Der Schweizerische Verband der Ernährungsberater/innen, SVDE, bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Der SVDE vereint diejenigen Ernährungs-berater/innen, die gemäss der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Art. 46 und 50a) befugt sind, Leistungen nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, Art. 9b) zu erbringen. Mit seinen mehr als 1300 Mitgliedern repräsentiert der SVDE über 80% der gesetzlich anerkannten Ernährungsberater/innen. Der SVDE ist seit seiner Gründung im Jahr 1942 ein unabhängiger Berufsverband innerhalb des schweizerischen Gesundheitswesens, politisch neutral und orientiert sich an einer vernetzten und wissenschaftlich fundierten Sichtweise der Ernährungsberatung und an international und national anerkannten Ernährungsempfehlungen.
SVDE	Grundsätzlich erkennen wir die Notwendigkeit, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen. Der SVDE ist auch grundsätzlich bereit, hier auf für sie vertretbare Lösungen hinzuarbeiten. Zentrale Kriterien bei der Ausgestaltung von Lösungen sind die Sicherstellung von Behandlungsqualität und Patienten- und Versorgungssicherheit und Rahmenbedingungen, die der Lösung von Tarifierungs- und Entschädigungsfragen förderlich sind. Die vorliegenden Vorschläge fokussieren einseitig auf die Kosten: dies halten wir für zu wenig differenziert. Fragen der Versorgungsqualität und -sicherheit werden zu wenig gewichtet und insbesondere wird zu wenig berücksichtigt, dass und wie die demographische Entwicklung und andere Faktoren die Steigerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen beeinflussen. Die Lösungen müssen für den SVDE und seine Mitglieder finanziell tragbar und vertretbar sein. Es kann nicht sein, dass Massnahmen zur Kostendämpfung bei den Leistungserbringern zu momentan noch nicht absehbaren neuen Kosten führen, welche im Endeffekt auf Kosten der einzelnen Gesundheitsfachpersonen gehen, welche über ihre Mitgliederbeiträge die Verbände finanzieren.
SVDE	Wir werden uns zu den folgenden Vorschlägen äussern: -Zwingende Rechnungskopie an PatientInnen -Ambulante Pauschaltarife -Schaffung von Tariforganisationen -Kostenlose Weitergabe von Daten durch Leistungserbringer -Verträge der Tarifpartner zu Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	-Experimentierartikel Wir verzichten hingegen auf eine Stellungnahme zu folgenden Punkten: Referenzpreise für Arzneimittel und Beschwerderecht für Verbände der Krankenversicherer

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVDE	42	3	3	Rechnungskopie: Der SVDE stellt sich nicht gegen die Pflicht der Leistungserbringer, im System Tiers payant der versicherten Person eine Rechnungskopie zuzustellen. In unseren bestehenden Tarifverträgen ist dies schon umgesetzt.	-
SVDE	43	5		Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife: Der SVDE unterstützt die Vorgabe, dass Pauschaltarife im ambulanten Tarif gesamtschweizerisch einheitlichen <i>Tarifstrukturen</i> folgen sollen. Dass auf eine Pflicht zur Vereinbarung von ambulanten Pauschaltarifen verzichtet wird, ist zwingend beizubehalten. Den Ansatz, die Tarifpartner anzuhalten, regelmässig – gemeinsam - zu prüfen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen, finden wir prüfenswert. Die Einführung von Pauschaltarifen im ambulanten Bereich können wir allerdings nur dann unterstützen, • wenn es sich um zeitlich und inhaltlich klar definierbare Problemstellungen handelt; • wenn alle von der Pauschale betroffenen Leistungserbringer (Berufsgruppen) bzw. deren Verbände in die Entwicklung des Tarifs einbezogen sind und sich damit einverstanden erklären	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				können; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung sorgfältig aufgrund fachlicher Kriterien geprüft wird und damit keine pauschale Kürzung von Behandlungszeiten der medizinisch-therapeutischen Fachpersonen eingeführt wird; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung so angesetzt wird, dass Ansätze zur koordinierten Versorgung damit unterstützt werden; • wenn Faktoren wie Weg-/Zeitentschädigung bei Behandlungen am Domizil des Betroffenen berücksichtigt werden.	
SVDE	47a			Schaffung von Tariforganisationen Der SVDE sieht sich jetzt schon in der Pflicht, die Grundlagen bereitzustellen, um die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln. Grundsätzlich sind wir offen für die Bildung paritätisch besetzter Organisationen, mit dem Auftrag, die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln, vorausgesetzt, dass - pro Leistungserbringerkategorie bzw. Berufsgruppe je eine Tariforganisation geschaffen wird, - die Tarifpartner die Organisationsform und den Betrieb der Tariforganisation selber bestimmen und regeln, - innerhalb der Tariforganisation die Leistungserbringer paritätisch vertreten sind. Eine Zusammenführung aller Tarife innerhalb einer einzigen Tariforganisation lehnen wir entschieden ab.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

SVDE	47a	2		Es ist zwingend, dass diese Organisationen schlank und kostengünstig aufgebaut werden können und dass Organisation und Betrieb von den Tarifpartnern selber geregelt werden können. Allfällige Vorgaben dürfen nicht zu kostenaufwändigen Organisationsformen führen, die bei den Berufsverbänden auf Kosten der Berufsangehörigen gehen, welche über ihre Verbandsmitgliedschaften die Aktivitäten ihrer Berufsverbände finanzieren. Dies ist insbesondere für uns als kleine Leistungserbringer-Gruppe zentral; die Art der Organisationsform soll daher nicht detailliert festgelegt werden, bzw. die Festlegung der konkreten Organisationsform soll den Verbänden / Versicherern überlassen werden. So kann z.B. eine paritätische Kommission eine mögliche Organisationsform sein. Detaillierte Vorgaben betreffend Organisationsform und Betrieb lehnen wir auf diesem Hintergrund ab.	
SVDE	47b	2		Datenbekanntgabe Dass die Leistungserbringer und Versicherer ihrer paritätisch geführten Tarif-Organisation die Daten, welche für die Pflege der Tarifstruktur notwendig sind, zur Verfügung stellen, liegt auf der Hand. Dass Daten an den Bundesrat <i>kostenlos</i> (und unter Androhung von Sanktionen) geliefert werden müssen, ist unverhältnismässig; wir lehnen diese Forderung entschieden ab. Die Tarife für die frei Praktizierenden Ernährungsberater/innen sind so knapp berechnet, dass keine weiteren Kosten bzw. Lasten ohne entsprechende Entschädigung auf sie überwält werden können. Statistische Erhebungen sind mit enormem Zeitaufwand	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				verbunden und generieren zusätzliche Infrastrukturkosten.	
SVDE	47c			Massnahmen zur Steuerung der Kosten Wir finden den Ansatz grundsätzlich interessant, dass die Tarifpartner gemeinsam Massnahmen zum Kostenmonitoring und zur Kostendämpfung festlegen. Die Offenheit, ob diese Massnahmen im Rahmen eines Tarifvertrages oder in einem separaten Vertrag geregelt werden, unterstützen wir.	
SVDE	47c	4		Absatz 4 sieht vor, dass Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten <i>gegenüber dem Vorjahr</i> festgelegt werden sollen. Eine solch kurzfristige Orientierung an der Vorjahresentwicklung lehnen wir ab. Diese Periode ist viel zu kurz, Anpassungen auf einer solchen Basis wären wohl kaum seriös. Wir plädieren für einen deutlich längeren Betrachtungszeitraum. Ausserdem bedingt ein solch engmaschiges Monitoring de facto eine jährliche oder Dauer-Erhebung der Daten. Der SVDE verfügt nicht über die finanziellen Mittel, um ein solches Dauer-Monitoring durchzuführen und auf Dauer aufrecht zu erhalten. Wir beantragen hier eine offenere Formulierung und mehr Spielraum für die Tarifpartner im Festlegen der Periodizität des Monitorings.	Sie müssen die Periodizität des Monitorings festlegen und Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber der vorgängigen Erhebungsperiode vorsehen.
SVDE	59b			Experimentierartikel Grundsätzlich unterstützen wir die Einführung des Experimentierartikels als Instrument zur Innovationsentwicklung. Wir bedauern jedoch, dass der Artikel ausschliesslich auf die Erprobung von Modellen zur Eindämmung der Kosten	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				ausgerichtet ist. Bei aktuellen, wichtigen Ansatzpunkten wie zum Beispiel Smarter Medicine / Choosing wisely-Initiativen oder Projekten/Modellen zu integrierter bzw. Koordinierter Versorgung steht neben einem potentiellen kosteneindämmenden Aspekt die Qualität und Effizienz der Versorgung im Zentrum – ihre Auswirkungen können nicht ausschliesslich durch monetäre Einsparungen beurteilt werden. Andere prüfenswerte Ansatzpunkte wie frühzeitige Arbeitsintegration in der Rehabilitation führen möglicherweise nicht zu Einsparungen im Bereich OKP, jedoch in anderen Sozialversicherungen. Projekte dürfen also nicht allein unter dem Aspekt der Kostenwirksamkeit ausgewählt und beurteilt werden. Versorgungssicherheit und -qualität sind ebenso wichtig.	
SVDE	59b	2		Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt. Das entspricht grundsätzlich der Definition von Pilotprojekten. Gemäss erläuterndem Bericht müssen aber die Projekte zwar nicht die ganze Schweiz abdecken, aber «...in einem genügenden Umfang». Hier fehlt uns die Berücksichtigung der Tatsache, dass innovative Projekte oft bottom-up, lokal, in kleinem Rahmen und mit kleinen Partnern entsteht.	
SVDE	59b	4		Auch wenn wir sehen, dass ein Pilotprojekt nur bei angemessener Beteiligung aussagekräftige, verallgemeinerbare Resultate liefert, lehnen wir die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beteiligung an Pilotprojekten ab. Freiwilligkeit ist für uns eine Voraussetzung für Pilotprojekte; es darf nicht geschehen, dass einzelne Akteure (z.B. Versicherer) einseitig oder sogar gegen den Willen von Leistungserbringern Projekte lancieren können. Damit würde das Prinzip der	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Tarif<i>partnerschaft</i> untergraben. Auch lehnen wir ab, dass Projekte von einzelnen Akteuren allein eingereicht werden können; es sind immer alle am entsprechenden Prozess oder Bereich beteiligten Akteure einzubeziehen.	
SVDE	59b	5		Bei der Festlegung des Verfahrens, der Zulassungsbedingungen, der Evaluation und der Weiterverfolgung der Pilotprojekte erwarten wir klare Kriterien und Transparenz bei der Vergabe der Projekte.	
SVDE	59b	6		Der Bundesrat kann ein Pilotprojekt, das sich als kostenwirksam erwiesen hat, um ein Jahr verlängern. Wenn der Bundesrat in dieser Zeit keinen Entwurf für gesetzliche Grundlagen an das Parlament unterbreitet, tritt es ausser Kraft: - Es dürfen nicht nur die Kosten berücksichtigt werden. Andere Kriterien wie Versorgungssicherheit und -qualität sind zwingend zu beachten. Auch für Pilotprojekte gelten die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich). - Wo Abgeltungsfragen betroffen sind, sind die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt in den üblichen Tarifrevisionsprozess einzuspeisen und nicht via Gesetz einzuführen. - Nicht geklärt ist die Frage, ob allein die Unterbreitung des Entwurfs automatisch zu einer weiteren Verlängerung des Pilotprojekts führt.	
SVDE	59b			Finanzielle Anreize für Projekte sind nicht vorgesehen. Die Gesuchsteller müssen die Finanzierung selber sicherstellen. Das schätzen wir insbesondere für kleinere und nicht von institutionellen Trägern entwickelte Projekte als äusserst kritisch ein: es wirkt innovationshemmend, wenn sämtliche Kosten selber	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				getragen werden müssen. Dies widerspricht der eigentlichen Grundidee eines Experimentierartikels	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel

Abkürzung der Firma / Organisation : SVKH

Adresse : Amthausgasse 18, 3011 Bern

Kontaktperson : Walter Stüdeli

Telefon : 031 560 00 24

E-Mail : walter.stuedeli@svkh.ch

Datum : **14. Dezember 2018**

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SVKH	Der SVKH begrüsst den Massnahmenplan im Grundsatz. Er sieht aber die Auswahl der Massnahmen als eher kritisch und arbiträr an. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten als zentrale und effektive Massnahme fehlt im Vorentwurf. Weiter bemängeln wir, dass ein wichtiges Qualitätsthema, die Medikationssicherheit, nicht angesprochen wird. Unerwünschte Arzneimittel-Ereignisse UAE sind in der Schweiz recht häufig (siehe z.B. «Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz?», Liat Fishman, Lea Brühwiler, David Schwappach, Stiftung Patientensicherheit, 2018). Dank digitalen Instrumenten gibt es Möglichkeiten, die Fehlerquote zu senken und Spitaleinweisungen zu verhindern. Digitale Algorithmen bieten auch Möglichkeiten, u.a. den Antibiotika-Einsatz zu reduzieren und Alternativen im Bereich der Komplementär- und Phytoarzneimittel anzuwenden. Der SVKH schlägt vor, das Thema des elektronischen Medikationsprozesses inkl. Algorithmen für Substitutionsmöglichkeiten wie auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Informiertheit der Patientinnen und Patienten als prioritäre Massnahmen vorzusehen. Der SVKH äussert sich nachfolgend zu Artikeln, von denen er betroffen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SVKH	43	5		Ablehnung Der SVKH lehnt Patientenpauschalen für den Bereich der ärztlichen Komplementärmedizin ab. Erfahrungen zeigen, dass sich Patientenpauschalen negativ auf die Versorgung und die Behandlungsqualität auswirken können (z.B. Patientenselektion).	
SVKH	52a			Ablehnung Der SVKH lehnt die Einführung eines Billigst-Prinzips gemäss Art. 52a und eines Referenzpreissystems gemäss Art. 52b. Wird nur noch das günstigste Arzneimittel oder der günstigste Wirkstoff vergütet, so sinkt die Arzneimittelvielfalt und die aktuellen Versorgungsengpässe nehmen weiter zu. Eventualiter: Falls der Bundesrat beschliesst, dem Parlament eine Botschaft/Gesetzesvorschlag für ein Referenzsystem zu überweisen, so soll er aus Gründen der Gleichbehandlung alle Arzneimittel (inkl. SL 70.01) subsummieren. Dabei ist die Lösung wie in Art. 52a beschreiben als Zuzahlungsmöglichkeit auszugestalten, wobei ein möglichst einfaches System zu wählen ist. Die deutsche Lösung erachten wir als untauglich. Ausserdem weisen wir darauf hin, dass für die Patientensicherheit nicht nur der Wirkstoff, sondern die Galenik eines Arzneimittels für die Verträglichkeit und Wirksamkeit wesentlich ist.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

SVKH	52b			Ablehnung, Begründung siehe oben	
SVKH	59b			Zustimmung mit Vorbehalt Der SVKH begrüsst die Schaffung eines Experimentierartikels. Gleichzeitig sollen Pilotprojekte nicht einseitig aufgrund von Kostenkriterien beurteilt werden. Ebenso wichtig sind Versorgungskriterien. Ziel des KVG ist es nicht Geld zu sparen, sondern für eine ausgewogene, allen zugängliche Versorgung zu sorgen. Nachfolgend schlagen wir folgende Projekte für einen Experimentierartikel vor: - Integriertes Versorgungsmodell mit Experte in Komplementärmedizin (z.B. ApothekerInnen mit Fähigkeitsausweis, DrogistInnen HF, eid. diplomierte Naturheilpraktiker) als Gate-Keeper. - Hausarztpraxis, die präventiv und kurativ gezielt Massnahmen ergreift, um den Antibiotika-Einsatz nachhaltig zu reduzieren (unter Anwendung von Komplementär- und Phytoarzneimitteln, die in der SL und Hors-SL sind).	
SVKH	59	4		Der SVKH lehnt ein Obligatorium zur Teilnahme ab. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme von Gesundheitsfachpersonen, die ausserhalb des KVG tätig sind, ist in der freien Marktwirtschaft undenkbar.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SVKH		Der gesamte Medikationsprozess soll nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen (eMedikationsplan, eRezept, eAbgabe, eMedikationComment, eCurrentMedikation, Substitutionsmöglichkeiten). Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Es ist unabdingbar, die nationalen Verbände der Organisationen der Gesundheitsberufe an dieser Umsetzung zu beteiligen. Zeitgemässe elektronische Entscheidungshilfen für den Medikationsprozess sollen gefördert werden mit dem Ziel, dass sie in Praxis- und Klinikinformationssysteme zweckmässig integriert sind	
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			

Par email:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

Département fédéral de l'Intérieur
Office fédéral de la santé publique
Division prestations
3000 Berne 15

Lausanne, le 13 décembre 2018

Consultation sur révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie : mesures visant à freiner la hausse des coûts – 1^{er} volet

Monsieur le Président de la Confédération,

Dans le délai imparti pour ce faire, nous avons l'avantage de vous faire part de notre position sur le projet de révision de la LAMal dans l'objet mentionnée en exergue.

Le rapport du groupe d'experts du 24 août 2017 intitulé « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins » a débouché sur une série de 38 mesures à adopter en se fondant sur les modèles de pilotage et de budgétisation des prestations médicales existant tant aux Pays-Bas qu'en Hollande.

Le Conseil fédéral, comme prévu, a sélectionné 12 des 38 propositions du groupe d'experts dans ce premier volet législatif de mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Seules 8 mesures nécessitent une modification de la législation font, partant, l'objet de la présente consultation.

1. Projets pilotes visant à maîtriser les coûts (M02)

En tout premier lieu, un nouvel article 59b LAMal serait introduit. Celui-ci, dans le but d'expérimenter de nouveaux modèles de maîtrise des coûts permettrait l'expérimentation de projets pilotes dans 6 domaines (cf. art. 59b al. 1 lit. a à f), à savoir :

- a. Fournitures de prestations sur mandat de l'aos au lieu du remboursement des prestations ;
- b. Prise en charge de traitements à l'étranger en dehors de la coopération transfrontalière au sens de l'art. 34 al. 2 ;
- c. Limitation du choix du fournisseur de prestations ;
- d. Financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires ;
- e. Promotion de la coordination et de l'intégration des soins ;
- f. Autres instruments de pilotage des coûts.

Même si la liste est limitative, on constate qu'elle ouvre assez largement toute expérimentation de mesures visant à mieux maîtriser la hausse des coûts dans l'aos. Il est à noter que le projet pilote peut être contraignant pour les fournisseurs de prestations, leurs fédérations et les assurés.

C'est l'OAMal qui fixera les conditions pour qu'un projet pilote soit admis. Ainsi, tout projet pilote devra être autorisé par le DFI moyennant la réalisation des conditions suivantes :

1. Le projet pilote propose un modèle innovant qui se distingue des mesures existantes et en vigueur ;
2. Il est présenté en règle générale par les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs ou les organisations de patients ;
3. Il est limité temporellement et géographiquement ;
4. Il présente des mesures proposées et les effets attendus en matière de maîtrise des coûts ;
5. Il n'occasionne à moyen terme aucune augmentation des coûts ni cout additionnel pour l'aos, ni report de coûts sur une autre assurance sociale ;
6. Les coûts de sa constitution et de son intégration sont supportés par les acteurs concernés par les projets spécifiques ;
7. Le retour à la situation qui prévalait avant son autorisation est possible ;
8. Il prévoit un concept d'évaluation et un rapport final par des experts externes indépendants.

La SVM salue tous les efforts visant à encourager des projets pilotes de durée limitée et réversibles, permettant d'évaluer de manière fiable l'impact et les effets secondaires des interventions dans un système de santé complexe, avant qu'ils ne soient mis en œuvre sur tout le territoire. Cela constitue une avancée en faveur d'une certaine souplesse dans l'application de la LAMal et dans la recherche de solutions novatrices.

La SVM souligne qu'il est indispensable d'associer à tout projet pilote des représentants des fournisseurs de prestations et en particulier des médecins en libre pratique, de chercher leur accord, mais aussi de fixer en amont de manière conjointe et transparente les indicateurs qui permettront de les évaluer.

2. Obligation pour les fournisseurs de prestations de remettre une copie de la facture à l'assuré

L'une des modifications proposées repose sur le constat que bien que déjà inscrite dans la LAMal dans le système du tiers-payant, il s'avère dans la réalité que trop peu de copies de factures parviennent aux assurés hors du système du tiers-garant.

Partant du principe que les assurés ne sont pas assez responsabilisés dans le système actuel, il est prévu qu'ils reçoivent à l'avenir systématiquement une copie des factures émises par les fournisseurs de prestations.

Une telle obligation d'adresser une «facture détaillée et compréhensible », qui faut-il le préciser figure dans la LAMal depuis 2009 déjà, renchérit à n'en point douter la facturation pour les médecins qui verront leurs charges augmentées. Il conviendrait de permettre la mise en place de l'envoi de ces factures par un biais électronique pour éviter une surcharge de travail.

Par ailleurs, il est probable que les patients contestent plus souvent les factures dont ils recevront copie, soit parce que le temps ne sera selon leur appréciation pas correctement facturé, soit parce

3. Renforcement du contrôle des factures (M09)

Il est prévu que les assureurs-maladie doivent contrôler plus systématiquement les prestations, vérifier les factures et demander aux fournisseurs de prestations indélégats de rendre des comptes. Si l'«effet souhaité» (qui n'est pas défini plus précisément) n'arrive pas, il est prévu de créer un organe indépendant de contrôle des factures (M35) regroupant les ressources actuelles des assureurs-maladie afin d'offrir des contrôles plus efficaces et plus performants, grâce à des économies d'échelle et des volumes de données plus importants.

Sur le fond, la Société Vaudoise de Médecine approuve toutes les mesures visant à améliorer l'équité, la comparabilité et l'efficacité des contrôles de factures et permettant, de ce fait, d'éviter les procédures d'économie injustifiées.

Le contrôle par un organisme de droit public, indépendant des caisses-maladie, pourrait être judicieux. Mais les objectifs précis d'un tel organisme et le rapport coût-utilité de son travail (y c. la charge administrative induite pour les fournisseurs de prestations) devraient être fixés à l'avance et réexaminés à intervalles réguliers.

4. Création d'une organisation tarifaire nationale (M34) chargée d'élaborer, d'adapter et de maintenir à jour de la structure tarifaire ambulatoire (M25)

A l'instar de SwissDRG, le législateur souhaite qu'une organisation unique, représentant l'ensemble des fournisseurs de prestations et des assureurs, soit créée pour établir une structure tarifaire ambulatoire et la maintenir à jour. Il s'agit pour l'OFSP de palier aux manquements qui existent aujourd'hui avec la société ats-tms SA qui voit un acteur aussi important que tarifsuisse ne pas en faire partie.

Cette organisation devra obligatoirement recevoir toutes les données relatives aux coûts et aux prestations.

Elle sera chargée de maintenir la structure tarifaire à jour à échéances très courtes (chaque année). Cela permettrait, à l'instar des DRG, de remédier au problème de l'accroissement du volume de prestations. L'idée que le Conseil fédéral ne fasse plus d'interventions dans la structure tarifaire ne sera maintenue que si l'organisme ne les fait pas.

La SVM est en soi favorable à la recherche de solutions nouvelles aux fins garantir une égalité de traitement de tous les fournisseurs de prestations. Dite organisation devra représenter l'ensemble des forces actuellement existantes dans l'élaboration d'une structure tarifaire ambulatoire, ce qui ne sera pas une mince affaire.

Enfin, la SVM souhaite le maintien de valeurs de points différenciées d'un canton à l'autre dont la négociation s'établit entre les partenaires tarifaires.

En cherchant à tenir compte des effets d'économie d'échelle dans la structure tarifaire (M16), le législateur vise à ce que la structure tarifaire en souffre pas des défauts que contient aujourd'hui le tarmed pour certaines prestations surévaluées au regard du temps consacré.

5. Mesures visant à piloter les coûts

Dans ce contexte, la mesure «Pilotage des coûts par les partenaires tarifaires» doit être considérée de manière particulièrement attentive. En proposant cette mesure, le législateur entend obliger les

fournisseurs de prestations et les assureurs à «prévoir des mesures de pilotage des coûts et des prestations dans leurs conventions tarifaires», avec un rôle subsidiaire au seul Conseil fédéral.

Est-ce bien là une manière détournée de mettre en place un budget global, et de déléguer aux partenaires tarifaires la question politiquement sensible de baisser les coûts de la santé ? Il conviendra d'être attentif à ne pas plafonner les budgets alloués à la santé et à rationner les soins de manière déguisée.

A cet égard, il apparaît indispensable d'indiquer explicitement que le pilotage des coûts ne doit pas être un instrument visant la seule diminution des tarifs applicables par les fournisseurs de prestations. Si ceux-ci font un travail de qualité et qu'ils permettent de réaliser des économies intéressantes, il est nécessaire de prévoir des incitatifs en leur faveur.

Il est prévu que les conventions soient approuvées par le seul Conseil fédéral. Cela veut dire en d'autres termes que les cantons ne pourront pas faire ce qu'ils entendent et que cette mesure sera applicable de manière uniforme sur le territoire suisse.

Cette nouveauté laisse à penser que de nouvelles conventions cadres nationales devront être négociées entre les parties. La SVM souhaite que chaque canton puisse disposer d'une certaine autonomie dans l'application de ces conventions concluant des conventions tarifaires cantonales fixant une valeur de point tarifaire sur son territoire cantonal.

Il est également indispensable de réduire le rôle contradictoire des cantons qui se trouvent au cœur de conflits d'intérêts aujourd'hui dans la gestion des tarifs stationnaires dans la mesure où ils sont autorité d'approbation des tarifs fixés pour leurs propres hôpitaux.

La SVM est tout à fait favorable à réduire les rôles multiples des cantons et d'éviter les conflits d'intérêts et le manque de transparence des subventions. En revanche, il serait insuffisant de ne créer qu'une « instance indépendante d'approbation des tarifs compétente pour les tarifs cantonaux ou au moins pour les tarifs hospitaliers ». La SVM demande aussi que les cantons se retirent de la propriété des hôpitaux.

Elle ne comprend pas non plus pourquoi la mesure M03 «Exclure des listes cantonales les hôpitaux proposant des bonus liés à des objectifs quantitatifs et des kick-back», que le groupe d'experts a qualifiée de mesure pouvant être immédiatement mise en place, ne fait pas partie de ce premier paquet de mesures.

6. Promotion de forfaits dans le domaine ambulatoire

L'art. 43 LAMal introduirait un nouvel alinéa 5 disposant que les tarifs à la prestation et les tarifs des forfaits par patients liés aux traitements ambulatoires doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention au plan suisse.

Cette disposition ne prévoit pas une obligation de convenir de forfaits, mais elle règle au moins à satisfaction que l'établissement de forfait doit se faire de manière uniforme pour l'ensemble des acteurs.

Une telle proposition permettrait de pallier au désordre qui règne actuellement pour l'élaboration de forfaits dans le domaine ambulatoire et qui empêche leur application dans des cantons dont les autorités compétentes ne veulent pas.

7. Système de prix de référence pour les médicaments (M22)

La Suisse connaît actuellement le système de quote-part différenciée qui consiste à augmenter la participation des patients aux prix des préparations originales. Ce système n'a notoirement pas conduit à une baisse suffisante des prix des médicaments et les génériques sont toujours plus cher

qu'à l'étranger. L'explication qui est souvent donnée est qu'en raison de la taille du marché suisse, il y a un risque non négligeable de retards réguliers de livraison et que l'obligation de changer souvent de médicaments impacterait directement la sécurité des patients.

Le projet vise à ce que les fournisseurs de prestations soient contraints de facturer le seul prix de référence et non un autre. Pour ce faire, le législateur fédéral met en consultation deux solutions alternatives pour les médicaments figurant sur la Liste des Spécialités (LS) dont la composition de substances actives est la même. Toutes deux concernent la fixation d'un prix de référence et un prix maximal et supposent qu'au moins 3 médicaments ayant la même composition de substances actives figurent sur la LS.

La première alternative consiste à calculer un prix de référence par comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger et l'autre consisterait à prendre en considération le tiers le plus avantageux. Une certaine marge de tolérance serait possible pour prendre en compte les spécificités du marché suisse. Les prix de références seraient réévalués à fréquence régulière et adaptés que pour autant que le réexamen conduit à un prix plus bas.

La SVM est favorable à la fixation d'un prix de référence. Pour ce faire, il est indispensable que les médecins – et non les caisses-maladie – décident des médicaments à prescrire car ils agissent dans le seul intérêt de leurs patients. Cela est valable que pour autant que les substances des dits médicaments soient comparables et que la sécurité de l'approvisionnement soit garantie.

Enfin, la SVM soutient un tel système que pour autant qu'il ne contraind pas les patients atteints de maladies chroniques de changer de médicaments en cours de traitement.

8. Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal

Le projet prévoit l'introduction à l'art. 53 al. 1 bis LAMal d'un droit de recours des organisations d'assureurs d'importance nationale ou régionales en rapport avec les listes des cantonales des hôpitaux, des maisons de naissance et des établissements médico-sociaux.

Il s'avère que dans leurs planifications, les cantons ne prennent en compte que les intérêts des établissements qu'ils détiennent. En ouvrant le droit de recours des organisations d'assureurs, le législateur vise à garantir indirectement les intérêts des assurés.

Cette prérogative accordée aux organisations d'assureurs régionales paraît quelque peu désuète dans la mesure où ces derniers sont organisés au plan national uniquement.

Il conviendrait d'ouvrir ce droit de recours à toutes les organisations qui défendent des intérêts des patients et celles des médecins. Ces dernières sont bien plus proches du terrain et elles devraient pouvoir agir également pour contrecarrer des décisions discutables des cantons en matière de planification.

9. Mesures à prendre dans l'assurance-accidents et l'assurance-militaire

Ces deux assurances qui voient aujourd'hui la primauté des conventions s'appliquer devraient se voir contraintes d'introduire également des instruments de pilotage des prestations et des coûts de celles-ci.

La SVM estime que cette convergence est nécessaire. Elle y est donc favorable.

10. Mesures à prendre dans l'assurance-invalidité

Dans le but de disposer d'une vision élargie du point de vue tarifaire, les fournisseurs de prestations se verraient obligés de transmettre au Conseil fédéral les données nécessaires à la fixation et à l'adaptation des tarifs.

Dans le même ordre d'esprit, toutes les conventions tarifaires dont la validité s'étend à toute la Suisse devront prévoir des mesures visant à piloter les coûts.

* * *

En vous remerciant pour la suite que vous réserverez à la présente prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Président de la Confédération, à l'expression de notre plus haute considération.

Société Vaudoise de Médecine

A blue ink signature consisting of a stylized 'P' followed by a horizontal line and some loops.

Pierre-André Repond
Secrétaire général

A black ink signature consisting of a stylized 'P' followed by a horizontal line and some loops.

Philippe Eggimann
Président

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : swiss orthopaedics

Abkürzung der Firma / Organisation : SO

Adresse : Chemin de la Bovarde 19, 1091 Bourg-en-Lavaux

Kontaktperson : Dr. med. St. Heinz, Delegierter Honorare und Tarife

Telefon : 021 799 24 44

E-Mail : Geschäftsstelle: rita.zahnd@swissorthopaedics.ch; Kontaktperson: heinz@oas.ch

Datum : 12.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	15
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	16

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
SO	Wir haben den 73 Seiten langen „Erläuternden Bericht zur Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994“ zur Kenntnis genommen, stellen in den verschiedenen Punkten, die dem Paket 1 zugrunde liegen, einige Widersprüche fest. Generell bedauern wir, dass wir als Leistungserbringer von den politischen Gremien in die teils politische, teils versorgungsrelevante Lösungsfindung nie mit einbezogen worden sind. Probleme des Bewegungsapparates stellen rund 60% der Gründe für eine Arztkonsultation dar, swiss orthopaedics hat sich in Kenntnis der Wichtigkeit unseres Spezialgebietes im Rahmen der bisherigen Tarifrevisionen (Einzelleistungstarife und Pauschalen) immer mit viel Aufwand konstruktiv eingebracht. All die bisherigen Versuche, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mittels Tarifeingriffe günstig zu beeinflussen, sind bisher gescheitert, der erste bundesrätliche Tarif-Eingriff hat, auch wenn nicht entsprechend publik gemacht, zu einem erhöhten Kostenwachstum geführt. Es spricht nicht für eine vertrauensbildende Beurteilungskultur, wenn hierfür einfach den Leistungserbringern die Schuld zugewiesen wird. Mit Beharrlichkeit wird weiter versucht, mittels einer steigenden Zahl von regulatorischen Massnahmen seitens des Bundes und der Kantone eine Kostendämpfung zu erzielen, ein Vorgehen, das auch im nahen Ausland, aus dem ja Experten konsultiert worden sind, nicht funktioniert hat. Es macht leider einen grossen Unterschied, ob man einen Ökonomen zu einem Gesundheitssystem befragt oder Patienten und Leistungserbringer. Das Misstrauen gegenüber dem Bundesrat, dem BAG und den Politikern ist gross, die undifferenzierten Aussagen und Darstellungen selbst vom Vorsteher des BAG über die Einkünfte der Aerzte am Schweizer Fernsehen zeugen entweder von fehlender Sachkenntnis oder aber von politisch motiviertem Bashing gegenüber der Ärzteschaft. Es wäre an der Zeit, wie in andern Bereichen der Politik auch, gemeinsam einen Lösungsweg zu suchen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
SO	43	3		Wir sind der Ansicht, dass dieser Passus gestrichen werden kann, er stellt eine administrative Zusatzbelastung dar ohne zu erwartenden Nutzen. Wenn das Bewusstsein der Patienten gefördert und die Selbstverantwortung gestärkt werden will, so muss der „Tiers Payant“ abgeschafft und der „Tiers Garant“ für zwingend erklärt werden.	streichen
SO	43	5		Die Möglichkeit des subsidiären Tarifeingriffes hat bereits zu einer betriebswirtschaftlichen Verzerrung bzw. einem Ungleichgewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern geführt. Die politische Stimmung gibt den Kostenträgern Sicherheit, dass bei einem fehlenden Konsens ein weiterer Tarifeingriff zu ihrem Vorteil führen wird.	Die ambulanten Pauschalen sind aus dem Text zu streichen, es müsste heissen: „ Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen“.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Dies erlaubt den Kostenträgern, in den laufenden Verhandlungen Forderungen zu stellen oder Positionen einzunehmen, die einer konsensorientierten Lösung entgegen wirken. Der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichtes hat uns gezeigt, dass der Tarifeingriff nicht den gesetzlich festgelegten Grundsatz der Sachgerechtigkeit erfüllen muss, sondern vielmehr auch ein politisches Werkzeug darstellt. Entsprechend muss gefordert werden, dass die subsidiäre Kompetenz nicht für Pauschalen angewendet werden darf, da im Gegensatz zu einem Einzelleistungstarif dort die Willkür noch mehr zum Tragen käme, da nicht nur einzelne Leistungen sondern eben ein Gesamtpaket betroffen wären. Wir sind der Ansicht, dass mit diesem Absatz die Entwicklung von Pauschalen, wie sie ja auch auf den Zielvorgaben des Bundesrates Gesundheit 2020 stehen, gefährdet wäre. Wir beteiligen uns intensiv an der Entwicklung solcher Pauschalmodelle, sind aber klar der Ansicht, dass nur	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				jene, die im gegenseitigen Vernehmen gemeinsam entwickelt wurden, zielführend sein werden. Pauschalen auf Einzelleistungstarifen zu basieren, ist widersinnig, Vergleiche mit Warenkörben können zur Plausibilisierungsdiskussion herbei gezogen werden. Auch für regionale Unterschiede könnten wir ein gewisses Verständnis entgegenbringen.	
SO	47a	2 u. 3		Ein nationales Tariffbüro wird von unserer Seite her nicht bekämpft, solange es, wie im Gesetzestext vermerkt, paritätisch konstituiert wird. Da dem Bundesrat von Gesetzes wegen ein subsidiäres Recht zum Tarifeingriff zugesprochen wird, erachten wir es für politisch falsch, dem Bund hier nochmals ein Recht zur Steuerung und Intervention zu geben. Damit wäre ein Interessenskonflikt vorprogrammiert.	Sind zu streichen.
SO	47b	1		Der Textentwurf spiegelt genau die eingangs erwähnte Verzerrung der Rechte und Pflichten von Kostenträgern	Streichen von „kostenlos“ und ergänzen mit: „Die Kosten hierfür werden von

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				und Leistungserbringern. Es wäre absolut stossend, dass hier nur die Leistungserbringer in die Pflicht genommen würden, die Kostenträger nicht.	den Tarifpartnern paritätisch getragen“.
SO	47	2		Die unter Art 47a erwähnte Organisation hält fest, welche Daten für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind, wie oben erwähnt, bleibt dem Bundesrat mit dem subsidiären Recht zum Tarifeingriff genügend Möglichkeit, bei einer eventuellen Fehlentwicklung einzugreifen. Die fachliche Kompetenz liegt bei einem paritätisch geschaffenen und arbeitenden Tarifbüro, nicht beim Bundesrat. Dieses kann auch dafür sorgen, dass nur Daten akkumuliert werden, die von Nutzen sind, was auch den gültigen Datenschutzbestimmungen Rechnung tragen würde. Dass der Bundesrat keine Zugang zu den Daten haben muss, wir verweisen auf den Interessenskonflikt oben (Art 47a), zeigt auch das Beispiel Swiss DRG AG, vom Bundesrat selbst in den Erläuterung als	Ist zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Beispiel aufgeführt.	
SO	47b	3		Die Vorgaben soll das paritätisch zusammengesetzte Tarifbüro machen, nicht der Bundesrat.	Ist zu streichen, Abänderung zu: Das gemäss Art 47a geschaffene nationale Tarifbüro legt allgemein gültige Sanktionen fest, die bei Nichteinhaltung der Datenlieferung zum Tragen kommen.
SO	47c			Wer sich im nahen Ausland umschaute und auskennt, weiss, was all die Massnahmen der Kostensteuerung bewirkt haben: ein Globalbudget mit einer Rationierung medizinischer Leistungen. Wenn wir die Äusserungen der Gesundheitspolitiker und auch der Verantwortlichen vom BAG in den Medien hören und lesen, dann können wir nur immer wieder konstatieren, dass zum Teil von Mengenausweitung gesprochen wird, wo es statistisch gar keine nachgewiesene gibt. Wenn der Bundesrat, wie in Absatz 5 festgehalten, die Kompetenz erhält, Bereiche zu definieren und Grundsätze festzulegen, die Massnahmen zur Steuerung der	Ist vollumfänglich zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Kosten betreffen, dann ist dies ein verstecktes Instrument zur Rationierung im Rahmen einer Staatsmedizin. Ein solcher Schritt mit all seinen offen zu legenden Konsequenzen bedürfte einer breiten Zustimmung der Bevölkerung und darf nicht auf diesem Weg am Volk vorbei eingeführt werden.	
SO	52b	2	Modell Preisabschlag	Im paritätischen Tariffbüro sollten neben ökonomischer auch medizinische Aspekte berücksichtigt werden können, ebenso sind Vergleiche mit dem Ausland möglich.	Ist zu streichen, folgende Preisfindung könnte formuliert werden: Das nationale Tariffbüro legt in seiner paritätischen Zusammensetzung den Referenzpreis fest.
SO	52b	6 u. 7	Modell Preisabschlag	Wie oben erwähnt, ist dies Sache des paritätischen nationalen Tariffbüros, es werden Kenntnisse ökonomischer, versicherungsmedizinischer und medizinischer Art hierfür notwendig sein, der Bundesrat deckt diese Ansprüche nicht ab.	Sind ersatzlos zu streichen.
SO			Modell Meldesystem	Wird von unserer Seite dem System mit Preisabschlag vorgezogen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

SO	52b	7 u. 8	Modell Meldesystem	Wie oben erwähnt, ist dies Sache des paritätischen Tarifbüros, es werden Kenntnisse ökonomischer, versicherungsmedizinischer und medizinischer Art hierfür notwendig sein, der Bundesrat deckt diese Ansprüche nicht ab.	Sind ersatzlos zu streichen.
SO	53	1bis		Eine Ausweitung des Beschwerderechtes erachten wir für nicht zielführend, vielmehr wird es missbraucht werden, um Partikularinteressen zu verfolgen und sich somit prozesshindernd auswirken, was wiederum kostenrelevant sein wird. Wir kennen alle die Konsequenzen aus den Bereichen, wo ein ideelles Verbandsbeschwerderecht möglich ist.	Ist zu streichen.
SO	59b			Prinzipiell stellen wir uns nicht gegen die erwähnten Pilotprojekte. Wird an die Seite der Leistungserbringer immer die Forderung nach Erfüllung der WZW-Kriterien gestellt, so müsste für solche Projekte auch eine Kostentransparenz	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				und zum Schluss eine wissenschaftlich fundierte Auswertung der Resultate gefordert werden. Die Zweckmässigkeit, Angemessenheit und Aussagekraft der Pilotprojekte muss kritisch evaluiert werden. Es müssen klare Richtlinien in Bezug auf Inhalt und damit Vergleichbarkeit festgelegt werden, ebenso eine klare Terminierung bzw. Befristung. Die Tatsache, dass momentan gesundheitsökonomische Institute und Unternehmen aus dem Umstrukturierungsprozess satte Profite machen, ohne für ihre Aussagen, Resultate und Prognosen nur die geringste Konsequenz zu tragen, selbst wenn sie sich als falsch herausstellen, kann nicht akzeptiert werden. Prinzipiell müsste bei einer rein ökonomischen Betrachtungsweise und auch bei einer gleichmässigen Berücksichtigung der Leistungserbringer und Kostenträger unter b. festgehalten werden, dass den Versicherungsnehmern auch eine grenzüberschreitende Möglichkeit zum Abschluss einer Versicherung gewährt	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				wird, dann würde der international geöffnete Markt nicht nur auf Ebene der Leistungserbringer spielen sondern auch jener der Kostenträger / Versicherer.	
SO	59b	4		Es ist uns ein Anliegen, darauf aufmerksam zu machen, dass die Leistungserbringer in ihrer primären Aufgabe, der Gesundheitsversorgung, bereits oft bis zur Grenze des Machbaren belastet sind, zusätzliche Teilnahmen an Pilotprojekten, ob freiwillig oder verpflichtend, müssen diesem Umstand Rechnung tragen und der Aufwand muss, wie jener der auswertenden Instanzen am EDI oder an delegierten Instituten, auch den Teilnehmern vergütet werden.	
SO	MVG Art 26	1 u. 3bis	Änderung anderer Erlasse	Die Militärversicherung soll die erwähnten Punkte mit dem nationalen Tariftbüro regeln, dort sind alle Parteien paritätisch vertreten. Die alleinige Verpflichtung der kostenlosen Weitergabe von Daten durch die Leistungserbringer kann nicht akzeptiert werden, wir verweisen auf die Argumentation zu Art 47b KVG.	Sind anzupassen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

SO	UVG Art 56	3bis	Änderung anderer Erlasse	Die alleinige Verpflichtung der kostenlosen Weitergabe von Daten durch die Leistungserbringer kann nicht akzeptiert werden, wir verweisen auf die Argumentation zu Art 47b KVG. Weiter ist hier zu betonen, dass gerade das UVG uns zeigt, dass die röhrenförmige Sicht auf die Behandlungskosten nicht zielführend sein kann, dass unter Umständen höhere Investitionen in der Diagnostik und Therapie sich in Bezug auf die Folgekosten (Taggelder und Renten) auszahlen.	Ist zu streichen.
SO	IVG Art 27bis		Änderung anderer Erlasse	Wir lehnen aus bereits oben ausgeführten Gründen ein mit dem BAG vertraglich festgehaltenes Massnahmepaket zur Kostensteuerung ab, dies in Kenntnis der Konsequenzen einer Lösung im Sinne eines Globalbudgets für die Patienten. Wie auch im UVG haben unter Umständen höhere Investitionen in der	Ist zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Leistung gesamthaft positive Effekte in den Folgekosten.	
--	--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
SO		Das diskutierte nationale Tarifbüro sollte in Bezug auf die ärztliche Zusammensetzung ebenfalls paritätisch besetzt sein, das heisst, nicht in Bezug auf die Quantität der Leistungserbringer eines Fachgebietes allein sondern insbesondere auch in Bezug auf die vom BfS publizierten fachspezifischen Konsultationsgründe.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Swiss Orthoptics

Abkürzung der Firma / Organisation : ---

Adresse : Elfenstrasse 19, Postfach 1010, 3000 Bern 6

Kontaktperson : Véronique Glauser, Präsidentin Swiss Orthoptics

Telefon : 031 380 54 57

E-Mail : swiss@orthoptics.ch

Datum : 14. Dezember 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularefelder 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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Swiss Orthoptics, der Schweizer Berufsverband der Orthoptistinnen und Orthoptisten, bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Swiss Orthoptics ist Aktivmitglied des Schweizerischen Verbands der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen, welcher der grösste Dachverband von nichtärztlichen Gesundheitsberufen in der Schweiz ist und mit 14 Mitgliedverbänden insgesamt rund 52'000 Gesundheitsfachpersonen vertritt.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Grundsätzlich erkennen wir die Notwendigkeit, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen. Die Vertreter/innen der Gesundheitsberufe sind auch grundsätzlich bereit, hier auf für sie vertretbare Lösungen hinzuarbeiten. Zentrale Kriterien bei der Ausgestaltung von Lösungen sind die Sicherstellung von Behandlungsqualität und Patienten- und Versorgungssicherheit und Rahmenbedingungen, die der Lösung von Tarifierungs- und Entschädigungsfragen förderlich sind. Die vorliegenden Vorschläge fokussieren einseitig auf die Kosten: dies halten wir für zu wenig differenziert. Fragen der Versorgungsqualität und -sicherheit werden zu wenig gewichtet und insbesondere wird zu wenig berücksichtigt, dass und wie die demographische Entwicklung und andere Faktoren die Steigerung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen beeinflussen. Die Lösungen müssen für die von uns vertretenen Berufsverbände finanziell tragbar und vertretbar sein. Es kann nicht sein, dass Massnahmen zur Kostendämpfung bei den Leistungserbringern zu momentan noch nicht absehbaren neuen Kosten führen, welche im Endeffekt auf Kosten der einzelnen Gesundheitsfachpersonen gehen, welche über ihre Mitgliederbeiträge die Verbände finanzieren.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Wir werden uns zu den folgenden Vorschlägen äussern: -Zwingende Rechnungskopie an PatientInnen -Ambulante Pauschaltarife -Schaffung von Tariforganisationen -Kostenlose Weitergabe von Daten durch Leistungserbringer -Verträge der Tarifpartner zu Massnahmen zur Steuerung der Kosten -Experimentierartikel Wir verzichten hingegen auf eine Stellungnahme zu folgenden Punkten:

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Referenzpreise für Arzneimittel und Beschwerderecht für Verbände der Krankenversicherer
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Swiss Orthoptics	42	3	3	Rechnungskopie: Swiss Orthoptics stellt sich nicht gegen die Pflicht der Leistungserbringer, im System Tiers payant der versicherten Person eine Rechnungskopie zuzustellen, obwohl dies mit administrativem Mehraufwand verbunden ist.	-
Swiss Orthoptics	43	5		Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen für Pauschaltarife: Swiss Orthoptics unterstützt die Vorgabe, dass Pauschaltarife im ambulanten Tarif gesamtschweizerisch einheitlichen <i>Tarifstrukturen</i> folgen sollen. Die im erläuternden Bericht erwähnte Präzisierung, dass der Basiswert regional oder kantonal unterschiedlich sein kann, ist aus unserer Sicht zentral und unbedingt beizubehalten. Dass auf eine Pflicht zur Vereinbarung von ambulanten Pauschaltarifen verzichtet wird, ist zwingend beizubehalten. Den Ansatz, die Tarifpartner anzuhalten, regelmässig – gemeinsam - zu prüfen, ob sich Einzelleistungstarife zu Pauschalen zusammenfassen lassen, finden wir prüfenswert. Die Einführung von Pauschaltarifen im ambulanten Bereich können wir allerdings nur dann unterstützen, • wenn es sich um zeitlich und inhaltlich klar definierbare	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Problemstellungen handelt; • wenn alle von der Pauschale betroffenen Leistungserbringer (Berufsgruppen) bzw. deren Verbände in die Entwicklung des Tarifs einbezogen sind und sich damit einverstanden erklären können; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung sorgfältig aufgrund fachlicher Kriterien geprüft wird und damit keine pauschale Kürzung von Behandlungszeiten der medizinisch-therapeutischen Fachpersonen eingeführt wird; • wenn der Umfang der durch die Pauschale abzudeckenden Leistung so angesetzt wird, dass Ansätze zur koordinierten Versorgung damit unterstützt werden (z.B. Einbezug von ergotherapeutischer Nachbehandlung bei der Entwicklung von Pauschaltarifen für handchirurgische Eingriffe); • wenn Faktoren wie Weg-/Zeitentschädigung bei Behandlungen am Domizil des Betroffenen berücksichtigt werden.	
Swiss Orthoptics	47a			Schaffung von Tariforganisationen Die Berufsverbände sehen sich selber jetzt schon in der Pflicht, die Grundlagen bereitzustellen, um die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln. Grundsätzlich sind wir offen für die Bildung paritätisch besetzter Organisationen, mit dem Auftrag, die Tarifstruktur zu pflegen, zu aktualisieren und weiter zu entwickeln, vorausgesetzt, dass - pro Leistungserbringerkategorie bzw. Berufsgruppe je eine Tariforganisation geschaffen wird, - die Tarifpartner die Organisationsform und den Betrieb der	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Tariforganisation selber bestimmen und regeln, - innerhalb der Tariforganisation die Leistungserbringer paritätisch vertreten sind. Eine Zusammenführung aller Tarife innerhalb einer einzigen Tariforganisation lehnen wir entschieden ab.	
Swiss Orthoptics	47a	2		Es ist zwingend, dass diese Organisationen schlank und kostengünstig aufgebaut werden können und dass Organisation und Betrieb von den Tarifpartnern selber geregelt werden können. Allfällige Vorgaben dürfen nicht zu kostenaufwändigen Organisationsformen führen, die bei den Berufsverbänden auf Kosten der Berufsangehörigen gehen, welche über ihre Verbandsmitgliedschaften die Aktivitäten ihrer Berufsverbände finanzieren. Dies ist insbesondere für die kleineren Leistungserbringer-Gruppen zentral; die Art der Organisationsform soll daher nicht detailliert festgelegt werden, bzw. die Festlegung der konkreten Organisationsform soll den Verbänden / Versicherern überlassen werden. So kann z.B. eine paritätische Kommission eine mögliche Organisationsform sein. Detaillierte Vorgaben betreffend Organisationsform und Betrieb lehnen wir auf diesem Hintergrund ab.	
Swiss Orthoptics	47b	2		Datenbekanntgabe Dass die Leistungserbringer und Versicherer ihrer paritätisch geführten Tarif-Organisation die Daten, welche für die Pflege der Tarifstruktur notwendig sind, zur Verfügung stellen, liegt auf der Hand. Dass Daten an den Bundesrat <i>kostenlos</i> (und unter Androhung von Sanktionen) geliefert werden müssen, ist	-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			unverhältnismässig; wir lehnen diese Forderung entschieden ab. Die Tarife für die frei Praktizierenden Berufsgruppen im medizinisch-therapeutischen Bereich (Logopädie, Ergotherapie, freipraktizierende Pflege usw.) sind so knapp berechnet, dass keine weiteren Kosten bzw. Lasten ohne entsprechende Entschädigung auf die Leistungserbringer überwältzt werden können. Statistische Erhebungen sind mit enormem Zeitaufwand verbunden und generieren zusätzliche Infrastrukturkosten.	
Swiss Orthoptics	47c		Massnahmen zur Steuerung der Kosten Wir finden den Ansatz grundsätzlich interessant, dass die Tarifpartner gemeinsam Massnahmen zum Kostenmonitoring und zur Kostendämpfung festlegen. Die Offenheit, ob diese Massnahmen im Rahmen eines Tarifvertrages oder in einem separaten Vertrag geregelt werden, unterstützen wir.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47c	4	Absatz 4 sieht vor, dass Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten <i>gegenüber dem Vorjahr</i> festgelegt werden sollen. Eine solch kurzfristige Orientierung an der Vorjahresentwicklung lehnen wir ab. Diese Periode ist viel zu kurz, Anpassungen auf einer solchen Basis wären wohl kaum seriös. Wir plädieren für einen deutlich längeren Betrachtungszeitraum. Ausserdem bedingt ein solch engmaschiges Monitoring de facto eine jährliche oder Dauer-Erhebung der Daten. Die Berufsverbände haben nicht die finanziellen Mittel, um ein solches Dauer-Monitoring durchzuführen und auf Dauer aufrecht zu erhalten.	Sie müssen die Periodizität des Monitorings festlegen und Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber der vorgängigen Erhebungsperiode vorsehen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Wir beantragen hier eine offenere Formulierung und mehr Spielraum für die Tarifpartner im Festlegen der Periodizität des Monitorings.	
Swiss Orthoptics	59b			Experimentierartikel Grundsätzlich unterstützen wir die Einführung des Experimentierartikels als Instrument zur Innovationsentwicklung. Wir bedauern jedoch, dass der Artikel ausschliesslich auf die Erprobung von Modellen zur Eindämmung der Kosten ausgerichtet ist. Bei aktuellen, wichtigen Ansatzpunkten wie zum Beispiel Smarter Medicine / Choosing wisely-Initiativen oder Projekten/Modellen zu integrierter bzw. Koordinierter Versorgung steht neben einem potentiellen kosteneindämmenden Aspekt die Qualität und Effizienz der Versorgung im Zentrum – ihre Auswirkungen können nicht ausschliesslich durch monetäre Einsparungen beurteilt werden. Andere prüfenswerte Ansatzpunkte wie frühzeitige Arbeitsintegration in der Rehabilitation führen möglicherweise nicht zu Einsparungen im Bereich zur OKP, jedoch in anderen Sozialversicherungen. Projekte dürfen also nicht allein unter dem Aspekt der Kostenwirksamkeit ausgewählt und beurteilt werden. Versorgungssicherheit und -qualität sind ebenso wichtig.	
Swiss Orthoptics	59b	2		Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt. Das entspricht grundsätzlich der Definition von Pilotprojekten. Gemäss erläuterndem Bericht müssen aber die Projekte zwar nicht die ganze Schweiz abdecken, aber «...in einem genügenden Umfang». Hier fehlt uns die Berücksichtigung der Tatsache, dass innovative Projekte oft bottom-up, lokal, in kleinem Rahmen und mit kleinen Partnern entsteht.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Swiss Orthoptics	59b	4		Auch wenn wir sehen, dass ein Pilotprojekt nur bei angemessener Beteiligung aussagekräftige, verallgemeinerbare Resultate liefert, lehnen wir die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Beteiligung an Pilotprojekten ab. Freiwilligkeit ist für uns eine Voraussetzung für Pilotprojekte; es darf nicht geschehen, dass einzelne Akteure (z.B. Versicherer) einseitig oder sogar gegen den Willen von Leistungserbringern Projekte lancieren können. Damit würde das Prinzip der <i>Tarifpartnerschaft</i> untergraben. Auch lehnen wir ab, dass Projekte von einzelnen Akteuren allein eingereicht werden können; es sind immer alle an dem entsprechenden Prozess oder Bereich beteiligten Akteure einzubeziehen.	-
Swiss Orthoptics	59b	5		Bei der Festlegung des Verfahrens, der Zulassungsbedingungen, der Evaluation und der Weiterverfolgung der Pilotprojekte erwarten wir klare Kriterien und Transparenz bei der Vergabe der Projekte.	
Swiss Orthoptics	59b	6		Der Bundesrat kann ein Pilotprojekt, das sich als kostenwirksam erwiesen hat, um ein Jahr verlängern. Wenn der Bundesrat in dieser Zeit keinen Entwurf für gesetzliche Grundlagen an das Parlament unterbreitet, tritt es ausser Kraft: - Es dürfen nicht nur die Kosten berücksichtigt werden. Andere Kriterien wie Versorgungssicherheit und -qualität sind zwingend zu beachten. Auch für Pilotprojekte gelten die WZW-Kriterien (wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich). - Wo Abgeltungsfragen betroffen sind, sind die Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt in den üblichen Tarifrevisionsprozess einzuspeisen und nicht via Gesetz einzuführen.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				- Nicht geklärt ist die Frage, ob allein die Unterbreitung des Entwurfs automatisch zu einer weiteren Verlängerung des Pilotprojekts führt.	
Swiss Orthoptics	59b			Finanzielle Anreize für Projekte sind nicht vorgesehen. Die Gesuchsteller müssen die Finanzierung selber sicherstellen. Das schätzen wir insbesondere für kleinere und nicht von institutionellen Trägern entwickelte Projekte als äusserst kritisch ein: es wirkt innovationshemmend, wenn sämtliche Kosten selber getragen werden müssen. Dies widerspricht der eigentlichen Grundidee eines Experimentierartikels	

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

Abkürzung der Firma / Organisation : UNION

Adresse : Geschäftsstelle, Tribschenstrasse 7, Postfach 3065, 6002 Luzern

Kontaktperson : Dr. med. Gisela Etter, Präsidentin

Telefon : +41 41 368 58 05

E-Mail : info@unioncomed.ch

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Die UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen bedankt sich für die Kenntnisnahme ihrer Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1. Die UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen vereinigt als Dachverband über 1000 Ärztinnen und Ärzte, welche zusätzlich zu ihrer konventionellen Facharztausbildung eine Weiterbildung gemäss Fähigkeitsprogrammen in Phytotherapie, klassischer Homöopathie, Anthroposophisch erweiterter Medizin oder Akupunktur - Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) innehaben. Die UNION hat Verständnis dafür, dass der Bundesrat angesichts der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, Massnahmen zur Kostendämpfung definieren und einführen möchte. Die UNION sieht die Auswahl der Massnahmen jedoch zu einseitig fokussiert auf die Kosten der Leistungserbringer. Fragen der Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit werden in den Vorschlägen zu wenig gewichtet. Ebenso fehlt unseres Erachtens die Förderung der Patientenkompetenz, was effektiv und nachhaltig Kosten sparen könnte. Bei den Arzneimitteln fehlt die Qualitätssicherung bezüglich Patientensicherheit. Unerwartete Arzneiereignisse verursachen 500-1800 Todesfälle pro Jahr und sind die 5.-7. häufigste Todesursache in der Schweiz (K. Fattinger et al, Br J Clin Pharmacol 2000;49:158, und B. Hardmeier & K. Fattinger Swiss Med Wkly 2004;134: 664). Medikationsfehler verursachen in der Schweiz zusätzliche 200 Todesfälle pro Jahr (Quelle: K. Fattinger, VZI Symposium 2018). Die Digitalisierung im Gesundheitswesen würde hier gute Möglichkeiten zur Überwachung bieten. Digitale Algorithmen bieten zudem die Möglichkeit komplementärmedizinische Arzneimittel mit ihrer guten Verträglichkeit optimal und integrativ zur konventionellen Medizin einzusetzen – z.B. zur Förderung der Reduktion des Antibiotikaverbrauchs. Die Ärzteschaft hat zusammen mit Vertretern Curafutura und MTK einen revidierten Tarif (TARCO) erarbeitet, der schon weit fortgeschritten ist. Wir Ärztinnen und Ärzte sind uns unserer Verantwortung bewusst, was tarifspezifische Aspekte angeht.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3	Dritter Satz	Die UNION unterstützt diese gesetzliche Massnahme. Zielführend für eine kostendämpfende Wirkung wären einfachere und für die Patienten nachvollziehbarere Rechnungen. Diesem Umstand wurde im revidierten Tarif (TARCO), der von der Ärzteschaft zusammen mit Vertretern Curafutura und MTK bereits weit fortgeschritten ist, Rechnung getragen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	43	5	Erster Satz	Pauschalen können in gewissen, zeitlich und inhaltlich klar definierten Fällen, zweckmässig und sinnvoll sein. Patientenpauschalen lehnen wir jedoch ab. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass diese das Gegenteil einer Kostensenkung bewirken und zu Fehlanreizen führen können. In der komplementärmedizinischen Grundversorgung sind Patientenpauschalen weder geeignet noch sachgerecht, weil die Behandlungen massgeschneidert und individuell abgestimmt (auch vom zeitlichen Aufwand) auf den jeweiligen Patienten erfolgen. Patientenpauschalen könnten sich negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	47a			Die UNION lehnt einen Eingriff in die Tarifautonomie ab. Wir unterstützen die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.				den ambulanten Bereich nur dann, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt. Die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates widerspricht dem Grundsatz der Tarifautonomie. Eine einzige Organisation zu schaffen, in der alle Leistungserbringer vertreten sein sollen, birgt die Gefahr systemischer Blockaden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	47b			Wir begrüssen Bestrebungen, die zum Ziel haben, den Tarif aktuell zu halten. Wir lehnen die Pflicht zur kostenlosen Datenlieferung an den Bundesrat ab, weil sie unverhältnismässig ist. Es handelt sich um einen Angriff auf die Tarifautonomie, den wir nicht akzeptieren können. Selbstverständlich sind der Tariforganisation die Daten kostenlos bekanntzugeben, nicht aber dem Bundesrat. Der Bundesrat verfügt mit MAS über ausreichend Daten zur Steuerung der Versorgung.	
	47c			Es ist wichtig, im Tarifwerk verbindliche Mechanismen zur Tarifierfassung vorzusehen. Wir lehnen die zu kurzfristige Orientierung an der Vorjahresentwicklung ab und plädieren für deutlich längere Beobachtungszeiträume. Ein Globalbudget lehnen wir vollumfänglich ab.	
	52			Ein Referenzpreissystem kann zu Versorgungsengpässen führen und die Patientensicherheit gefährden.	
	52a/52b			Die UNION lehnt die Einführung eines Biligst-Prinzips gemäss	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Art. 52a und eines Referenzpreissystems gemäss Art. 52b ab. Wird nur noch das günstigste Arzneimittel oder der günstigste Wirkstoff vergütet, so sinkt die Arzneimittelvielfalt und die aktuellen Versorgungsengpässe nehmen weiter zu. Falls der Bundesrat beschliessen sollte, dem Parlament eine Botschaft/Gesetzesvorschlag für ein Referenzsystem zu überweisen, so soll er aus Gründen der Gleichbehandlung alle Arzneimittel (inkl. SL 70.01) subsummieren. Dabei ist die Lösung wie in Art. 52a beschrieben als Zuzahlungsmöglichkeit auszugestalten, wobei ein möglichst einfaches System zu wählen ist. Die deutsche Lösung erachten wir als untauglich. Ausserdem weisen wir darauf hin, dass für die Patientensicherheit nicht nur der Wirkstoff, sondern die Galenik eines Arzneimittels für die Verträglichkeit und Wirksamkeit wesentlich ist. Beim Modell mit Meldesystem muss sichergestellt bleiben, dass der administrative Aufwand insbesondere für Praxen mit Praxisapotheken nicht weiter ansteigt. Schliesslich möchten wir mit Blick auf die Preisgestaltung auf die nach wie vor deutlichen TPW-Unterschiede zwischen den Kantonen hinweisen: Kantone mit SD haben einen tieferen TPW. Sinken die Preise / Margen für Arzneimittel in SD-Kantonen, muss aus systemlogischen Gründen der TPW angehoben werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht	59b			Die UNION begrüsst grundsätzlich einen Experimentierartikel mit einem innovativen Ansatz zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Pilotprojekte sollen nicht einseitig aufgrund von Kostenkriterien beurteilt werden, ebenso wichtig sind Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität. Ziel ist eine ausgewogene, qualitativ gute Versorgung mit	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

gefunden werden.				Therapiewahlfreiheit für ALLE. Ein Obligatorium zur Teilnahme an einem Pilotprojekt wird abgelehnt. Es wirkt innovationshemmend, wenn kleinere und nicht von institutionellen Trägern vorgebrachte Projekte wegen der selber zu tragenden Kosten nicht umgesetzt werden können. Nachfolgend schlagen wir folgende Projekte für einen Experimentierartikel vor: - Integriertes Versorgungsmodell mit Einbezug Komplementärmedizin (Ärztinnen und Ärzte mit Fähigkeitsausweis in einer der vier in der OKP vergüteten Methoden, ApothekerInnen mit Fähigkeitsausweis, Naturheilpraktiker mit eidg. Diplom, Komplementärtherapeuten mit eidg. Diplom, DrogistInnen HF). - Grundversorgerpraxen, die präventiv und kurativ gezielt Massnahmen ergreifen, um den Antibiotika-Einsatz nachhaltig zu reduzieren (z.B. unter Anwendung von Komplementärmedizin).	
	26/56			Gesetzliche Bestimmungen im UVG bzw. MVG sollen im Rahmen einer UVG- bzw. MVG Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherungen nach dem Naturalleistungsprinzip funktionieren, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Wir lehnen ein Globalbudget auch im UVG und MVG ab.	
	27			Gesetzliche Bestimmungen im IVG sollen im Rahmen einer IVG- Revision behandelt werden und nicht im Rahmen eines Kostendämpfungspakets für das KVG. Da diese Versicherung	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				nach dem Naturalleistungsprinzip funktioniert, ist die Einführung eines Globalbudgets systemfremd. Wir lehnen ein Globalbudget auch im IVG 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
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		Der gesamte Medikationsprozess soll nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen (eMedikationsplan, eRezept, eAbgabe, eMedikationComment, eCurrentMedikation, Substitutionsmöglichkeiten). Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Es ist unabdingbar, die nationalen Verbände der Organisationen der Gesundheitsberufe an dieser Umsetzung zu beteiligen. Zeitgemässe elektronische Entscheidungshilfen für den Medikationsprozess sollen gefördert werden mit dem Ziel, dass sie in Praxis- und Klinikinformationssysteme zweckmässig integriert sind.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Herrn Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Bern

Per E-Mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch und
gever@bag.admin.ch

Ort, Datum:	Bern, 14. Dezember 2018	Direktwahl:	031 306 93 85
Ansprechpartnerin:	Agnes Nienhaus	E-Mail:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Stellungnahme im Vernehmlassungsverfahren Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 14. September 2018 haben Sie uns Gelegenheit zur Stellungnahme zur obenerwähnten Vernehmlassung gegeben. Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) unterstützt die Vorlage von H+ ausdrücklich (siehe Beilage).

Aus Sicht der universitären Spitäler möchten wir mehrere Punkte besonders hervorheben:

- unimedsuisse befürwortet den «Experimentierartikel» und die damit geschaffene Möglichkeit, die Entwicklung von Abgeltungsmodellen in Modellversuchen umzusetzen. Es ist zwingend, dass derartige Modellversuche wissenschaftlich begleitet werden.
- unimedsuisse erachtet eine gemeinsame nationale Tariforganisation als unerlässlich. Sie ermöglicht die Abbildung von Veränderungen in der Versorgung auch im Tarifsysteem, was bei der raschen Entwicklung der Angebote in der Medizin notwendig ist. Es ist dabei wichtig, dass die nationale Tariforganisation nicht durch politische Entscheide übersteuert wird: Der Bundesrat darf entsprechend keine Tarifeingriffe mehr vornehmen.
- Die Entwicklung von ambulanten Pauschalen wird begrüsst. Für die Universitätsspitäler ist es dabei allerdings wichtig, dass die Kosten korrekt abgebildet werden: Ambulante Pauschalen sollen auf den Kosten basieren und nicht auf DRGs, da diese bereits verzerrt sein können. In den Pauschalen ist ausserdem zu berücksichtigen, dass bei Maximalversorgern der Schweregrad der Fälle höher ist als in der Grundversorgung. Die höhere Komplexität der Fälle (Multimorbidität, Komplikationen, etc.) betrifft die Universitätsspitäler ganz besonders.
- In der Umsetzung der ambulanten Tarife ist zu beachten, dass der Zusatzaufwand für die Kodierung im ambulanten Bereich begrenzt wird bzw. dass durch die benötigten administrativen Daten für die Verrechnung keine zusätzlichen Administrativkosten ausgelöst werden. Diese verteuern die Leistungen unnötig und würden die angestrebte

kostendämpfende Wirkung zunichte machen. Es ist zwingend zu vermeiden, dass der entsprechende Aufwand bei den medizinischen Leistungen beim Patienten/der Patientin eingespart werden muss.

- Bei der Rechnungskontrolle unterstützt unimedsuisse die Position von H+. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Universitätsspitäler viele Spezialfälle behandeln und deshalb besonders von Rückfragen und zusätzlichen Abklärungen betroffen sind, auch wenn die Behandlungen medizinisch indiziert sind: Damit die Leistungserbringer durch die Kontrollen der Versicherer nicht übermässig belastet werden, ist die Verhältnismässigkeit der Kontrollen zu gewährleisten. Dazu soll das in Deutschland angewandte System übernommen werden: Der Aufwand für ungerechtfertigte Anfragen der Versicherer wird dem Leistungserbringer vergütet.
- unimedsuisse lehnt ein Beschwerderecht für die Versicherer gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spitalplanung und zu den Leistungsaufträgen auf den Spitallisten bzw. den zur Leistung zugelassenen Spitälern, Geburtshäusern und Pflegeheimen kategorisch ab. Es besteht die Gefahr, dass Beschwerden eingereicht werden, um kantonale und interkantonale Planungen zu blockieren, und dass so für die Leistungserbringer grosse Rechtsunsicherheiten entstehen.
- unimedsuisse schliesst sich H+ in der Argumentation für die Ablehnung des Referenzpreissystems an. Zur Dämpfung der Kosten wäre es aus unserer Sicht hingegen wichtig, dass die Referenzpreise konsequent und regelmässig auf Basis eines Auslandvergleiches angepasst werden. Spitalapotheken müssen für den spitalinternen akutstationären Bereich auch Parallelimporte von Originalmedikamenten vornehmen können.

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

Beilage

- Stellungnahme von H+ vom 13. Dezember 2018

Département fédéral de l'intérieur DFI
Monsieur Alain Berset
Inselgasse 1
3003 Berne

Par courriel: abteilung-leistungen@bag.admin.ch et
gever@bag.admin.ch

Lieu, date:	Berne, le 14 décembre 2018	Ligne directe:	031 306 93 85
Interlocutrice:	Agnes Nienhaus	Courriel:	agnes.nienhaus@unimedsuisse.ch

Prise de position dans la procédure de consultation sur la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant le 1^{er} volet de mesures visant à maîtriser les coûts

Monsieur le Conseiller fédéral,
Mesdames et Messieurs,

Dans votre courrier du 14 septembre 2018, vous nous avez donné l'occasion de prendre position sur la consultation mentionnée ci-dessus. L'association Médecine Universitaire Suisse (unimedsuisse) soutient le projet H+ expressément (cf. annexe).

Du point de vue des hôpitaux universitaires, nous souhaiterions souligner plusieurs points en particulier:

- unimedsuisse est en faveur de l'article relatif aux projets pilotes et de la possibilité ainsi créée de mettre en œuvre le développement de modèles de compensation dans le cadre de projets pilotes. Il est impératif que ces projets pilotes soient accompagnées par des scientifiques.
- unimedsuisse considère une organisation tarifaire nationale commune comme indispensable. Celle-ci permet de refléter les évolutions de la prise en charge aussi dans le système tarifaire, ce qui est nécessaire compte tenu de l'évolution fulgurante des offres dans la médecine. Il est toutefois important que l'organisation tarifaire nationale ne soit pas surrégulée par des décisions politiques: en conséquence, le Conseil fédéral ne doit plus intervenir dans les tarifs.
- Nous accueillons favorablement l'évolution des forfaits ambulatoires. Pour les hôpitaux universitaires, il est dans ce contexte important que les coûts soient représentés correctement: les forfaits ambulatoires doivent se baser sur les coûts et non sur les DRG, car ceux-ci peuvent déjà avoir subi une distorsion. Dans les forfaits, il faut en outre prendre en compte le fait que pour les établissements assurant une prise en charge maximale, le degré de gravité des cas est plus élevé que dans la prise en charge de base. La complexité plus élevée des cas (multimorbidité, complications, etc.) concerne les hôpitaux universitaires au premier chef.
- Dans la mise en œuvre des tarifs ambulatoires, il faut veiller à limiter le travail supplémentaire généré par le codage dans le domaine ambulatoire et à ce que les données administratives nécessaires pour la facturation n'entraînent pas de coûts administratifs supplémentaires.

Ceux-ci renchérissent inutilement les prestations et réduiraient à néant l'effet de maîtrise des coûts. Il est impératif d'éviter que l'on soit obligé d'économiser l'équivalent de ce travail au niveau des prestations médicales fournies au patient/à la patiente.

- En ce qui concerne le contrôle des factures, unimedsuisse soutient la position de H+. Il faut mentionner que les hôpitaux universitaires traitent nombre de cas spéciaux et sont donc particulièrement concernés par les questions complémentaires et les clarifications supplémentaires, même si ces traitements sont indiqués médicalement: pour que les fournisseurs de prestations ne soient pas sollicités excessivement par les contrôles des assureurs, il faudra veiller à ce que les contrôles respectent le principe de proportionnalité. Pour ce faire, il est envisagé de reprendre le système appliqué en Allemagne: le travail occasionné au fournisseur de prestations par les demandes injustifiées des assureurs lui est rétribué.
- unimedsuisse refuse catégoriquement que soit accordé aux assureurs un droit de recours contre les décisions des gouvernements cantonaux sur la planification des hôpitaux et sur les mandats de prestations figurant dans les listes des hôpitaux ou encore sur les hôpitaux, maisons de naissances et établissements médico-sociaux habilités à fournir la prestation. On risquerait que soient déposés des recours destinés à bloquer les planifications cantonales et intercantionales et que de graves incertitudes juridiques apparaissent ainsi pour les fournisseurs de prestations.
- unimedsuisse s'associe à H+ dans l'argumentation pour le refus du système des prix de référence. Dans l'optique de la maîtrise des coûts, il serait de notre point de vue en revanche important que les prix de référence soient systématiquement et régulièrement ajustés sur la base d'une comparaison avec l'étranger. Les pharmacies des hôpitaux doivent aussi pouvoir effectuer des importations parallèles de médicaments originaux pour leur service stationnaire aigu interne.

Nous vous remercions de bien vouloir tenir compte de nos préoccupations lors de la suite du traitement du projet et restons à votre entière disposition pour toute question complémentaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames et Messieurs, nos salutations distinguées.



Bertrand Levrat
Président de Médecine Universitaire Suisse

Annexe

- Prise de position de H+ du 13 décembre 2018

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : VDPS

Adresse : Altenbergstrasse 29, 3000 Bern 8

Kontaktperson : Erich Baumann, Präsident

Telefon : 031 313 88 49

E-Mail : welcome@swissmentalhealthcare.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht_____ **2**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen _____ **3**

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
	Grundsätzlich begrüsst der VDPS Massnahmen zur Kostendämpfung zur Entlastung der OKP. Wir bitten Sie jedoch dringend, den administrativen Aufwand und die Komplexität der Regelungen auf das unbedingt notwendige Mass zu reduzieren. Die Leistungserbringer möchten und müssen ihre ohnehin knappen Ressourcen wieder vermehrt für die Patientinnen und Patienten verwenden. Und Bürgerinnen und Bürger brauchen ein Gesundheitssystem, das sie verstehen und das Anreize setzt, unnötige Leistungen nicht zu beanspruchen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Massn	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag auf Umsetzung von Vorschlägen
	02			Experimentierartikel: JA VDPS begrüsst die Einführung eines Experimentierartikels zur Durchführung von innovativen, kostendämpfenden Pilotprojekten. VDPS empfiehlt aus Sicht der Psychiatrie unbedingt Projekte im Hinblick auf eine gesamtschweizerisch einheitliche, kostendeckende Finanzierung sogenannte intermediäre Angebote wie Tageskliniken, 'Hometreatment', mobile Equipen usw. (vgl. BAG-Bericht zum Postulat Stähelin «Zukunft der Psychiatrie») - Für eine erhebliche Anzahl von psychisch Kranken sind intermediäre Angebote nicht nur eine wirkungsvolle Alternative zur stationären Behandlung, sondern sie sind auch wesentlich kostengünstiger. Das BAG hat dies in seinem Bericht «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie» selbst festgestellt. - Eine kostendeckende Finanzierung dieser Angebote würde es den psychiatrischen Kliniken und Diensten erlauben, noch konsequenter mit mobilen Akut- und Krisenteams stationäre Behandlungstage zu reduzieren – mit tendenziell geringerem Kostenaufwand. Denkbar sind auch Pilotprojekte zur Umsetzung der einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen in der Psychiatrie oder Versuche im Bereich der integrierten Versorgung.	Das BAG ist zu beauftragen im Sinne seines Berichtes «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie» Projekte anzustossen.
	34			Nationale Tariforganisation: JA, aber	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Es ist richtig, dass auch im ambulanten Bereich eine funktionierende Organisation eingesetzt wird, welche schweizweit die Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen festlegt. Bei der Zusammensetzung sollte diese nicht vom Modell der Organisation für die stationären Tarife abweichen, welche sich in den letzten Jahren als wirksam und ergebnisorientiert erwiesen hat. VDPS unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros für den ambulanten Bereich aber nur, wenn die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewahrt bleibt.	Abs. 1 ist so zu ergänzen, dass die Organisation gemeinsam mit den Kantonen gebildet wird. Abs. 2 ist zu streichen, da dies vom Grundsatz im stationären Bereich abweicht und den Spielraum der Tarifpartner und der Kantone unnötig einschränkt. Der Bundesrat kann gemäss Abs. 3 gegebenenfalls immer noch eingreifen und muss gemäss Abs. 4 die Struktur genehmigen.
	25			Tarifstruktur aktuell halten	
	15			Pauschalen im ambulanten Bereich fördern: JA VDPS erachtet Pauschalen im ambulanten und tagesklinischen Bereich als ein interessantes Instrument, um die widersprüchlichen und partialisierten Anreizstrukturen mit den Zielen einer Kostendämpfung (und auch Qualitätssteigerung) zu verbessern. Die Vergleichbarkeit von stationären, ambulanten und tagesklinischen Behandlungen soll dabei verbessert werden. Basis jeder Pauschale ist allerdings ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Einzelleistungstarif. Die ambulante, tagesklinische und intermediäre Psychiatrie ist chronisch unterfinanziert und kann von den Kliniken nur auf der Basis von gemeinwirtschaftlicher Leistungen (GWL) / Subventionen der Kantone aufrecht erhalten werden. Die Ausgestaltung der Finanzierung via GWL ist von Kanton zu Kanton verschieden. Es bestehen damit überhaupt keine Anreize, ambulante Behandlungsmodelle weiter zu fördern. Pauschalen für ganze Behandlungssequenzen (z.B. ½ Jahr oder ein ganzes Jahr) im ambulanten und tagesklinischen Bereich könnten eine kostendeckende Finanzierung in diesen Settings sicherstellen.	Das BAG ist zu beauftragen, für die Leistungen in institutionellen Psychiatrie-Ambulatorien und Tageskliniken die Grundlagen für ambulante und tagesklinische Pauschal-Pilot-Tarifsystem zu schaffen, welche dann von ausgewählten interessierten Kliniken, Versicherern und Kantonen gemeinsam entwickelt werden können.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Und im Idealfall, bei vergleichbaren Tarifsyste men im ambulanten / tagesklinischen und im stationären Bereich, auch eine administrative Vereinfachung in der Abrechnung mit sich bringen.	
	Pa.IV. 17.402			Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten	
	22			Referenzpreissystem bei Arzneimitteln	
				Rechnungskopie für Versicherte: NEIN VDPS ist gegen den Vorschlag von Art. 42 Abs. 3. Die Erstellung und der Versand von weit über 20 Millionen Rechnungskopien durch Spitäler und Kliniken pro Jahr kostet unglaublich viel Geld. Bei vorsichtiger Schätzung der Kosten von CHF 20 pro Rechnung werden Mehrkosten von über CHF 40 Mio. verursacht. Die Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch und elektronisch alle Rechnungen sehr genau. Dies wird auch von der Expertengruppe unter der Massnahme M09 erläutert und bestätigt.	VDPS fordert, dass die Krankenversicherer bei der Abrechnung des Selbstbehalts an ihre Versicherten jeweils eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers beilegen. Die heutige Regelung führt bei Patientinnen und Patienten immer wieder zu Unsicherheiten. Sie bezahlen aufgrund der Rechnungskopie eine Behandlung, welche eigentlich durch die Krankenversicherung geschuldet ist. Die Kopie seitens Leistungserbringer ist deshalb aufzuheben. Bundesrat und das Parlament setzen auf das elektronische Patientendossier (EPD). Zur besseren Information der Patientinnen und Patienten würde es VDPS begrüssen, wenn eine Kopie der Rechnung im EPD hinterlegt werden könnte. Dies würde den Überblick für interessierte Bürgerinnen und Bürger verbessern, ohne dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen würden.
	09			Rechnungskontrolle stärken	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Beschwerderecht Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheim	
--	--	--	--	--	--



VEREINIGUNG PHARMAFIRMEN
IN DER SCHWEIZ

Per Email

abteilung-leistungen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Eidgenössisches Departement des
Innern

Bundesamt für Gesundheit

3003 Bern

30. November 2018/JF

Vernehmlassung zur Teilrevision des KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit, uns zur Teilrevision des KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 und insbesondere zu den beiden Varianten eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel äussern zu können.

Wir werden uns in der Stellungnahme hauptsächlich zu den beiden Modellen des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Medikamente äussern. Weiter erlauben wir uns ein paar Bemerkungen zum Experimentierartikel und zur Einführung eines Beschwerderechts der Versicherer.

Einleitung

Wir stellen zunächst mit grosser Ernüchterung fest, dass das EDI entgegen der Ankündigung von Herrn Bundespräsident Berset im März diesen Jahres die Mehrfachrolle der Kantone wieder nicht thematisiert. Die Kantone bauen und renovieren derweil ungebremst ihre viel zu vielen Spitäler für hohe dreistellige Millionenbeträge. Sie schaffen damit teure Arbeitsplätze und kostspielige Infrastrukturen für die nächsten 20 Jahre, die breit genutzt und amortisiert werden müssen. Damit werden wirtschaftliche Fehlanreize zementiert, die mit allen anderen Kostendämpfungsmassnahmen zusammen niemals zu kompensieren sein werden.

Die Behauptung in der Vorlage, dass „alle Akteure“ ihren Beitrag leisten müssen, ist damit klar widerlegt. Der mit Abstand grösste und nachhaltigste Kostentreiber wird ausgelassen.

Die Vernehmlassungsvorlage als Ganzes ist in unseren Augen unausgereift. Zu viele für die Pharmaindustrie wichtige Inhalte sollen dem Bundesrat zur Regelung in der Verordnung überlassen sein. Er soll zum Beispiel ohne Einbezug der Betroffenen Industriepartner den Preisabstand frei bestimmen können. Das neue System verringert somit die nötige Planungssicherheit für Unternehmen erneut, ein Trend, der sich in den letzten Jahren enorm verschärft hat. Es besteht das reale Risiko, dass die Industrie die vergleichsweise kleine Schweiz zunehmend auslässt. Zudem werden Innovationen durch das neue Gesetzeswerk verhindert. Der Pharmastandort Schweiz als solcher ist in Gefahr.

Die durch die Vorlage irreversibel schlechteren Marktbedingungen würden die Industrie zu zusätzlichen Verlagerungen aus wirtschaftlichen Gründen zwingen. Die Vorlage geht schliesslich am Ziel der Kosteneinsparung vorbei - sie ist kontraproduktiv.

Die Pharmaindustrie leistet seit Jahren hohe und messbare Beiträge zur Senkung der Kosten. In den letzten Jahren machten diese insgesamt CHF 1 Mia. Marge aus (AMZV, Differenzierter Selbstbehalt, neue GDP Regelung, PKK, 3 Jahresüberprüfung 2012-2014 und Dreijahresüberprüfung 2017-2019). Diese überaus harten Eingriffe der Behörden muss die Industrie laufend mit Einsparungen bei Arbeitsplätzen, Forschung und Entwicklung und Streichung von Investitionen kompensieren.

Weitere Projekte sind im Gange, die die Pharmaindustrie belasten. Es geht namentlich um die italienische Fachinformation und die Umteilung der Arzneimittelkategorien. Im Diener-Bericht angekündigt sind zusätzliche Massnahmen zur Förderung von Parallelimporten, zur Aufhebung des Territorialitätsprinzips, zur Einführung eines Beschwerderechts der Krankenversicherer, des Kostengünstigkeitsprinzips und der jährlichen Preisüberprüfung für Medikamente, etc.

Das grundlegende System zur Festlegung der Arzneimittelpreise wurde erst kürzlich verschärft, auch die Generika waren davon betroffen. Das zeigt Wirkung. Allein die Preissenkungen im Jahre 2017 haben Einsparungen von CHF 146.5 Mio. im patentabgelaufenen Bereich gebracht (Generika: CHF 60.1 Mio., Originale CHF 86.4 Mio.). Die gesamthaften Einsparungen in den Jahren 2017 und 2018 beliefen sich auf über 325 Millionen Franken (vgl. Medienmitteilung des Bundesamts für Gesundheit vom 2.11.2018). Das ursprüngliche Ziel von CHF 180 Mio. wurde somit schon im zweiten von drei Jahren praktisch verdoppelt. Das zeigt, dass das bestehende System offensichtlich funktioniert. Eine neuerliche Systemänderung nach so kurzer Zeit verunsichert die Marktteilnehmer und könnte dazu führen, dass der kleine, jedoch wichtige Schweizer Markt noch mehr als heute von den Anbietern ignoriert wird. Wir plädieren somit klar für die Beibehaltung des herrschenden Systems der Dreijahresüberprüfungen, weil es offensichtlich funktioniert und die nun vorgeschlagenen Massnahmen die Medikamentenversorgungssicherheit massiv gefährden würde.

Beide Modelle des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel lehnen wir vollumfänglich ab und ersuchen Sie dringend, dieses Projekt ersatzlos zu streichen. Denn die vorgeschlagenen Referenzpreismodelle bringen für Patientinnen und Patienten schmerzhaft und teure Nachteile und sie sind deshalb unsozial. Es wird eine Zweiklassenmedizin geschaffen, bei der sich die einen die Zuzahlungen für die Produkte ihrer Wahl aus der eigenen Tasche leisten können, die anderen nicht. Bei den weniger Privilegierten handelt es sich oft um ältere und chronisch Kranke, die sich Umstellungen in der Medikamentenversorgung gefallen lassen müssen. Das schafft Verunsicherung und eine schlechtere Compliance, die zu zusätzlichen Arztbesuchen und Hospitalisationen führen wird. Deren Kosten überwiegen ein allfälliges Sparpotential durch Referenzpreise weitaus. Die Krankenkassenprämien lassen sich durch das vorgeschlagene System nur geringfügig beeinflussen, das System als Ganzes wird nicht entlastet.

Für die Pharmaindustrie stellen sich mit dem Referenzpreissystem ernsthafte Fragen gegenüber der Schweiz als Pharma-, Produktions- und Forschungsstandort für die Zukunft. Der wichtigste Wirtschaftszweig der Schweiz muss sich Gedanken machen, inwieweit er den kleinen Schweizer Markt überhaupt noch als verlässlichen Partner sehen kann. Zudem muss die Industrie Verlagerungsmassnahmen ins Auge fassen.

Das Referenzpreissystem bringt bei beiden Modellen viele unerwünschte Effekte für die Patienten, aber auch für die Leistungserbringer und die Pharmaunternehmen.

Von Seiten des BAG wird im Gespräch immer wieder das Argument eingebracht, dass die Preise der Originale durch die Industrie beibehalten würden, um die Preise in Ländern hoch zu halten, in denen die Schweiz als Referenzland fungiert. Es würden somit sogenannte Schaufensterpreise geschaffen. Der Schweizer Markt würde geopfert. Falls dies der Fall sein sollte, was klar nicht so ist, so ist garantiert, dass sämtliche Investitionen auf diesen Produkten verschwinden. Dies führt zu einem massiven und irreversiblen Verlust der Produktvielfalt sowie zu einem Arbeitsplatzverlust der sowohl die Pharmabranche, als auch deren Zulieferer betreffen würde.

Das Referenzpreissystem zielt klar auf die patentabgelaufenen Originale ab und nicht auf die Generika. 5-20% der Originale würden dadurch verschwinden. Das BAG macht geltend, die Generika seien zu teuer. Mit dem vorgeschlagenen System würde man jedoch die Originalpräparate auf ein Niveau von 20-60% unter den günstigsten Preis des Referenzkorbes senken und dies obwohl die patentabgelaufenen Originale vor der letzten Preissenkungsrunde nur 17% teurer waren als der Referenzkorb. Dieser Unterschied ist ohne weiteres mit den massiven Lohnunterschieden zwischen der Schweiz und dem Ausland zu rechtfertigen. Eine Senkung der Generikapreise wird dadurch aber sicherlich nicht erreicht. Es erstaunt, dass der Industrie mit dem neuen System Schaden zugefügt werden soll, obwohl die Pharmaindustrie der wichtigste Wirtschaftszweig für die Schweiz darstellt.

Das bestehende Preisüberprüfungssystem hat sich wie erwähnt – aus Sicht der Pharmaindustrie durchaus schmerzhaft – bewährt. Es hat in den letzten zwei von drei Jahren viel höhere Einsparungen gebracht als vom EDI erwartet. Es schafft aber auch einen wirkungsvollen

Wettbewerb unter den Herstellern. Den Patientinnen und Patienten bringt das heutige System Fairness, es ermöglicht Therapietreue, erleichtert den Behandlungserfolg und gewährleistet eine viel höhere Versorgungssicherheit. Das aktuelle System bringt der Bevölkerung aber auch eine sozialverträgliche Belastung mit Selbstbehalt und Franchise.

Mit den beiden vorgeschlagenen Referenzpreissystemen werden diese Vorteile nicht nur verschwinden, die Grundversorgung in der Schweiz mit kostengünstigen Generika wird Schaden nehmen.

Stellungnahme zum Referenzpreissystem Modell 1 (Modell mit Preisabschlag)

Patientinnen, Patienten und Prämienzahlende müssten die Einschränkung ihrer Wahlfreiheit hinnehmen. Die Auswahl an Arzneimitteln mit Zusatznutzen durch eine spezielle Galenik, spezielle Darreichungsformen, durch unterschiedliche Dosisstärken und Packungsgrößen, durch teilbare Tabletten etc. würde kleiner, da die Hersteller die Preisabschläge wirtschaftlich kompensieren müssen und sie keinen Anreiz mehr haben, spezielle patientenfreundliche Formen zu entwickeln, die z.B. die Einnahme erleichtern. Im Gegenteil wird wieder auf die günstigste Herstellmethode zurück gewechselt was einen Rückschritt der Entwicklung zur Folge hat.

Erkrankte und Verunfallte müssten unzumutbare Zuzahlungen aus der eigenen Tasche be-rappen, wenn sie ihr bewährtes Medikament weiter einnehmen wollen. So kommt die geplante Einsparung nicht bei der Bevölkerung an, sondern sie wirken sich doppelt negativ aus, weil die Zuzahlungen nicht einmal der Franchise angerechnet werden.

Bei den Patienten, die sich aus finanziellen Gründen umstellen lassen müssen, ist eine sinkende Therapietreue die Folge, was zu einer unsozialen Zweiklassenmedizin führt. Langzeitpatienten werden mit mehrfachen Medikamentenwechseln den beschriebenen kostspieligen Gefahren ausgesetzt, wenn die Medikamentenpreise in kurzen Abständen angepasst oder einzelne Präparate vom Markt genommen werden, weil sie nicht mehr kostendeckend vertrieben werden können. Eine Kostendämpfung wird unter dem Strich jedenfalls nicht resultieren.

Die Zuzahlungen würden nach Berechnungen von bwa Consulting, Bern, kranke und verunfallte Menschen mit rund CHF 41.7 Mio. pro Jahr aus der eigenen Tasche belasten. Das Gleiche gilt, wenn wegen Versorgungsengpässen bei Generika nur noch das Original erhältlich ist.

Das Referenzpreissystem würde gemäss bwa Consulting zu einer Senkung der monatlichen Prämien von lediglich ca. CHF 4 bis 5 pro Person führen. Diese Einsparung ist kleiner als die jährliche Prämiensteigerung, das heisst, der Effekt würde vom Patienten gar nicht wahrgenommen.

Möglicherweise würden gesunde Menschen bei den Krankenkassenprämien marginal entlastet, doch müssten Patienten und unter ihnen vor allem ältere Menschen und solche mit

chronischen Krankheiten mehr aus der eigenen Tasche zahlen, nämlich die Franchise, den Selbstbehalt und je nach ihrem Therapiewunsch auch noch die Zuzahlungen.

Die neueren Generika liegen bereits heute auf dem geplanten, sogenannten „Höchstpreis“ (APV minus definierter Preisabstand). Weitere Preissenkungen kämen daher – abhängig von der Anzahl Anbieter – primär durch den vom Bundesrat festzulegenden Preisabschlag auf diesen Höchstpreis zustande.

Die Grössenordnung dieses Preisabstandes soll vom Bundesrat in der Verordnung festgelegt werden können. Wir lehnen diese Neuregelung in aller Deutlichkeit ab. Es kann nicht sein, dass es dem Bundesrat überlassen sein soll, die Höhe des Abschlags frei festzulegen. Die Hersteller brauchen Rechtssicherheit und verbindliche Angaben zu den Preisabständen. Sie können nicht vorausschauend planen und produzieren, wenn der Bundesrat die Abschläge in Eigenregie zeitlich und in ihrer Höhe beliebig ändern könnte.

Bei älteren, preisgünstigen Generika würde eine Preissenkung auf den Referenzpreis zu ganz unwirtschaftlichen Preisen führen. Sie würden bald vom Markt verschwinden. Im Ergebnis würde auch dies zu höheren Kosten der OKP führen, was den Zielen des neuen Systems widerläuft.

Durch diese zusätzlichen Preisabschläge und die harten Preissenkungsrunden der letzten Jahre durch das BAG muss die Industrie ihre Kosten optimieren. Die Unternehmen könnten nur noch mit einem Abbau von Leistungen, Arbeitsplätzen oder mit der Verlagerung von Produktions- und Forschungsstandorten ins Ausland reagieren. Auch die Versorgungssicherheit wäre betroffen, denn die Hersteller müssten ihre Lagerbestände reduzieren. Verschärfte Lieferengpässe für die Schweiz wären die notwendige Folge.

Unter Generikaherstellern käme es aus Kostengründen mittelfristig zu Monopolen oder Duopolen in der Schweiz, denn kleinere Unternehmen würden verschwinden.

Es trifft jedenfalls nicht zu, dass das Referenzpreissystem zu mehr Wettbewerb im Markt führen wird. Im Gegenteil, der Wettbewerb würde durch das System praktisch eliminiert. Der Markt würde von wenigen Firmen abhängig. Ein Produktionsausfall bei einem Anbieter hätte drastische Auswirkungen, weil kein anderer Anbieter mehr auf dem Markt wäre, der die Lücke füllen könnte.

Der zu erwartende Rückgang der Generika und das Verschwinden bzw. Verlagern solcher Herstellerfirmen widerspricht den Zielsetzungen des Bundesrats, der Politik und der Konsumentenorganisationen, welche Generika fördern wollen.

Zwar ist vorgesehen, dass das Referenzpreissystem erst greift, wenn mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Wenn aber nur zwei Produkte auf dem Markt vorhanden sind, gilt gleichwohl das Günstigkeitsprinzip und ist ein weiterer Schritt hin zur Billigstmedizin.

Es ist aber nicht definiert, ob die Regel auch dann greift, wenn es zwei grosse Anbieter und ein ganz kleiner oder nur einen grossen und zwei kleine Anbieter gibt. Hier könnte die Versorgung schnell gefährdet sein, auch wenn die Zahl der Anbieter die gesetzlichen Vorgaben erfüllt.

Firmen könnten von einer Vermarktung ihrer Produkte absehen, sobald drei Anbieter im Markt sind, da sie mit tieferen Preisen einsteigen müssten.

Es ist vorgesehen, dass der Bundesrat Massnahmen ergreifen kann, wenn die Versorgungssicherheit gefährdet ist. Der Bundesrat kann solche Mangellagen aber nur mit einer wirtschaftsfreundlichen Gestaltung des rechtlichen Rahmens beeinflussen, in diesem Fall also mit einem Verzicht auf das Referenzpreissystem. Wirksame Massnahmen gegen Versorgungsengpässe können höchstens die Hersteller ergreifen, aber auch sie benötigen dazu mindestens ein halbes Jahr. Hersteller brauchen vor allem verlässliche Marktbedingungen in der Schweiz, die nicht allzu schnell und hektisch ändern. Sonst überwiegt der Aufwand den Ertrag schnell.

Die Folge ist, dass einige Originalhersteller ihre Originale vom Markt nehmen, da sich deren Vertrieb aufgrund der Fixkosten mit dem massiv reduzierten Ertrag nicht mehr rechnet. Es gilt zu Bedenken, dass 70% der Kosten in der Schweiz anfallen. Andere werden den Preis auf den Höchstpreis senken und damit nahe am Preisniveau der Generika, bzw. dem Referenzpreis sein. Die Verschreibung von Generika würde einbrechen. Patienten und Ärzte würden das Original vorziehen, wenn es gleich teuer ist wie ein Generikum. Der Markt wäre dann stärker von den Originalpräparaten abhängig. Originalhersteller entscheiden bei sinkenden Erträgen, welche Arzneimittel noch gewinnbringend vertrieben werden können und welche vom Markt zu nehmen sind. Der Markt wird dann aber kaum noch Generika enthalten, da diese bereits vorher aus wirtschaftlichen Gründen verschwunden sind.

Stellungnahme zu den Referenzpreisen - Modell 2 (Modell mit Meldesystem)

Auch das zweite Modell mit Meldesystem, das vom EDI vorgeschlagen wird, lehnen wir ab, denn auch damit sind Behandlungsqualität und Wahlfreiheit der Patienten und Leistungserbringer gefährdet.

Erzwungene Medikamentenwechsel sind im Modell 2 systemimmanent. Es kann nur funktionieren, wenn es zu dauernden Medikamentenwechseln kommt. Im mengenmässig kleinen Schweizer Pharmamarkt mit nur wenigen Anbietern führt das Modell 2 zu Monopolen bzw. Duopolen und die Anbieter würden die Bedingungen je nach Medikament bestimmen können. Für Patientinnen und Leistungserbringer würde die Auswahl eingeschränkt, Nischenprodukte stünden nicht mehr zur Verfügung und in Weiterentwicklungen würde nicht mehr investiert.

Mit Ausnahme des Preiswettbewerbes, der im Modell 2 eher stattfinden könnte, gelten im Übrigen die gleichen Kritikpunkte wie im Modell 1. Um Wiederholungen zu vermeiden, wird darauf verwiesen.

Weitere Kritikpunkte in Zusammenhang mit den „Individualverträgen“ im Modell 2 zwischen Krankenversicherern und Medikamentenherstellern sind zu erwähnen.

Die Wahlfreiheit für Patienten und Leistungserbringer wird im Modell 2 weitgehend eliminiert. Das Ergebnis ist eine Billigstmedizin, die jegliche Innovation und Weiterentwicklung für die Industrie zum vornherein wirtschaftlich verunmöglicht. Die Krankenkassen würden bestimmen, welches Medikament zu verwenden ist. Ärzte, Patientinnen und Patienten würden bevormundet, die Therapietreue (Compliance) leidet im Ergebnis. Unfreiwillige Änderungen des verschriebenen Arzneimittels führen erwiesenermassen zu Verwechslungsgefahr bei der Einnahme durch den Patienten, speziell bei polytherapierten und älteren Patienten sowie bei chronisch Kranken. Die Nebenwirkungsrate würde steigen, was zusätzliche Medikamente erforderlich macht zu ihrer Behandlung. Auch sind zusätzliche Arztbesuche und Hospitalisierungen erforderlich, die sich kostensteigernd auswirken.

Das Modell 2 wird noch stärker als das Modell 1 regelmässige Medikamentenwechsel erzwingen. Wenn für die Mehrheit der Produkte „Individualverträge“ zwischen Krankenkassen und Herstellern abgeschlossen und darin die zu vergütenden Preise definiert werden, werden Medikamentenwechsel nötig, sobald ein Anbieter einen tieferen Preis anbietet, um wieder ins Geschäft zu kommen.

Um allen Patienten das für sie jeweils vergütete Medikament abgeben zu können, müssten Apotheker und selbstdispensierende Ärzte (SD-Ärzte) stets sämtliche Generika an Lager haben, was aus nachvollziehbaren Kostengründen nicht realisierbar ist. Die häufigen Preissenkungen würden zu Lagerverlusten, zur Vernichtung wegen der Überschreitung des Haltbarkeitsdatums oder im Gegenteil zu verschärften Mangelsituationen führen. Die Planbarkeit für die Hersteller ist unmöglich.

Administrativer Mehraufwand ist aber nicht nur bei den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zu erwarten, auch das BAG erwartet mehr Bürokratie und will dazu schon wieder neue Stellen schaffen. Kosten werden also in die Bürokratie verlagert, statt für den Markt Wahlfreiheit sicherzustellen, was einen direkten Nutzen generieren würde.

Grosse Sorgen bereitet uns ein weiterer Punkt der Vorlage. Die Gleichstellung von Biosimilars mit Generika und Originalpräparaten führt zu einer Streichung sämtlicher geplanten Einführung von Biosimilars. Die Entwicklung und Herstellung von Biosimilars ist bekanntlich deutlich komplexer, zeitintensiver und mehr als 20x teurer als bei herkömmlichen Generika. Wenn keine Biosimilars mehr eingeführt werden bleiben die höher preisigen Biologika konkurrenzlos auf dem Markt. Auch dies läuft den Zielsetzungen des Bundesrats zuwider, der Biosimilars ausdrücklich fördern will.

FAZIT:

Referenzpreissystem Modell 1

- Empfindliche Einschränkung der Wahlfreiheit für Patientinnen, Patienten und Leistungserbringer bei den Arzneimitteln. Weiterentwicklungen und galenische Spezialitäten verschwinden weitgehend vom Schweizer Markt.
- Zwang zu Zuzahlungen für Patientinnen und Patienten, die ihre bewährten Medikamente weiter einnehmen wollen. Die privaten Zuzahlungen im Umfang von rund CHF 41.7 Mio. pro Jahr können nicht einmal der Franchise angerechnet werden.
- Wer sich keine Zuzahlungen leisten kann - vorwiegend chronisch Kranke und ältere Menschen – wird auf andere Präparate umgestellt. Das führt zu unbeabsichtigten Fehlmedikationen und bringt Folgekosten durch zusätzliche Arztbesuche und Hospitalisationen.
- Die Einsparungen kommen nicht bei der Bevölkerung an. Die Krankenkassenprämien sinken nur um ca. CHF 4-5 pro Person. Stattdessen entsteht eine unsoziale Zweiklassenmedizin.
- Es erfolgt eine Beschränkung der rechtsstaatlichen Kontrolle. Der Bundesrat soll den Preisabstand festlegen können, bisher bestehende Anfechtungsmöglichkeiten gegen Medikamentenpreise entfallen.
- Das Referenzpreissystem zielt auf die patentabgelaufenen Originale und nicht auf die Generika. 5-20% der Originale würden dadurch verschwinden.
- Der Bundesrat möchte die Anwendung von Biosimilars fördern. Mit dem Referenzpreissystem verunmöglicht er aber Herstellung und Verkauf von Biosimilars weitgehend.

- Dem wichtigsten Wirtschaftszweig der Schweiz wird durch das Referenzpreissystem massiv Schaden zugefügt, ohne für Patientinnen, Patienten und Leistungserbringer einen Mehrwert zu generieren.

Referenzpreissystem Modell 2

- Neben den für das Modell 1 beschriebenen Nachteilen führt das Modell 2 des Referenzpreissystems mit Meldesystem zu einer Elimination der Wahlfreiheit für Patienten und Leistungserbringer führen.
- Stattdessen bestimmen die Krankenversicherer, die direkt von tiefen Leistungen profitieren, welches Medikament zu verwenden ist.
- Noch stärker als in Modell 1 sind im Modell 2 mehrfache und erzwungene Medikamentenwechsel die Folge mit den damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit der Menschen und zusätzlichen Arzt- und Spitalkosten.
- Administrativer Mehraufwand bei Leistungserbringern und beim BAG verbunden mit der Schaffung neuer Verwaltungsstellen lassen eventuelle Einsparungen verschwinden.

Einführung eines Experimentierartikels

Wir begrüssen grundsätzlich die Einführung eines Experimentierartikels. Seine thematische Einschränkung auf bestimmte Themengebiete halten wir jedoch für verfehlt. Wenn experimentiert werden soll, dann am besten unter Gewährleistung grösstmöglicher Denkfreiheit.

Weiter muss sich der Experimentierartikel ausschliesslich auf die Verhältnisse und die Situation in der Schweiz beziehen und er darf keine internationalen Vergleiche heranziehen. Die Experimente sollen also nur innerhalb der Schweizergrenzen stattfinden, Experimente unter Einbezug des Auslandes lehnen wir strikte ab.

Einführung eines Beschwerderechts der Versicherer/Versicherungsverbände

Die Einführung eines Beschwerderechts für Versicherer und/oder Versicherungsverbände lehnen wir aus Prinzip ab. Verbandsbeschwerderechte verlangsamen und verkomplizieren die Prozesse in der Schweiz unnötig, sie fördern die Rechtsunsicherheit und reduzieren die unbedingt nötige Planungssicherheit für die Wirtschaft.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

**vips Vereinigung Pharmafirmen
in der Schweiz**



Ernst Niemack
Geschäftsführer



Marcel Plattner
Präsident

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : vips

Adresse : Baarerstrasse 2, 6300 Zug

Kontaktperson : Ernst Niemack, Geschäftsführer vips

Telefon : 078 646 80 30

E-Mail : ernst.niemack@vips.ch

Datum : 13.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	13
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	14

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Zu Ziff. 1.2.1 Experimentierartikel (M02) Wir begrüssen grundsätzlich die Einführung eines Experimentierartikels. Seine thematische Einschränkung auf bestimmte Themengebiete halten wir jedoch für verfehlt. Wenn experimentiert werden soll, dann am besten unter Gewährleistung grösstmöglicher Denkfreiheit. Weiter muss sich der Experimentierartikel ausschliesslich auf die Verhältnisse und die Situation in der Schweiz beziehen und er darf keine internationalen Vergleiche heranziehen. Die Experimente sollen also nur innerhalb der Schweizergrenzen stattfinden, Experimente unter Einbezug des Auslandes lehnen wir strikte ab.
	Zu Ziff. 1.2.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M 22) Wir lehnen beide Varianten eines Referenzpreissystems strikte und vollumfänglich ab. Beide Systeme zielen klar auf die Originale ab. Das Ziel, die Generikapreise zu senken, wird klar verfehlt. Herstellung und Verkauf von <i>Biosimilars</i> wird durch das Referenzpreissystem weitgehend verunmöglicht. Die Gleichstellung von Biosimilars mit Generika und Originalpräparaten führt zu einer Streichung aller geplanten Produkteinführungen von Biosimilars. Dies, weil Entwicklung und Herstellung von Biosimilars deutlich komplexer, zeitintensiver und mehr als 20 mal teuer ist als bei herkömmlichen Generika. Wenn keine Biosimilars mehr eingeführt werden bleiben die höherpreisigen Biologika konkurrenzlos auf dem Markt. Auch dies läuft den Zielsetzungen des Bundesrats zuwider, der Biosimilars ausdrücklich fördern will. Die anvisierten Eckwerte (S. 19) sind aus Sicht der Pharmaindustrie mit Sicherheit nicht erreichbar. Die Versorgungssicherheit ist in der Schweiz bereits prekär Das Referenzpreissystem wird Engpässe gerade im Bereich der günstigen Grundversorgung mit Medikamenten (z.B. Antibiotika) sowohl bei Generika als auch bei deren Originalen massiv verschärfen. Das vorgeschlagene Referenzpreissystem schafft eine unsoziale Zweiklassenmedizin, neben Franchise und Selbstbehalt müssen Patientinnen und Patienten auch Zuzahlungen in Kauf nehmen, wenn sie ihre bewährten Medikamente weiterhin einnehmen wollen. Variante 1 mit Preisabschlag: Der <i>Bundesrat soll in der Verordnung den Preisabschlag festlegen</i> können. Ohne Einbezug der Betroffenen Industriepartner und ohne Rechtsmittel für den Einzelfall wird die notwendige Planungssicherheit für Unternehmen unzumutbar eingeengt. Es besteht das reale Risiko, dass die Industrie die vergleichsweise kleine Schweiz zunehmend auslässt. Zudem werden Innovationen durch das neue Gesetzeswerk verhindert. Der Pharmastandort Schweiz als solcher ist in Gefahr. Für die geplante <i>jährliche Überprüfung der Höchst- und Referenzpreise</i> wäre massiv mehr administratives Personal nötig, was wir strikte ablehnen, um unnötige Zusatzkosten zu vermeiden. Variante 2 mit Meldesystem: Neben den für das Variante 1 beschriebenen Nachteilen führt Variante 2 mit Meldesystem zu einer Elimination der Wahlfreiheit für Pa-

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	tienten und Leistungserbringer. Erzwungene und immer neue Medikamentenwechsel sind systemimmanent. Im mengenmässig kleinen Schweizer Pharmamarkt mit nur wenigen Anbietern führt das Modell 2 zu Monopolen bzw. Duopolen und die Anbieter würden die Bedingungen je nach Medikament bestimmen können. Galenische Spezialitäten und Nischenprodukte stünden nicht mehr zur Verfügung und in Weiterentwicklungen würde nicht mehr investiert. Krankenversicherer, die direkt von tiefen Leistungen profitieren, würden bestimmen, welches Medikament zu verwenden ist. Noch stärker als in Modell 1 sind im Modell 2 mehrfache und erzwungene Arzneimittelwechsel die Folge mit den damit verbundenen Gefahren für die Gesundheit der Menschen und zusätzlichen Arzt- und Spitalkosten. Der administrative Mehraufwand bei Leistungserbringern und beim BAG verbunden mit der Schaffung neuer Verwaltungsstellen kompensieren eventuelle Einsparungen schnell.
	Zu Ziff. 1.2.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG Die Einführung eines Beschwerderechts für Versicherer und/oder Versicherungsverbände lehnen wir aus Prinzip ab. Verbandsbeschwerderechte verlangsamen und verkomplizieren die Prozesse in der Schweiz unnötig, sie fördern die Rechtsunsicherheit und reduzieren die unbedingt nötige Planungssicherheit für die Wirtschaft.
	Zu Ziff. 1.3.1 Experimentierartikel (M02) Wir zu Ziff. 1.2.1 erwähnt begrüssen wir im Grunde einen Experimentierartikel, doch ohne thematische Einschränkung auf bestimmte Themengebiete. Zudem muss sich der Experimentierartikel ausschliesslich auf die Verhältnisse in der Schweiz beziehen und er darf keine internationalen Vergleiche heranziehen.
	Zu Ziff. 1.3.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M 22) Wie zu Ziff. 1.2.4 ausgeführt, lehnen wir beide Varianten des vorgeschlagenen Referenzpreissystems strikte ab. Die Folge wäre eine unsoziale Zweiklassenmedizin. Die Wahlfreiheit bei Arzneimitteln für Patientinnen, Patienten und Leistungserbringer würde stark limitiert. Engpässe bei der Medikamentenversorgung würden verlängert und noch häufiger als heute. Vor allem patentabgelaufene Originale sind vom Referenzpreissystem in beiden Varianten betroffen und nicht die Generika. 5-20% der Originale würden dadurch verschwinden. Die Originalpräparate wurden auf ein Niveau von 20-60% unter den günstigsten Preis des Referenzkorbes gesenkt und dies obwohl die patentabgelaufenen Originale vor der letzten Preissenkungsrunde nur 17% teurer waren als der Referenzkorb. Dieser Unterschied ist ohne weiteres mit den massiven Lohnunterschieden zwischen der Schweiz und dem Ausland zu rechtfertigen. Eine Senkung der Generikapreise wird dadurch sicherlich nicht erreicht. Es erstaunt, dass auch der Industrie mit dem neuen System Schaden zugefügt werden soll, obwohl die Pharmaindustrie der wichtigste Wirtschaftszweig für die Schweiz darstellt.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Zu Ziff. 1.3.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG vgl. unsere Bemerkungen zu Ziff. 1.2.5
	Zu Ziff. 1.5. Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht und insbesondere zu Ziff. 1.5.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22) Die Medikamentenpreisfestlegungssysteme in Europa sind sehr unterschiedlich ausgestaltet. Die Schweiz kann unseres Erachtens – vor allem wegen ihres besonders kleinen und anspruchsvollen Marktes, den hohen Löhnen und der Dreisprachigkeit – nicht mit diesen Ländern verglichen werden. Bei den Ausführungen zum Rechtsvergleich wird übersehen, dass europäische Länder mit Referenzpreismodellen nicht auch noch eine zusätzliche dreijährliche Preisüberprüfung kennen, wie wir sie in der Schweiz anwenden. Dieses System zur Festlegung der Arzneimittelpreise wurde erst kürzlich verschärft. Auch die Generika waren davon betroffen. Das neue System zeigt Wirkung. Allein die Preissenkungen im Jahre 2017 haben Einsparungen von CHF 146.5 Mio. im patentabgelaufenen Bereich gebracht (Generika: CHF 60.1 Mio., Originale CHF 86.4 Mio.). Die gesamthaften Einsparungen in den Jahren 2017 und 2018 beliefen sich auf über 325 Millionen Franken (vgl. Medienmitteilung des Bundesamts für Gesundheit vom 2.11.2018). Das ursprüngliche Ziel von CHF 180 Mio. wurde somit schon im zweiten von drei Jahren praktisch verdoppelt. Das System funktioniert offensichtlich. Eine neuerliche Systemänderung nach so kurzer Zeit verunsichert die Marktteilnehmer und kann dazu führen, dass der kleine, jedoch wichtige Schweizer Markt noch mehr als heute von den Anbietern ignoriert wird. Wir plädieren somit klar für die Beibehaltung des herrschenden Systems der Dreijahresüberprüfungen, weil es offensichtlich funktioniert und die vorgeschlagenen zusätzlichen Massnahmen des Referenzpreissystems die Medikamentenversorgungssicherheit massiv gefährden würde.
	Zu Ziff. 1.6.1 Experimentierartikel (M 02) Vgl. unsere Bemerkungen zu Ziff. 1.2.1 und 1.3.1
	Zu Ziff. 1.6.4 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M 22) Zur Umsetzung des Referenzpreissystems ist zu sagen, dass die Vorlage in diesem Punkt äusserst unausgereift daher kommt, was mit den Ausführungen in Ziff. 1.6.4 nicht verbessert wird. Wir lehnen jedenfalls die Festlegung der Preisabschläge durch den Bundesrat auf dem Verordnungsweg entscheiden ab. Dass keine Verfügung im Einzelfall mehr ergehen soll, die mit Beschwerde angefochten werden kann, bedeutet eine drastische Einschränkung der Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechte der Pharmaindustrie. Wir sind überzeugt, dass es nur ein kontradiktorisches Verfahren im Einzelfall gerechte und ausgeglichene Lösungen bringen kann. Die willkürliche Festlegung der Preisabschläge durch den Bundesrat lehnen wir kategorisch ab.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Zu Ziff. 1.6.5 Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 KVG vgl. unsere Bemerkungen zu Ziff. 1.2.5 und Ziff. 1.3.5.
	Zu Ziff. 3.1 Auswirkungen auf den Bund und insbesondere zu Ziff. 3.1.1 Finanzielle Auswirkungen Das Referenzpreissystem in beiden Varianten wird das vorrangige Ziel der Reduktion der Generikapreise oder der Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen total verfehlen. Das Referenzpreissystem macht den Aufbau neuer und dauerhaft tätiger administrativer Personalressourcen nötig, was jegliche Einsparung in kürzester Zeit auffrisst. Zudem zielt das System auf die patentabgelaufenen Originale ab und nicht auf die Generika. 5-20% der Originale würden dadurch verschwinden. Das BAG macht geltend, die Generika seien zu teuer. Mit dem vorgeschlagenen System würde man jedoch die Originalpräparate auf ein Niveau von 20-60% unter den günstigsten Preis des Referenzkorbes senken und dies obwohl die patentabgelaufenen Originale vor der letzten Preissenkungsrunde nur 17% teurer waren als der Referenzkorb. Dieser Unterschied ist ohne weiteres mit den massiven Lohnunterschieden zwischen der Schweiz und dem Ausland zu rechtfertigen. Eine Senkung der Generikapreise wird dadurch aber sicherlich nicht erreicht. Es erstaunt, dass der Industrie mit dem neuen System Schaden zugefügt werden soll, obwohl die Pharmaindustrie der wichtigste Wirtschaftszweig für die Schweiz darstellt. Mit den beiden vorgeschlagenen Referenzpreismodellen werden diese Vorteile nicht nur verschwinden, die Grundversorgung in der Schweiz mit kostengünstigen Generika wird Schaden nehmen. Das bestehende Preisüberprüfungssystem hat sich – aus Sicht der Pharmaindustrie durchaus schmerzhaft – bewährt. Es hat in den letzten zwei von drei Jahren viel höhere Einsparungen gebracht als vom EDI erwartet. Es schafft aber auch einen wirkungsvollen Wettbewerb unter den Herstellern. Den Patientinnen und Patienten bringt das heutige System Fairness, es ermöglicht Therapietreue, erleichtert den Behandlungserfolg und gewährleistet eine höhere Versorgungssicherheit. Das aktuelle System gewährleistet aber auch eine sozialverträgliche Belastung mit Selbstbehalt und Franchise und ohne Zuzahlungen, die sich nicht alle leisten können. So kommen die Einsparungen auch nicht bei den Patientinnen und Patienten an.
	Zu Ziff. 3.1.2 Personelle Auswirkungen Vorwiegend chronisch Kranke, Familien und ältere Menschen könnten sich die Therapie ihrer Wahl bzw. die vom Arzt empfohlene Therapie bei einem Referenzpreissystem nicht mehr leisten. Durch unbeabsichtigte Fehlmedikationen bedingte zusätzliche Arztbesuche und Hospitalisierungen würden hohe Kosten verursachen und eventuelle Einsparungen sofort wieder kompensieren. Die laufende Regulierungsfolgenabschätzung (vgl. S. 64) wird dieser Problemstellung hoffentlich gebührend und ehrlich Rechnung tragen und aufzeigen, wie kontraproduktiv das Referenzpreissystem im Hinblick auf Kosteneinsparungen ist.
	Zu Ziff. 3.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft M 22 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln: wir unterstreichen die sehr ernsten Bedenken, die in diesem Abschnitt aufgeführt sind. Wir bewerten sie deutlich kritischer und für die Gesundheitsversorgung der Schweiz ernster als es in der Vorlage dargestellt wird. Der „gewisse“ administrative Aufwand für Pharmaunternehmen sowie Leistungserbringer und auch Versicherer wird im Falle der Pharmaindustrie dazu führen, dass der kleine Schweizer Medikamentenmarkt zunehmend zugunsten grösserer Märkte umgangen wird. Bei dieser Ausgangslage werden durch die Pharmaunternehmen früher oder später auch Standortfragen anders beurteilt, was zur Abwanderung von Unternehmen ins Ausland verbunden mit der Auslagerung von Arbeitsplätzen führen wird. Wir beurteilen diese Gefahren als sehr ernst.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Zudem wird – wieder – die Mehrfachrolle der Kantone nicht thematisiert. Die Kantone bauen und renovieren derweil ungebremsst ihre viel zu vielen Spitäler für hohe dreistellige Millionenbeträge. Sie verschliessen sich Qualitätsvergleichen und schaffen teure Arbeitsplätze und kostspielige Infrastrukturen für die nächsten 20 Jahre, die breit genutzt und amortisiert werden müssen. Damit werden wirtschaftliche Fehlanreize zementiert, die mit allen anderen Kostendämpfungsmassnahmen zusammen niemals zu kompensieren sein werden.
	Zu Ziff. 3.4. Auswirkungen auf die Gesellschaft Die Schweiz verfügt heute tatsächlich über ein sehr gutes Gesundheitssystem. Sie verfügt aber auch über sehr effiziente Prozesse zur wirkungsvollen und messbaren Senkung der Kosten von Arzneimitteln. Die Pharmaindustrie leistet seit Jahren hohe Beiträge zur Senkung der Kosten. In den letzten Jahren machten diese insgesamt CHF 1 Mia. Marge aus (AMZV, Differenzierter Selbstbehalt, neue GDP Regelung, PKK, 3 Jahresüberprüfung 2012-2014 und Dreijahresüberprüfung 2017-2019). Diese überaus harten Eingriffe der Behörden muss die Industrie laufend mit Einsparungen bei Arbeitsplätzen, Forschung und Entwicklung und Streichung von Investitionen kompensieren. Das Referenzpreissystem erreicht hier keinen Mehrwert, sondern die allfälligen Einsparungen bei den Preisen für Arzneimittel werden durch zusätzliche Arztbesuche und Hospitalisierungen infolge unbeabsichtigter Fehlmedikationen sowie durch einen Aufbau an Bundespersonal zumindest ganz kompensiert. Vielleicht sind die Kosten unter dem Strich sogar höher als heute. Was gesellschaftlich aber zu Spannungen führen wird, sind die durch das Referenzpreissystem notwendigen Zuzahlungen aus der eigenen Tasche für Patientinnen und Patienten, die ihre bewährten Medikamente weiterhin einnehmen wollen. Zu Unmut wird auch der Umstand führen, dass die Zuzahlungen nicht einmal an die Franchise angerechnet werden können. Beide Modelle des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel sind auch unter diesem Aspekt abzulehnen. Es wird eine Zweiklassenmedizin geschaffen, bei der sich die einen die Zuzahlungen für die Produkte ihrer Wahl aus der eigenen Tasche leisten können, die anderen nicht. Bei den weniger Privilegierten handelt es sich oft um ältere und chronisch Kranke, die sich Umstellungen in der Medikamentenversorgung gefallen lassen müssen. Das schafft Verunsicherung und eine schlechtere Compliance, Deren Kosten überwiegen ein allfälliges Sparpotential durch Referenzpreise weitaus. Die Krankenkassenprämien lassen sich durch das vorgeschlagene System nur geringfügig beeinflussen, das System als Ganzes wird nicht 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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. 52	1bis	b	Die Festlegung der Preise in einer Verordnung verunmöglicht es den Herstellern, die Preise mit einer Beschwerde anzufechten. Der Zugang zu einem ordentlichen Gericht und eine richterliche Überprüfung von Rechtmässigkeit und Verhältnismässigkeit im Einzelfall werden den Betroffenen entzogen. Diese Beschränkung ist abzulehnen. Das bestehende System, bei dem die Preise verfügt werden, ist beizubehalten. Das Verhältnis von Höchst- und Referenzpreis zum Fabrikabgabepreis (FAP) wird nicht definiert. Dies bringt Rechtsunsicherheit für den Hersteller, der mit dem FAP rechnen und planen muss. Auch das Verhältnis zwischen Höchstpreis und Referenzpreis ist nicht definiert.	Streichen
	52a	1		Die Formulierung ist irreführend und möglicherweise unrichtig: Das Modell mit der Vergütung des günstigeren Arzneimittels gilt nur, wenn nur zwei Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff bestehen. Wenn „mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung“ bestehen, wie Abs. 1 erwähnt, geht man davon aus, es handle sich um mehr als zwei Arzneimittel, womit das Referenzpreissystem greifen würde.	Streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	52a	2,3		Wann ist ein Arzneimittel medizinisch gleich geeignet? Die Kriterien dazu müssten im KVG definiert sein, da die KVV und KLV nur Vollziehungsverordnungen sind. Zudem besteht das Risiko, dass Patienten ungleich behandelt werden, wenn keine verbindlichen Kriterien definiert sind.	Streichen
	52b	2		Wird der APV nach den bestehenden Regeln berechnet? Es ist nicht klar, ob der APV mit dem Original oder dem Generikum durchgeführt wird. Nach welchen Kriterien bestimmt sich der angemessene Preisabstand? Gilt dies nur für Generika oder auch für Originale? Wie legitimiert sich gegebenenfalls ein Preisabstand von z.B. 70% für ein Originalpräparat im Vergleich zum heutigen System? Und wie lässt sich rechtfertigen, dass Originale damit erheblich billiger sein werden als im Ausland? Wird der APV publiziert? Falls nein, wie wird dann Transparenz hergestellt, damit die Berechnung überprüft werden kann?	Streichen
	52b	3		Nach welchen Kriterien bestimmt sich der angemessene Preisabschlag? Bei mehr als vier Präparaten mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll der Preisabstand höher sein, weil die Versorgungssicherheit angeblich weniger gefährdet ist. Diese Vermutung muss nicht zutreffen: Die Verfügbarkeit hängt auch vom Hersteller	Streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				des Wirkstoffes ab (der oft nicht identisch ist mit dem Hersteller des Fertigprodukts). Wenn beim Hersteller des Wirkstoffes ein Engpass besteht, können davon alle Hersteller des Fertigprodukts betroffen sein.	
	52b	4		Diese Bestimmung ist widersprüchlich: Der Preis in Art. 52 Abs. 1bis ist nicht eindeutig definiert, weil in Art. 52 Abs. 1bis zwei Preise definiert sind. In Art. 52b Abs. 2 hingegen ist nur der Referenzpreis definiert. Der Höchstpreis kann nach Art. 52 Abs. 1bis jedoch nicht der Referenzpreis sein.	Streichen
	52b	5		Eine einseitige Preisanpassung nur nach unten widerspricht einer rechtsgleichen Behandlung und wird strikt abgelehnt. Dies gilt umso mehr, als Gesuche für eine Preiserhöhung zurzeit und wahrscheinlich noch längere Zeit nicht bewilligt werden.	Streichen
	52b	6		Für diese Bestimmung fehlt die gesetzliche Grundlage. Mit der Bestimmung wird versucht, zusätzliche Kompetenzen des Bundesrats in der Verordnung zu begründen, die sich nicht auf das Gesetz abstützen können. Es geht hier um viel mehr als um die praktische Umsetzung einer Bestimmung aus dem KVG. Namentlich fehlen jegliche Anhaltspunkte und Kriterien dazu, wie zum Beispiel die Preisabstände zu bestimmen sind.	Streichen
	52b	7	b	Wie soll der Bundesrat die Gefährdung der Versorgung definieren und gestützt auf wel-	Streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			che Kriterien soll er sie feststellen? Heute tolerieren die Schweizer Behörden bereits immer umfangreichere und längerfristige Lieferengpässe bei Medikamenten und Impfstoffen. Nach Eintreten eines Lieferengpasses ist es jedoch für eine Anpassung zu spät. In der Regel dauert die Umsetzungsfrist für die Industrie rund ein halbes Jahr. Zudem bewilligt Swissmedic bei Lieferengpässen oft die Einfuhr des betroffenen Arzneimittels aus dem Ausland. Müsste dann nicht dieses „Ersatzarzneimittel“ anstelle des nicht lieferbaren Arzneimittels vergütet werden? Die Referenzpreisvariante mit Preisabschlag wird zum Marktrückzug von günstigeren Produkten führen, da sich deren Vertrieb bei noch tieferen Preisen wirtschaftlich nicht mehr rechnen wird. Dies führt mittel- und langfristig zu höheren Kosten, was wiederum den Zielen des KVG zuwiderläuft.	
	52b	8	Wie weiss der Bundesrat, dass die Versorgung gefährdet ist? Wenn der Lieferengpass eingetreten ist, ist es für eine Anpassung zu spät, da sie im Markt erfahrungsgemäss eine Umsetzungsfrist von sechs Monaten brauchen. Zudem bewilligt Swissmedic bei Lieferengpässen oft die Einfuhr des betroffenen Arzneimittels aus dem Ausland. Müsste	Streichen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				dann nicht dieses „Ersatzarzneimittel“ anstelle des nicht lieferbaren Arzneimittels vergütet werden?	
	Übergangsbestimmungen		Abs. 3	Wie bestimmt sich das Marktvolumen? Nur anhand des Originalpräparats oder ein- schliesslich Generika?	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:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

A-Post:

Herr Bundesrat
Alain Berset
p.A. Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

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, 7. November 2018

Vernehmlassung Teilrevision KVG: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Der Vorstand des VLSS hat sich in kurzen Zeitabständen unter zwei Malen einlässlich mit der Materie befasst. Die nachfolgende Stellungnahme ist geprägt von tiefer Sorge wegen einer stark gefährdeten Zukunft einer sinnvollen ambulanten medizinischen Versorgung in der Schweiz.

I. Drohendes Referendum

Der Bundesrat beabsichtigt, das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorerst in 8 Hauptpunkten anzupassen. Alleine 4 der 8 geplanten Gesetzesänderungen betreffen ausschliesslich den ambulanten Bereich und damit primär die praktizierende Ärzteschaft. Auch unsere Mitglieder sind aber in ihrer Funktion als am Spital tätige Kaderärztinnen und Kaderärzte auf eine funktionierende Basisgesundheitsversorgung und auf ein ausreichendes und gutes Netz von Zuweisern angewiesen. Der heute noch vorhandene niederschwellige Zugang unserer Patientinnen und Patienten zu ihren Hausärzten verhindert unnötige, wesentlich teurere Spitalbehandlungen und Walk-In-Behandlungen auf den Notfallstationen der Spitäler unserer Mitglieder.

Weil in Zukunft sowieso nicht genügend Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen werden, erachten wir es als grobfahrlässig, deren Einkommensmöglichkeiten immer noch weiter hinunterzuschrauben. Somit gefährden der Bundesrat und auch das eidgenössische Parlament, sofern es diesen Sparmassnahmen für den ambulanten Bereich zustimmen sollte, eine heute noch gut funktionierende und günstige Erstversorgung durch den Hausarzt. Denn diesen Hausarzt gibt es spätestens dann nicht mehr, wenn es überhaupt nicht mehr attraktiv ist, eine Arztpraxis zu führen oder zu übernehmen. Es ist denn auch bereits heute für Ärztinnen und Ärzte attraktiver, am Spital zu bleiben oder eine andere Stelle im Gesundheitswesen zu suchen (z.B. in der Industrie oder in der Verwaltung des Bundes oder bei einem Krankenversicherer) als eine Arztpraxis zu eröffnen oder zu übernehmen.

Solche Verschlechterungen, wie insbesondere auch die 4 neuen Sparmassnahmen, welche auf Gesetzesstufe erfolgen sollen, könnten zwar zunächst zu einer weiteren Kostendämpfung im ambulanten Bereich führen. Die indirekten Folgekosten dürften aber deutlich höher ausfallen, wenn inskünftig heute noch mögliche ambulante Behandlungen wegen nicht mehr vorhandenen Kapazitäten ambulant oder stationär an den Spitälern durchgeführt werden müssten. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ dürfte somit sozusagen ins Gegenteil verkehrt werden. Ist dies wirklich der Wille von Volk und Gesetzgeber, und wird das Parlament effektiv solche Massnahmen beschliessen?

Sollte gegen die folgenden beiden Gesetzesänderungen das Referendum ergriffen werden, so würden wir dies unterstützen:

1. EArt. 47c KVG: Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich, die von Tarifpartnern vereinbart werden müssen: Globalbudget 1

Dies würde darauf hinauslaufen, dass in den Tarifverträgen degressive Tarife und/oder jährliche Budgets vereinbart und/oder bundesrätlich verordnet werden müssten. Dies wiederum hätte zur Folge, dass gegen Ende Jahr nur noch wenige oder keine Patienten mehr ambulant behandelt werden könnten (ausser in Notfällen). Sie werden verstehen, dass dies unsere Mitgliederbasis, welche auch im bereits defizitären spitalambulanten Bereich tätig ist, nie akzeptieren würde. Denn damit würde das ambulante Gesundheitswesen vollständig auf den Kopf gestellt. Es kann nicht sein, dass die Mehrheit der prämienzahlenden Gesunden der kranken Bevölkerung eine derartige Verschlechterung der ambulanten Gesundheitsversorgung aufzwingt.

Es kommt hinzu, dass solche Sparmassnahmen am falschen Ort wie gesagt schlussendlich nichts bringen dürften, weil vermeintliche Einsparungen im Grundversorgungsbereich durch vermehrte Notfallbehandlungen an stationären Institutionen überkompensiert würden. Die CVP-Gesundheitsinitiative lässt grüssen!

EArt. 47c KVG ist ersatzlos zu streichen.

2. EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG: Experimentierartikel: Teilaspekt Globalbudget 2

Der Experimentierartikel erlaubt unter anderem „Massnahmen zur Steuerung der Kosten im ambulanten Bereich“. Nur allzu leicht könnte deshalb hier für mehrere Jahre ein Globalbudget unter anderem Titel drohen. Und dies wohlgernekt unter vollständiger Aushebelung jeglicher Rechtsstaatlichkeit und demokratischen Legitimität für einen längeren Zeitraum. Wir verweisen im Zusammenhang mit dem Experimentierartikel im Übrigen auf unsere Bemerkungen weiter unten unter Ziff. II 2.

EArt. 59b Abs. 1 lit. f KVG ist deshalb ersatzlos zu streichen.

II. Weitere Bemerkungen zu den (übrigen) Gesetzesänderungsvorschlägen

1. EArt. 47a und 47b KVG: Schaffung eines paritätischen Tariffbüros im ambulanten Bereich und Datenbekanntgabe an Tariffbüro und Bundesrat

Die Schaffung eines paritätisch zusammengesetzten nationalen Tariffbüros hat sich im stationären Bereich mit der Swiss DRG AG als Lösung bewährt. Wir hätten somit grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, falls ein solches Tariffbüro auch für den ambulanten Bereich eingesetzt würde.

Weil EFAS mit Sicherheit eingeführt werden muss bzw. dürfte, müssen auch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und nebst santésuisse zusätzlich curafutura, sowie auch die Schweizerische Patientenorganisation in der Trägerschaft der neuen Organisation vertreten sein. Die Vorlage spricht immer nur von Versicherten auf der einen Seite und von Versicherern auf der anderen Seite. Wie soll so eine adäquate Mitsprache der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden? Eine Mitsprache ist erforderlich, sind doch die Patientinnen und Patienten die direkt Leidtragenden, wenn es aus Kostenspargründen zu einem Leistungsabbau kommt. Dies sind also die direkt Betroffenen, nicht die Versicherten!

Die Trägerschaft müsste dementsprechend derart breiter aufgestellt und die Abläufe so geregelt werden, dass inskünftig Mehrheitsbeschlüsse betreffend Tarifierungen möglich wären. Wir erlauben uns, wie folgt aus den Statuten der SwissDRG AG zu zitieren:

Art. 15 Abs. 2 Ziff. 6 (unübertragbare/unentziehbare Befugnisse Aufgaben des VR):

„Beschluss über die Tarifstrukturen, deren Ausführungsbestimmungen und deren Änderungen und sowie Antragstellung an die Genehmigungsbehörden.“

Art. 19 Abs. 4

„Die Beschlüsse des Verwaltungsrats werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.“

Dementsprechend beantragen wir wie folgt eine Ergänzung und Anpassung des Absatzes 1 des EArt. 47a:

„Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen gemeinsam eine Organisation ein, welche für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist. Nebst gleich grossen Vertretungen der Leistungserbringer sowie der Versicherer müssen auch die Kantone und die Patientenorganisationen in der Organisation vertreten sein. Die Organisation muss sicherstellen, dass das für die Beschlussfassungen über die Tarifstrukturen zuständige Gremium Mehrheitsbeschlüsse fällen kann.“

Rest unverändert.

2. EArt. 59b KVG: Weitere Bemerkungen zum Experimentierartikel

Wir sind grundsätzlich für einen Experimentierartikel, sprechen uns aber klar gegen eine derart lange Dauer solcher Versuche und gegen den Zwang zur Teilnahme aus. Wenn die Vorlage von „begrenzter Dauer + Verlängerung + ein Jahr nach der Verlängerung“ spricht und wie gesagt unter Art. 59b Abs. 1 lit. f „weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten“ unter dem Experimentierartikel zulassen will (vgl. dazu die Ausführungen unter Ziff. I 2. betreffend drohendes Referendum; Antrag: ersatzlos streichen), so ist dies für uns inakzeptabel. Die Art. 59b Abs. 2-6 sind so oder so zu ändern und müssen eine klare zeitliche Begrenzung von Versuchen auf höchstens 2 Jahre vorsehen.

Weiter stört uns, dass die Auswirkungen der Pilotprojekte nur hinsichtlich des angestrebten Spareffekts überprüft werden sollen. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung müssten aber ebenfalls evaluiert und wenn möglich korrigiert werden, ansonsten bereits laufende Pilotprojekte sofort eingestellt werden müssten.

Nebst der Streichung von Absatz 1 lit. f beantragen wir somit eine Ergänzung des Absatzes 2 wie folgt:

„Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich zu begrenzen. Ein Pilotprojekt tritt spätestens nach 2 Jahren ausser Kraft, sofern der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Ein Pilotprojekt tritt ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Vorlage.“

Dementsprechend sind die Absätze 4 und 6 zu streichen, und der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 4

3. Art. 42 Abs. 3 dritter Satz: Rechnungskopie im Tiers payant

Diese Bestimmung existiert bereits heute, wird aber teilweise nicht umgesetzt, weshalb eine Verschärfung mittels Kontrolle und möglichen Sanktionen auf der einen Seite zwar wünschbar, aber auf der anderen Seite kaum praktikabel sein dürfte. Zu prüfen sind dagegen unseres Erachtens verhältnismässig umsetzbare Massnahmen, mit welchen die Verständlichkeit der Rechnungen und damit die Kontrolle effektiv erhöht werden könnten.

4. EArt. 47b KVG: Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen an den Bundesrat

Dem Vorstand des VLSS fällt auf, dass immer mehr Verpflichtungen, zum Teil doppelt und dreifach, gesetzlich verankert werden sollen, welche die ambulanten Leistungserbringer verpflichten sollen, Daten *kostenlos* zu liefern. Dies würde auch die bereits stark defizitären ambulanten Bereiche der stationären Institutionen zusätzlich treffen. Der Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ wird durch solche Fehlanreize gerade wieder in Frage gestellt.

Mit der verbesserten MAS-Umfrage bei den praktizierenden Ärzten (inkl. Kaderärzte mit Sprechstunde) und mit den bereits bestehenden, weitreichenden Datenlieferungsverpflichtungen der Spitäler sollten sämtliche Bedürfnisse abgedeckt werden können. **Dementsprechend lehnen wir eine zusätzliche Datenlieferungspflicht ab.**

5. EArt. 43 Abs. 5 erster Satz KVG: gesamtschweizerisch vereinbarte, einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschaltarife

Die Vorstellung, im ambulanten Bereich die Einzelleistungsvergütung weitgehend oder in grösserem Ausmass durch Pauschaltarife ersetzen und damit Kosten einsparen zu können, erscheint uns als weder praktikabel noch zielführend. Dies gilt insbesondere auch für Komplexpauschalen in der Psychiatrie. Sofern das Gespräch und die Grundleistungen im ambulanten Bereich weiterhin im Vordergrund stehen sollen, macht in der Regel nur eine Verrechnung nach effektivem Zeitaufwand Sinn. Inskünftig könnten aber die Bemühungen im spitalambulanten Bereich vermehrt in Richtung Einführung von „One Day-DRG's“ gehen. Dort wo dies effektiv Sinn macht, haben wir nichts dagegen. Alles andere aber würde sich zum Nachteil der Patientinnen und Patienten auswirken, weil mit vermehrten Pauschaltarifen den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen und Patienten bei ambulanter Behandlung inskünftig nicht mehr ausreichend Rechnung getragen werden könnte.

Somit sind wir grundsätzlich offen für gemischte Tarifsysteme, und damit auch nicht gegen eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschalen, aber nur dort, wo dies auch aus Patientensicht Sinn macht und nicht zu ungerechtfertigten Rationierungen führt. Basis jeder Pauschale ist ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Einzelleistungstarif.

6. EArt. 52a und 52b KVG: Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Wir befürworten zwar die heute mögliche Substituierung von Originalpräparaten durch Generika unter bestimmten Voraussetzungen, lehnen aber ein voraussetzungsloses Preisgünstigkeitssystem ab, welches die Behandlungsfreiheit einschränkt. Insbesondere lehnen wir EArt. 52a KVG ab, weil die „gleiche medizinische Eignung“ nicht praktikabel ist, sowie beim EArt. 52b KVG das administrativ nicht zu bewältigenden Meldesystem.

Die Qualität von verschiedenen Arzneimitteln der gleichen Wirkungsklasse kann sehr unterschiedlich sein. Mit anderen Worten dürfen sich Preisfestlegungen nicht zum Nachteil der Behandlungsqualität auswirken, auf welche die Patientinnen und Patienten Anspruch haben. Wir fordern deshalb:

Prinzipialiter: ersatzlose Streichung der EArt. 52a und EArt. 52b KVG.

Zumindest müsste EArt. 52a KVG mit einem Absatz ergänzt werden, wonach die Einschränkung, dass bei zwei vergleichbaren Arzneimitteln nur noch das preisgünstigere Arzneimittel vergütet würde, zumindest dann nicht gilt, wenn der Arzt ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung eines ganz bestimmten Arzneimittels der betreffenden Wirkstoffgruppe anordnet.

Eventualiter: EArt. 52a KVG ist wie folgt zu ergänzen:

„Erachtet der behandelnde Arzt die Abgabe oder Anwendung eines bestimmten Arzneimittels für medizinisch notwendig, kann er ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung des betreffenden Arzneimittels anordnen. In diesem Fall vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung die gesamten Kosten des betreffenden Arzneimittels.“

7. EArt. 53 Abs. 1bis KVG: Beschwerderecht der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Art. 39 (Spitalliste)

Wir lehnen ein Beschwerderecht der Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, was immer dies auch heissen mag, klar ab und **fordern ersatzlose Streichung des EArt. 52 Abs. 1bis KVG**. Wir sind ganz generell gegen Änderungen des KVG, welche die Tariftandschaft und die Planung im stationären Bereich zusätzlich verkomplizieren. Wir sehen hier insbesondere ein Missbrauchspotential, weil die Beschwerdelegitimation der santésuisse zumindest die Möglichkeit eröffnen würde, das stationäre Versorgungssystem teilweise lahm zu legen oder mit jahrelangen Rechtsstreitigkeiten erheblich zu belasten. Damit stören wir uns an Mehrfachzuständigkeiten der Behörden auf eidgenössischer und kantonaler Ebene mit gegenseitiger Beschwerdebefugnis.

Heute sind sowohl das BAG (Zentralverwaltung für die Überwachung der Krankenversicherer) als auch die Krankenversicherer (ausgelagerte Verwaltung zwecks Durchführung der sozialen Krankenversicherung) für das KVG in Teilbereichen verantwortlich, mit entsprechender Aufgabenteilung. Gleiches gilt für die Kantone. So legt das BAG zum Beispiel die Arzneimittelpreise in der SL fest und die Kantonsregierungen erlassen die Spitalplanung und die Spitalliste. Wenn eine Behörde für die Entscheidung von Tariffragen oder Planungsfragen zuständig ist, so kann es unseres Erachtens nicht sein, dass eine andere Behörde dies anfechten kann (auch wenn es hier die Verbände der Krankenversicherer sein sollen), und dann noch ein Gericht als dritte Behörde über solche Beschwerden entscheiden muss. Wir ersuchen Sie darum, die Vorlage grundlegend zu überarbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

VEREIN DER LEITENDEN SPITALÄRZTE DER SCHWEIZ

Der Präsident

Der Geschäftsleiter



Prof. Dr. med. Karl-Olof Löfblad



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- FMH
- KKA
- VSAO Schweiz
- Hausärzte Schweiz mfe
- SPO
- GDK und H+
- santésuisse und curafutura

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 165
3003 Bern

Bern, 13. Dezember 2018

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG):
Vernehmlassung Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf das im Betreff erwähnte Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zur geplanten KVG-Änderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Bevor wir uns aber im Einzelnen zu den vorgeschlagenen Massnahmen äussern, sind uns drei grundsätzliche Punkte wichtig. Erstens: Der Geschäftsausschuss des VSAO hat die Vorlage konstruktiv und differenziert geprüft. Angesichts der aktuellen politischen Stimmung, die von einer kritischen bis ablehnenden Haltung gegenüber den Leistungserbringern geprägt ist, wollen wir ein Zeichen setzen, dass die Ärzteschaft ebenfalls ihren Beitrag zur Suche nach Antworten auf die grossen gesundheitspolitischen Fragen leistet. In diesem Sinn zeigt sich unser Verband mehrheitlich mit dem Massnahmenpaket einverstanden, wenn auch zum Teil mit Vorbehalten.

Zweitens: Gerade aus unserem Bemühen um Konsenslösungen bedauern wir ein grosses Manko der Vorlage. Der erläuternde Bericht geht auf Seite 4 selber darauf ein: *«Die finanziellen Auswirkungen eines grossen Teils der Massnahmen können nicht genau quantifiziert werden, da (...) sie einerseits von der konkreten Umsetzung (...) durch die betroffenen Akteure abhängen und andererseits bei vielen der kostendämpfende Effekt zugunsten der OKP erst mittelfristig eintreten wird.»* Zu bedenken sind zusätzlich die weiteren volkswirtschaftlichen Auswirkungen. Genauere Aussagen hierzu hätten uns deren Bewertung und Gewichtung erleichtert.

Und drittens liegt uns am Herzen, dass der Blick auf die Probleme über die Kosten und das Sparen hinausgeht. Die ärztliche Beurteilung muss genügend Gewicht behalten. Was wir als Verband ablehnen, ist eine Zwei- oder gar Dreiklassenmedizin. Deshalb hätten wir es begrüsst, wenn das Massnahmenpaket die Gesundheitsvorsorge eingeschlossen hätte. Diverse der uns zur Beurteilung unterbreiteten Massnahmen tönen zudem gut und erfolgversprechend. Bezüglich ihres Effekts wird jedoch die Art der Realisierung entscheidend sein. Dabei darf es insbesondere nicht zu einem weiteren Schub an Administration kommen.

Bei der nachfolgenden Kommentierung der Vorlage gehen wir zunächst auf jenen Teil ein, den wir zumindest im Grundsatz unterstützen.

- **Experimentierartikel** (Massnahme 2 im Expertenbericht)
Aus Sicht des VSAO handelt es sich um eine an sich löbliche Idee. Wir fordern indes, dass die Kompetenzen für solche Versuche nicht einseitig beim Bundesrat liegen. Leistungserbringer, Versicherer und Kantone sollen als gleichberechtigte Partner mitwirken können. Es darf überdies nicht nur um den Kostenfaktor gehen. Die medizinische Sicht, das heisst die Qualität und damit der Nutzen für die Patienten, muss eine gewichtige Rolle spielen.
- **Nationale Tariforganisation** (Massnahme 34 im Expertenbericht)
Unser Verband sagt Ja dazu, sofern die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner gewährleistet bleibt (analog SwissDRG). Darüber hinaus soll der Bundesrat den Tarif auf Vorschlag der neuen Organisation weiterhin nur genehmigen.
- **Tarifstruktur aktuell halten** (Massnahme 25 im Expertenbericht).
Eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Tarife ist zu begrüssen. Doch in seiner jetzigen Form stellt die Massnahme die Autonomie der Tarifpartner in Frage. Denn neu würde der Bundesrat die Daten auch bekommen, wenn es nicht um eine Tarifgenehmigung geht. Als Folge könnte er die Tarife unabhängig von Tarifverhandlungen selbst festlegen. Deshalb sollten die Daten zunächst an die neue Tariforganisation gehen. Der Bundesrat erhält sie wie bisher, sobald die Anpassung durch die Tarifpartner erfolgt sind. Jährliche Änderungen dürften freilich nicht praktikabel sein.
- **Pauschalen im ambulanten Bereich** (Massnahme 15 im Expertenbericht)
Grundlage jeder Pauschale muss ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich korrekter Einzelleistungstarif sein. Ist dies erfüllt, stimmt der VSAO zu.
- **Rechnungskopie für Versicherte** (NEU)
Für unseren Verband eine Selbstverständlichkeit.
- **Rechnungskontrolle stärken** (Massnahme 9 im Expertenbericht)
Es macht Sinn, die Kontrollen zu vereinheitlichen und weiter zu professionalisieren. Solche Bemühungen dürfen aber nicht in mehr Bürokratie und Kosten münden.

Die drei übrigen Vorschläge des Bundesrats lehnen wir ab:

- **Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten** (NEU)
Genau betrachtet geht es um die Einführung degressiver Tarife und/oder jährlicher Globalbudgets. Davon abgesehen können wir nicht nachvollziehen, warum eine parlamentarische Initiative, welche im Nationalrat gescheitert und somit hinfällig ist, Eingang in die Vorlage gefunden hat.
- **Referenzpreissystem bei Arzneimitteln** (Massnahme 22 im Expertenbericht)
Der VSAO spricht sich dagegen aus, weil wir Versorgungsengpässe und eine Gefährdung der Patientensicherheit befürchten.
- **Beschwerderecht der Versicherungen gegenüber den Kantonen** (NEU)
Die Macht der Krankenversicherungen würde damit weiter ausgebaut, und ihr Veto hätte Planungsunsicherheiten bei den Kantonen und Spitälern zur Folge. Mit unbekannten Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten, denen eine Beschwerdemöglichkeit fehlt.

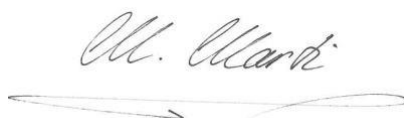
Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Erwägungen und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz-
und Oberärztinnen und -ärzte

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'A. Zyska'.

Dr. med. Anja Zyska Cherix
Präsidentin

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. Marti', followed by a long horizontal flourish.

Marcel Marti
Leiter Politik und Kommunikation /
stv. Geschäftsführer

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Verband der Schweizerischen Versandapotheken VSVA

Abkürzung der Firma / Organisation : VSVA

Adresse : Zeughausgasse 22, 3011 Bern

Kontaktperson : Bettina Mutter

Telefon : 0313222842

E-Mail : bmu@dynamicsgroup.ch

Datum : 12.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	___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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
VSVA	Der VSVA lehnt ein Referenzpreissystem und die dazu vorgelegten Varianten 1 und 2 ab. Eine erwünschte Milderung des unvermeidbaren Kostenanstiegs im Gesundheitswesen soll nicht mittels staatlich diktiertem Preissystem angepeilt werden. Die Schweiz soll stattdessen Massnahmen treffen, welche zu ihrer grundsätzlich liberal ausgestalteten Gesundheitsversorgung, dem teilregulierten Markt und zu den Bedürfnissen ihrer Bevölkerung passen. Dabei ist konsequent darauf zu achten, innovative Kräfte im Markt einzubeziehen und ihnen wo nötig hemmende Vorschriften aus dem Weg zu räumen, statt sie zusätzlich zu behindern. Ein Referenzpreissystem erfüllt alle diese Ansprüche nicht. Wir lehnen es deshalb ab.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte und Medizinstudierender

Abkürzung der Firma / Organisation : VUA"

Adresse : <http://www.vua.ch/>

Kontaktperson : Dr. med. David Winizki

Telefon : 079 227 00 17

E-Mail : david.winizki@bluewin.ch

Datum : 30. November 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
VUA"	Die VUA" ist überzeugt, dass es im Schweizer Gesundheitswesen Rationierungs- und Sparpotential gibt und begrüsst Massnahmen zur sinnvollen Verwendung der für die medizinische Betreuung der Bevölkerung vorgesehenen Gelder. Speziell erwähnen wir die Pharmabranche mit ihrem undurchsichtigen Finanzgebaren, den generell zu kurzen Verfalldaten der Medikamente und anderes mehr aber auch die Bemühungen der Smarter Medicine zu Vermeidung nachweislich unsinniger Diagnose- und Therapiemassnahmen etc.
VUA"	Wir vertreten die Meinung, dass medizinische Leistungserbringerinnen und -erbringer aus den Geldern der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP adäquat und mehr als existenzsichernd aber nicht über das Niveau der bundesrätlichen Entlohnung bezahlt werden sollen. Sparmassnahmen zu Lasten dieses Grundsatzes werden von uns abgelehnt.
VUA"	Unseres Erachtens sind die schweizerischen Gesundheitskosten in Relation zum BIP nicht stärker gestiegen als in den vergleichbaren europäischen Ländern. Dass die Gesundheitskosten tendenziell etwas rascher steigen als das BIP liegt am hohen Anteil an Personalkosten im Gesundheitswesen, wo die Produktivitätssteigerung der letzten Jahrzehnte weniger möglich ist als zum Beispiel in der Industrie – man kann alte demente multimorbide Menschen einfach nicht rationaler pflegen.
VUA"	Das grosse Übel unseres Gesundheitswesens ist seine Finanzierung durch die unseligen Kopfprämien mit den teils hohen Selbstbeteiligungen und der lückenhafte Leistungskatalog. Die von bereits über einem Drittel der Bevölkerung nicht mehr ohne IPV bezahlbaren Krankenkassenprämien steigen nicht zuletzt deswegen rascher als die Gesundheitskosten, weil sich der Staat immer mehr aus der Beteiligung an den Gesundheitskosten zurückzieht: Ambulant vor Stationär, Kürzung der Prämiensubventionen etc.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
VUA"	47a	1 - 5		Keine Einwände	
VUA"	47b	1 – 3		Keine Einwände	
VUA"	47c	3 + 4		Mit dieser Massnahme zur Steuerung der Kosten sind wir ganz und gar nicht einverstanden. Dieser Schritt entspricht einer Rationierung. Eine Rationierung ist nur für Menschen von Bedeutung, die allein bei der OKP versichert sind und über keine finanzielle Ressourcen verfügen, sich die rationierten medizinischen Massnahmen aus dem eigenen Sack zu bezahlen. Diese Massnahme ist deshalb zutiefst unsozial, unsolidarisch und wird von uns vehement abgelehnt.	<u>Streichung von Artikel 47c</u>
VUA"	52			Keine Einwände	
VUA"	53			Keine Einwände	
VUA	59			Keine Einwände	
VUA"	59b	1a		Die Krankenversicherungen haben schon jetzt die Möglichkeit. mittels eigener Arztpraxen mit angestellten Ärztinnen die Kostenentwicklung zu beobachten, eine zum Beispiel flächendeckende medizinische Betreuung in – sagen wir – einem ganzen Kanton im Rahmen des «Experimentierartikels M02» zu installieren.	<u>Streichung von Abs. a</u>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

VUA"	59b	1b		Solange die Auslandsbehandlungen nicht erzwungen werden spricht nichts gegen diese Experiment	... im Einverständnis mit der zu behandelnden Person ...
VUA"	59b	1c		Die Einschränkung des Kontrahierungszwanges kommt nicht in Frage, sowieso nicht, wenn Krankenkassen die Auswahl der Leistungserbringer treffen!	<u>Streichung von Abs. c</u>
VUA"	59b	1d		Solange die Krankenkassenprämien nicht steigen, ist die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen aus unserer Sicht zu begrüssen	
VUA"	59b	1e		Der integrierten Gesundheitsversorgung im Sinne eines Hausarztmodells mit Gatekeepingcharakter stimmen wir grundsätzlich zu	
VUA"	59b	4 + 5		<u>Alle KVG-Pilotprojekte sollen</u> vor der verpflichtenden Implementierung einer quadripartiten Kommission, bestehend aus - Staat (SDK), - Krankenversicherer (BAG u/o BSV als Aufsicht der Krankenkassen), - H+ und - FMH vorgelegt und von ihr <u>ohne Gegenstimme genehmigt werden.</u>	

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Kommunikation und Kampagnen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern
Schweiz

Vernehmlassung zur Kostendämpfung-Planung vom Bundesrat

«Hin zu einer Nutzensteigerungs-Planung für Kinder & Jugendliche im Mental Health Bereich»

Sehr geehrte Damen und Herren
Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Allgemeine Bemerkungen zur Änderung der Bundesgesetze vom 18.03.1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1:

Bzgl. der laufenden Vernehmlassung zur Kostendämpfungsplanung möchten wir auf folgendes verweisen:

Die vom BAG in Auftrag gegebene BASS-Studie zur psychiatrischen Versorgung von 2016 stellte eine **Unterversorgung** von psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten im ambulanten und intermediären Sektor von Kindern und Jugendlichen fest.

D.h. **für die Schweizer Kinder und Jugendlichen braucht es** im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung **eine Mengenausweitung** in dem Bereich!

Eine Mengenausweitung spart hier Kosten, da möglichst früh behandelte Störungen persönliche, soziale und volkswirtschaftliche Folgen minimieren. Darum ist die benannte Logik Verhinderung von Mengenausweitung gleich Kostenminderung im Kinder- und Jugendbereich falsch.

Bitte bedenken Sie, dass vielmehr ein hoher return on investment besteht, d.h. ein ausgegebener Betrag spart dem erfolgreich behandelten Kind & Jugendlichen & seinen Angehörigen und der Gesellschaft später persönlich-gesundheitliche Kosten und soziale Folgeschäden. Die besser behandelten Kinder und Ihre Familien werden es Ihnen danken.

Bitte helfen Sie mit, dass sich die Versorgung verbessert und dass Kinder- und Jugendliche besser bedacht werden in der Gesundheitspolitischen Planung, v.a. im kinderpsychiatrischen Bereich, der das Hauptfeld zur Verlängerung von Lebensdauer und Besserung von Gesundheit zukommt.

Wir fordern:

Bitte **investieren Sie in Aufklärung und Evaluation der Versorgungslage**, indem eine nationale, mindestens mehrkantonale Erhebung der psychischen Gesundheit von Schweizer Kindern und Jugendlichen erfolgt, auf die sich eine sinnvolle Gesundheitsplanung aufbauen kann.

In der 1994 erfolgten repräsentativen Studie für Zürich zeigten sich 22.5% der 1.-9. Klasse-Schüler von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen. 12.5% hatten 2 oder mehr psychiatrischen Diagnosen! Wir brauchen jetzt solch aktualisierte Studien für alle Regionen der Schweiz. Es ist letztlich **ein Recht der Schweizer Kinder und Jugendlichen, dass die Versorgungsforschung im pädiatrisch-psychiatrischen Feld genauso ernst genommen wird wie in anderen medizinischen Sektoren.**

50% aller psychiatrischen Erkrankungen manifestieren sich bis zum 14. Lebensjahr.

75% aller psychiatrischen Erkrankungen manifestieren sich bis zum 25. Lebensjahr.

(siehe die vorhandenen Schweizer-, Europäischen- und WHO-Daten).

Sich früh manifestierende psychiatrische Erkrankungen sind auch in der Schweiz einer der Hauptgründe für langfristige Arbeitsunfähigkeit (s. u.a. Baer, 2009, 2018).

Unbehandelte oder ungenügend behandelte frühe psychische Störungen führen oft zu ungesunder Lebensweise im Erwachsenenalter (Rauchen, Alkohol, Essstörungen, auch Adipositas, erhöhte Unfallneigung, häufigere Krankheiten und nicht zuletzt intergenerationelle Weitergabe von psychischen Störungen).

Der gesundheitsökonomische Nutzen von Investment in die psychiatrische Versorgung ist hoch, sowohl persönlich für jedes Kind und deren Angehörigen als auch volkswirtschaftlich.

Falsche politische Einschränkungen werden Kosten produzieren und sind gegen das in der Schweiz verankerte Recht eines jeden Kindes auf eine bestmögliche Versorgung.

Die aktuellen in Vernehmlassung befindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung behindern und verhindern dies mehr als dass sie es befördern.

Fördern Sie bitte in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften, d.h. den Vertretern der **Schweizer Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP)**, der FMH-Vertreter und den Klinikdirektoren und kantonalen Fachgesellschaften wie uns, dass sich **dezentral die psychosoziale Gesundheitsversorgung** verbessert.

D.h. fördern sie Strukturen, dass die nachweislich sinnvolle gemeinsame Zielsetzung der kleinen Patienten und ihrer ärztlichen Behandler erleichtert wird.

Zentralistische Strukturen mit daraus folgender Bürokratisierung und Administrationserhöhung für Ärzte zu befördern, die keinen Nutzen für die psychische Versorgung bringen, lehnen wir ab.

Ansätze von Globalbudgetierung werden wiederum die Gesamtversorgungslage verschlechtern und v.a. die sozial benachteiligten Familien und psychisch beeinträchtigten Kinder treffen.

Bitte gehen Sie als Politiker und als BAG-Mitarbeiter mit den Vertretern unserer Fachgesellschaften in Kontakt und auch mit der **parlamentarischen Gruppe Kinder- und Jugendmedizin.**

Stossend ist, dass das BAG aus unserer Sicht aktuell unsachliche und propagandistische Zahlen zu Ärztegehältern veröffentlicht, die falsch sind und die die Ärzteschaft diskreditieren.

Eine durchschnittliche ärztliche Praxis verdiente im Jahr 2015 155'000.-- CHF, davon 138'000.-- aus der OKP, so die Zahlen vom Bundesamt für Statistik (!), die sich mit den ärzteigenen RoKo-Daten decken. Der Verdienst eines Kinderpsychiaters liegt unter diesem Durchschnitt.

Die tariflichen Umsatzeinbussen der ambulant tätigen Ärzte in Niederlassung hat sich seit Einführung des bundesrätlichen Tarifeingriffes je nach Kanton um absolut 10-15% gesenkt, mit den parallel laufenden Teuerungen sind das reelle Mindereinnahmen von ca. 20-30% gegenüber 1994 (s.a. <https://www.aerzte-fuer-zuerich.ch/news/2018-11-07-aerzteloehe-worum-es-wirklich-geht>).

Kinderpsychiater, wie andere Ärzte, fühlen sich diffamiert und diskriminiert, wenn das BAG von Millionengehältern schreibt, um so in der Bevölkerung Stimmung gegen Ärzte zu machen.

Zu den Einzel-Massnahmen:

Art 47a KVG – M34 Nationales ambulant Tariffbüro

Die neu erstellte Tarifstruktur zum Leistungskatalog der OKP wurde sachgerecht durch die Ärzteschaft im Tarvision überarbeitet. Ein nationales ambulant Tariffbüro ist abzulehnen, da es mehr schadet als Nutzen bringt.

Die Ärzteschaft hat über die FMH unter Beteiligung aller Fachgesellschaften eine dem wissenschaftlichen Stand und den betriebswirtschaftlichen Bedingungen entsprechende Tarifstruktur aufgebaut. Die Anwendung dieser sinnvollen Leistungen soll unterstützt werden. Ein nationales ambulant Tariffbüro ist dafür nicht hilfreich.

Wir sind gegen ein nationales ambulant Tariffbüro, welches durch die Hintertür eine unsachlich und die Versorgung letztlich verschlechternde Staatsmedizin befördert und Mengenbeschränkungen im Giesskannenprinzip ausführt.

Der neue Artikel wird auch der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung Schaden zufügen. Es ist inakzeptabel, dass die Tarifautonomie der Vertragspartner ausgehöhlt wird.

Wir erwarten, dass die Vermittlung zwischen der FMH und den anderen Tarifpartnern (Santésuisse, MTK, H+) in den bestehenden Strukturen befördert wird.

Wir verweisen auch auf den Umstand, dass es v.a. die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien sind, die leiden, wenn unsachgerecht, wie aktuell im Rahmen des Amtstarifsentscheides bzgl. der Limitierung von so genannten Leistungen in Abwesenheiten die eigentliche vernetzte Arbeit von Kinder- und Jugendpsychiatern behindert wird.

Nach aussen wird dies als Kostendämpfungsmassnahme der Bevölkerung verkauft. Wirklich ist eine faktische Behinderung, dass wir als vernetzt arbeitende Kinderpsychiater limitiert oder erschwert mit Lehrern, mit Schulsozialarbeitern, Beiständen, Lehrmeistern und andern in der Betreuung involvierten Menschen in Kontakt treten können oder bei komplizierten Fällen dies durch einen Extra-Bericht an den Versicherer beantragen sollen. Ein vernetzter Behandlungsplan ist gerade in den schwierigsten Fällen wirksamer als Einzelarbeit mit dem Kind und Jugendlichen.

Ohne adäquate Behandlung kommt es dann oft zu schwerwiegenden Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter z.B sind hauptverantwortlich für Berentungen, für erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und erzeugt viel Leiden bei den Betroffenen selbst aber auch im erweiterten Umfeld. Somit produziert dies Kosten durch Fehl-Anforderung statt dem Arzt und der Familie solche Entscheidungen zu überlassen.

Ein Beispiel zu welchen Auswüchsen unsachgerechte staatsmedizinische Entscheide und Bürokratisierung führen können! Dazu sagen wir stellvertretend für die Schweizer Kinder und Jugendlichen: Nein !!!

Bitte treten sie auch für solches mit den Experten in Kontakt, so dass wir Wege finden, dass es jedem Arzt leichter fallen wird, vernetzt zu arbeiten. Das wird Nutzen bringen und dadurch Kosten durch Optimierungen verringern.

Dies geschieht nicht durch Auferlegen von unsachgerechten Limitationen und zentralistischen Prozess-Bürokratisierungen, die Abläufe verlangsamen und nichts für die Gesundheit tun!

Art. 43b – Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulanten Behandlungen

Die Ärzteschaft liefert schon transparente Daten zur Leistungsbeanspruchung mittels RoKo- und MAS-Datenlieferungen an das Bundesamt für Statistik, welche sich gut decken und zeigen, dass die Ärzte dazu sachgerecht in der Lage sind. Die Lieferung an ein nationales ambulantes Tarifbüro ist auch hinfällig, da wir ein solches per se als nutzlos und schadend anschauen für die Besserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Art. 43 c - Massnahmen zur Kostensteuerung

Dass Korrekturmassnahmen durch Anpassungen im Tarif vorgenommen werden sollen, ist abzulehnen. Da wir im Kinder- und Jugendbereich eine Mengenausweitung brauchen, d.h. dass mehr Kinder und Jugendliche behandelt werden, kann dieses Investment in Form von erforderlichen Mengenausweitungen nicht auf dem Rücken der Ärzteschaft ausgetragen werden.

Wir haben schon Nachwuchsprobleme und Unterfinanzierung im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Bereich, die den Kindern schadet durch Unterversorgung.

Der Bundesrat und das BAG sind aufgefordert, die Kosten so zu steuern, dass mehr Geld für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen investiert wird, nicht weniger.

Überlegen sie sich gerne Bonus-Regelungen für Ärzte, die viele Patienten erreichen und wissen sie in Zukunft darüber zu berichten und entsprechende Gesetze zu verabschieden.

Aktuelle Bestrebungen, dass Mengenausweitungen, die im kinder- und jugendpsychiatrischen Sektor erwünscht sind (sogar benannt in der o.g. Studie vom BASS im Auftrag des BAGs) dazu führen sollen, dass die Ärzteschaft dafür mit einer Tarifiereduktion - ggf. subsidiär eingeführt vom BR nach zwei Jahren paritätischer Uneinigkeit - wird wohl dazu führen, dass weniger Kinder und Jugendliche behandelt werden können ist inakzeptabel.

Es ist auch dies ein Verstoß gegen das in der Schweiz verankerte Recht der Kinder auf die bestmögliche kinderpsychiatrische Behandlung.

Es ist eine Abschreckung von jungen Medizinerinnen, wenn sie sich fragen, ob sie als Ärztinnen arbeiten wollen.

Es ist noch mehr eine Abschreckung von potentiellen Kandidaten für eine kinderpsychiatrische Ausbildung in einer Schweizer Klinik und spätere ambulante Tätigkeit.

Die Bevölkerung profitierte auch im psychiatrischen Gesundheitsbereich von der Förderung dezentraler Prozesse im Sinne von guter, vertraulicher Zusammenarbeit, modernem Shared Decision Making, routinierter Zielauswertung und vernetzter Arbeit, die den Menschen ganzheitlich in den Mittelpunkt stellt. Dies hat schon die moderne kinderpsychiatrische Forschung gezeigt und jetzt hoffen wir auf die richtige Gesundheitspolitik, die diesen Prinzipien entspricht.

Fördern sie eine sachgerechte Optimierung inklusive einer Förderung der erwünschten ambulanten vor stationären Behandlung im Sinne einer einheitlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Sektoren. Das wird dem Ziel von Nutzenoptimierung besser Rechnung tragen als die aktuellen Vorschläge.

Danke für die Berücksichtigung unserer Argumente zum Wohle der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz und einer sachgerechten, professionalisierten Gesundheitsversorgung, die in den Händen der Familien und der hoch motivierten Ärzteschaft liegt.

Der Vorstand der ZGKJPP

11.12.2018

(Kontakte via sekretariat@zgkjpp.ch)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : **Zur Rose Suisse AG**

Abkürzung der Firma / Organisation : **Zur Rose**

Adresse : Walzmühlestrasse 60, 8500 Frauenfeld

Kontaktperson : Walter Hess

Telefon : 052 724 08 45

E-Mail : walter.hess@zurrose.ch

Datum : 12.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Zur Rose	Die Zur Rose lehnt ein Referenzpreissystem und die dazu vorgelegten Varianten 1 und 2 ab. Zur Rose steht für eine kosteneffiziente und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung. Bereits heute tragen wir mit 12% tieferen Medikamentenkosten (keine Verrechnung von leistungsbezogenen Abgeltungen (Taxen) und zusätzliche Gewährung von Rabatten an Versicherer) zu einer Reduktion der Medikamentenkosten bei. Eine weitere, staatliche Regulierung ist nicht zielführend und der falsche Weg. Insbesondere liegt neben den tieferen Kosten der Verkaufsanteil an Generika-Medikamenten bei Zur Rose bereits heute über 25%, was mehr als doppelt so hoch ist, wie der Anteil bei stationären Apotheken. Es ist konsequent darauf zu achten, innovative Kräfte im Markt einzubeziehen und ihnen wo nötig hemmende Vorschriften aus dem Weg zu räumen, statt sie zusätzlich zu behindern. Ein Referenzpreissystem lehnen wir ab, da erneut staatlich reguliert wird, anstatt dass innovative und kostengünstige Modelle einbezogen und bestehende, hemmende Vorschriften aus dem Weg geräumt werden.

6002 Luzern, PF 2568.GG

Herr Bundespräsident
Alain Berset
Eidg. Departement des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

Luzern, 4. Dezember 2018

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erlauben uns, Ihnen unsere Antwort auf die am 14. September 2018 eröffnete Vernehmlassung zur *Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1* zukommen zu lassen.

Als grösster Krankenversicherer der Schweiz sehen wir uns in der Pflicht, zu dieser Vorlage Stellung zu nehmen, da die geplante Reform für unsere Kundinnen und Kunden von essentieller Relevanz ist. Die Kosten des Gesundheitswesens pro Versicherten steigen kontinuierlich mit Raten weit über Teuerung oder Lohnentwicklung an. Dies bringt eine immer grössere Anzahl unserer 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 und unterstützt konstruktiv die Stossrichtung des nun vorliegenden ersten Massnahmenpakets des Bundesrates. Im Zentrum stehen für die CSS dabei das Referenzpreissystem und der Experimentierartikel. Diese beiden wichtigen Massnahmen haben das grösste Potential im vorliegenden Paket, die Kosten im Gesundheitswesen nachhaltig zu beeinflussen.

Folgende Anliegen sind der CSS im Zusammenhang mit dem ersten Massnahmenpaket besonders wichtig:

Referenzpreissystem: Die CSS Versicherung begrüsst ausdrücklich die Verankerung des Referenzpreissystems im KVG. Bei den Umsetzungsvarianten hat die CSS eine klare Präferenz für das wettbewerbliche Modell (Modell mit Meldesystem). Das Modell mit Preisabschlag ist zu wenig dynamisch und zu kompliziert. In den letzten 10 Jahren hat eine ähnliche Regulierung dazu geführt, dass das Fabrikabgabepreisniveau der Generika im Durchschnitt doppelt so hoch war wie im Ausland.

Experimentierartikel: Die CSS begrüsst den Experimentierartikel ausdrücklich. Damit innovativen und kostendämpfenden Ideen möglichst wenig bürokratische Hürden in den Weg gelegt werden, ist ein einfaches und rasches Bewilligungsverfahren einzusetzen. Eine zu restriktive Formulierung des Artikels erstickt jedes Experiment im Keim. Die CSS schlägt deshalb eine unkomplizierte Formulierung des Experimentierartikels vor (siehe Antwortformular in der Beilage).

Schaffung nationales Tariffbüro: Auch diese Reform wird von der CSS explizit unterstützt. Bei dieser Reform ist aber darauf zu achten, dass die neue Organisation nicht bürokratisch und ineffizient wird. Deshalb regt die CSS an, die ambulante Tariforganisation auf den ärztlichen Einzelleistungstarif einzuschränken. Damit entspricht sie in ihrer Beschaffenheit der SwissDRG AG. Eine Organisation, welche sämtliche, z.T. sehr heterogenen Tarifstrukturen verhandelt, wäre nicht effizient und aufgrund der paritätischen Zusammensetzung des Leitungsorgans kaum handlungsfähig.

Für alle übrigen Anliegen seitens der CSS 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : CSS Versicherung

Abkürzung der Firma / Organisation : CSS

Adresse : Tribschenstrasse 21, 4500 Solothurn

Kontaktperson : Matthias Schenker

Telefon : 058 277 14 29

E-Mail : matthias.schenker@css.ch

Datum : 28.11.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
CSS	Die Kosten des Gesundheitswesens pro Versicherten steigen kontinuierlich mit Raten weit über Teuerung oder 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. In diesem Sinne unterstützt sie konstruktiv die Umsetzung der Massnahmen im Bericht der vom Bundesrat eingesetzten Expertengruppe „Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung“ sowie des daraus abgeleiteten ersten Massnahmenpakets des Bundesrates. Folgende Anliegen sind der CSS im Zusammenhang mit dem ersten Massnahmenpaket wichtig:
CSS	Experimentierartikel: Die CSS begrüsst den Experimentierartikel ausdrücklich. Damit innovativen und kostendämpfenden Ideen möglichst wenig bürokratische Hürden in den Weg gelegt werden, ist ein einfaches und rasches Bewilligungsverfahren einzusetzen. Eine zu restriktive Formulierung des Artikels erstickt jedes Experiment im Keim. Die CSS schlägt eine unkomplizierte Formulierung zum Experimentierartikel vor: Art. 59b (neu) <i>¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen:</i> <i>a. Leistungserbringung im Auftrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Naturalleistungsprinzip) anstelle der Vergütung der Leistungen</i> <i>b. Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2;</i> <i>c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers;</i> <i>d. einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen;</i> <i>e. Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung;</i> <i>f. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten.</i> <i>² Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt, gewährleisten die Voraussetzungen der Leistungsübernahme gemäss Art. 32 Absatz 1 und beinhalten ein Auswertungskonzept und einen Schlussbericht durch unabhängige externe Expertinnen und Experten.</i> <i>³ Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände können Pilotprojekte einzeln oder mittels</i>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	<i>freiwilliger Vereinbarungen gemeinsam durchführen.</i> <i>⁴ Das EDI ist über die Pilotprojekte zu dokumentieren, bevor diese Wirkung entfalten. Die Projekte gelten als bewilligt, sofern das EDI nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.</i>
CSS	Schaffung nationales Tarifbüro: Auch diese Reform wird von der CSS explizit unterstützt. Auch bei dieser Reform ist darauf zu achten, dass die neue Organisation nicht bürokratisch und ineffizient wird. Deshalb regt die CSS an, die ambulante Tariforganisation auf den ärztlichen Einzelleistungstarif einzuschränken. Damit entspricht sie in ihrer Beschaffenheit der SwissDRG AG. Eine Organisation, welche sämtliche, z.T. sehr heterogenen Tarifstrukturen verhandelt, wäre nicht effizient und aufgrund der paritätischen Zusammensetzung kaum handlungsfähig.
CSS	Massnahmen zur Steuerung der Kosten: Die CSS Versicherung begrüsst die Stossrichtung dieser Massnahme. ABER: Damit die Tarifpartner überhaupt einen Benchmark haben, wonach sie sich ausrichten können und in den Tarifverträgen tatsächlich griffige Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen vereinbaren, braucht es aber zusätzlich den Druck von verbindlich festgesetzten Kostenzielen gemäss der Massnahme 1 des Expertenberichts des Bundesrates. Ansonsten befürchtet die CSS im aktuellen System mit Vertragszwang vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner und in extenso Festsetzungsnotwendigkeiten durch die Genehmigungsbehörden, was Tarifierneuerungen erschwert. Unter Einbezug der realpolitischen Umsetzbarkeit schlägt die CSS deshalb vor, dass die Thematik mit verbindlichen Kostenzielen verbunden wird. Dazu ist vorliegende Massnahme aus dem 1. Massnahmenpaket herauszulösen und gemeinsam mit der Einführung verbindlicher Kostenziele in das 2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung einzufügen.
CSS	Referenzpreissystem: Die CSS Versicherung begrüsst ausdrücklich die Verankerung des Referenzpreissystems im KVG. Bei den Umsetzungsvarianten hat die CSS eine klare Präferenz für das wettbewerbliche Modell (Modell mit Meldesystem). Das Modell mit Preisabschlag ist zu wenig dynamisch und zu kompliziert. In den letzten 10 Jahren hat eine ähnliche Regulierung dazu geführt, dass das Fabrikabgabepreisniveau der Generika im Durchschnitt doppelt so hoch war wie im Ausland. Ein Grundproblem bei dieser Lösung ist, dass der Preis des Originalpräparates als Ausgangslage verwendet wird. Das Preisniveau nach Markteintritt der Generika in den Referenzländern wird dabei ignoriert und auch zu späteren Zeitpunkt wird die Berechnung stets auf dem überhöhten Originalpreis basiert.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
CSS	Art. 43	5		Sofern ambulante Einzelleistungstarife mit einer gemeinsamen Organisation gemäss Art. 47a Absatz 1 gepflegt und somit sachgerecht und WZW-konform weiterentwickelt werden, braucht es gleichzeitig nicht auch eine national einheitliche Pauschalstruktur. Die Aushandlung von Pauschaltarifen soll man den Tarifpartnern überlassen. Die CSS bzw. die Krankenversicherer sind gefordert, Pauschaltarife - wo sinnvoll - zu verhandeln. Es ist zudem wenig sinnvoll, parallel zu einer ambulanten nationalen Einzelleistungsstruktur auch eine nationale Pauschalstruktur zu unterhalten. Die ökonomisch besten Anreize würde eine Kombination der beiden Vergütungsarten in einer einzigen Tarifstruktur mit sich bringen, d.h. die Leistungsvergütung beinhaltet einen Pauschal- und einen Einzelleistungsanteil. Dazu braucht es aber keine Gesetzesänderung.	Absatz 5: Am bisherigen Recht festhalten.
CSS	Art. 47a	Überschrift		Die CSS unterstützt die Einführung einer Organisation für Tarifstrukturen im ambulanten Bereich. Anders als im Vorschlag des Bundesrates, soll diese Organisation aber nur den ärztlichen Einzelleistungstarif im ambulanten Bereich umfassen. Damit entspricht sie in ihrer Beschaffenheit der SwissDRG AG. Eine Organisation, welche sämtliche, z.T. sehr heterogenen Tarifstrukturen verhandelt, wäre nicht effizient und aufgrund der	Art. 47a Organisation für Strukturen ärztlicher Einzelleistungstarife im ambulanten Bereich (neu)

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				paritätischen Zusammensetzung kaum handlungsfähig.	
CSS	Art. 47a	1		Die CSS unterstützt die Einführung einer Organisation für Tarifstrukturen im ambulanten Bereich. Anders als im Vorschlag des Bundesrates, soll diese Organisation aber nur den ärztlichen Einzelleistungstarif im ambulanten Bereich umfassen. Damit entspricht sie in ihrer Beschaffenheit der SwissDRG AG. Eine Organisation, welche sämtliche, z.T. sehr heterogenen Tarifstrukturen verhandelt, wäre nicht effizient und aufgrund der paritätischen Zusammensetzung kaum handlungsfähig.	¹ Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen ärztlicher Einzelleistungstarife im ambulanten Bereich zuständig ist.
CSS	Art. 47a	2		Absatz 2 kann gestrichen werden, da unnötig. Sollten die Tarifpartner keine oder gemessen an den gesetzlichen Anforderungen ungenügende Organisation einsetzen, kann der BR eine solche Organisation subsidiär einsetzen (Absatz 3). Zusätzliche Grundsätze seitens des Bundesrates sind unnötig.	Absatz 2 streichen
CSS	Art. 47b	2		Eine proaktive Lieferung der Daten an den BR für Festlegung und Anpassung der Tarife ist unnötig. Sollte ein subsidiärer Eingriff notwendig werden, können entsprechende Daten – wie das heute schon gemacht wird – zur Verfügung gestellt werden.	² Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.
CSS	Art. 47b	3		Bei Absatz 3 ist die Sanktion auf die Leistungserbringer zu beschränken, welche der Datenlieferungspflicht an die gemeinsame Organisation nicht nachkommen.	³ Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz 47a , die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 1 verstossen,

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					kann der Bundesrat Sanktionen ergreifen. Diese umfassen: a. die Verwarnung; b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.
CSS	Art. 47c	1 - 7		Die CSS unterstützt grundsätzlich die Idee, dass sich Tarifpartner verpflichtet sehen, Massnahmen zur Steuerung der Kosten in ihren Verträgen zu verankern. Aber: Die CSS erachtet den vorliegenden Vorschlag für den Art. 47c E-KVG als nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. In Tarifstrukturverträgen besteht heute bereits die Möglichkeit, dass Vereinbarungen betreffend Kostenneutralität oder betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen getroffen werden können. Ebenso haben die Tarifpartner heute schon die Möglichkeit, mittels Festlegung von Qualitäts- und Mengenzielen Kosteneindämmungselemente in die Tarifverträge aufzunehmen. Die CSS befürchtet jedoch im aktuellen System mit Vertragszwang bei einer Verpflichtung zur Aufnahme von Kosteneindämmungselementen in Tarifverträgen vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner und in extenso Festsetzungsnotwendigkeiten durch die Genehmigungsbehörden, was Tarifierneuerungen erschwert. Weiter gilt zu beachten, dass Mengenziele ohne einen Benchmark von verbindlichen Kostenzielen auf nationaler Ebene schwer definierbar sind. Die CSS ist deshalb der Ansicht, dass diese Massnahme nur kostendämpfend wirken kann bzw. nur umsetzbar wird, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Entweder durch die Festlegung von verbindlichen Kostenzielen oder durch die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.	Art. 47c streichen <i>[Diese Massnahme soll zusammen mit den verbindlichen Kostenzielen Teil des 2. Massnahmenpakets werden.]</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Unter Einbezug der realpolitischen Umsetzbarkeit schlägt die CSS vor, dass die Thematik mit verbindlichen Kostenzielen verbunden wird. Dazu ist vorliegende Massnahme aus dem 1. Massnahmenpaket herauszulösen und gemeinsam mit der Einführung verbindlicher Kostenziele in das 2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung einzufügen.	
CSS	Art. 52	1	b	Die Spezialitätenliste muss zwingend alle Preise der aufgenommenen Medikamentenpackungen enthalten. Neben dem Referenzpreis muss auch der Höchstpreis für das Original gelistet sein.	b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel (Spezialitätenliste); diese enthält Preise und , sofern für das Arzneimittel kein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt, den entsprechenden Referenz- und Höchstpreis
CSS	Art. 52b (Modell mit Preisabschlag)	1 – 6		Die CSS bevorzugt das Modell mit der Meldepflicht. Das Modell mit Preisabschlag ist zu wenig dynamisch und zu kompliziert. Es ist eine staatliche Regulierung. In den letzten 10 Jahren hat dies dazu geführt, dass das Fabrikabgabepreisniveau der Generika im Durchschnitt doppelt so hoch war wie im Ausland. Ein Grundproblem bei dieser Lösung ist, dass der Preis des Originalpräparates als Ausgangslage verwendet wird. Das Preisniveau nach Markteintritt der Generika in den Referenzländern wird dabei ignoriert und auch zu späteren Zeitpunkt wird die Berechnung stets auf dem überhöhten Originalpreis basiert.	Modell mit Preisabschlag streichen zugunsten Modell mit Meldepflicht
CSS	Art. 52b (Modell mit Meldepflicht)	1		Ein Modell mit Meldesystem hat für die CSS die klare Präferenz. Nach Patentablauf werden Wirkstoffe austauschbar. Dies gibt neu die Möglichkeit zu wettbewerblichen Lösungen, die zu einer optimalen Kosteneinsparung führen. Eine wettbewerbliche Lösung ist bereits möglich bei zwei	¹ Sind mindestens zwei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. Der Höchstpreis

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Anbietern. Der bestehende Vorschlag könnte ein Anreiz schaffen den Wettbewerb auszuhebeln mit einem in Oligopolen bekannten Parallelverhalten. Aus diesem Grund sollten nach Patentablauf die Preise auf dem generischen Niveau der Vergleichsländer gedeckelt werden.	darf höchstens 20% über dem durchschnittlichen Generikapreinsniveau der Referenzländer liegen.
CSS	Art. 52b (Modell mit Meldepflicht)	2			² Der Referenzpreis entspricht dem tiefsten gemeldeten Preis pro Packung und Dosierung. Er gilt bis zum nächsten Meldeverfahren. Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der Arzneimittel nach Absatz 1. Falls sich bei diesem Preisniveau Versorgungsengpässe aus Preisgründen ergeben, kann der Referenzpreis auf einem höheren liegenden Angebot festgelegt werden. Dem Preisdurchschnitt wird ein Zuschlag hinzugefügt, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.
CSS	Art. 52b (Modell mit Meldepflicht)	3			Absatz 3 streichen
CSS	Art. 52b (Modell mit Meldepflicht)	7	b, c und e		⁷ Der Bundesrat legt fest: a. wie sich der Referenzpreis und der Höchstpreis zusammensetzen und wie deren Bestandteile zu bestimmen sind; b. wie das günstigste Drittel der Arzneimittel zu berechnen ist; c. unter welchen Voraussetzungen ein Zuschlag nach Absatz 2 hinzugefügt wird und wie hoch der Zuschlag ist; d. wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; e. wie hoch die Preisabstände nach Absatz 3

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					sind und wie sie berechnet werden; f. wie oft die Zulassungsinhaberinnen den Preis melden müssen.
CSS	Art. 52b (Modell mit Meldepflicht)	8	d	Die Gefährdung der Versorgung ist in den meisten Fällen nicht preisbedingt. Wenn die Preise zu tief sein sollten und die Fabrikationskosten nicht decken, können Generikahersteller in einem wettbewerblichen System höhere Preise anbieten. Die Obergrenze wäre das durchschnittliche Preisniveau der Listenpreise für Generika.	⁸ Der Bundesrat kann vorsehen, dass: a. die nach Absatz 4 gemeldeten Preise öffentlich sind; b. die von den Versicherern nach Absatz 5 vergüteten Arzneimittel zentral veröffentlicht werden; c. der Höchstpreis anders als gemäss Absatz 3 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandspreisvergleich vorgenommen werden kann; d. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 6 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln wegen einem zu tiefen Preisniveau gefährdet ist.
CSS	Art. 59b (neu)	1		Projekte sollten sich nicht nur strikte auf die Eindämmung der Kostenentwicklung fokussieren, sondern auch innovativen Ideen einen Raum geben, welche die Qualität der Versorgung verbessern. Die Bereiche für Pilotprojekte sollte flexibler ausgestaltet sein, damit die Berücksichtigung neuer, heute vielleicht noch unbekannter Handlungsfelder nicht einer erneuten Gesetzesrevision bedürfen.	¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte insbesondere in folgenden Bereichen bewilligen:
CSS	Art. 59b (neu)	2		Jedes Projekt muss eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche (WZW) Leistungserbringung gewährleisten und ein Auswertungskonzept und einen Schlussbericht durch unabhängige externe Expertinnen und Experten einplanen.	² Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt, gewährleisten die Voraussetzungen der Leistungsübernahme gemäss Art. 32 Absatz 1 und beinhalten ein Auswertungskonzept und einen Schlussbericht durch unabhängige externe Expertinnen und

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

					Experten.
CSS	Art. 59b (neu)	3		Die Kriterien unter Absatz 2 gewährleisten WZW-konforme Projekte. Mit Absatz 3 droht eine bürokratische Überregulierung, welche Innovationen verzögert oder gar verhindert.	Streichen
CSS	Art. 59b (neu)	4		Eine Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt, wie es in Absatz 4 vorgesehen ist, verunmöglicht eine positive Zusammenarbeit unter den beteiligten Akteuren und damit den Erfolg von Pilotprojekten. Pilotprojekte sollten auf freiwilligen Vereinbarung zwischen den Partnern beruhen.	⁴ Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände können Pilotprojekte einzeln oder mittels freiwilliger Vereinbarungen gemeinsam durchführen.
CSS	Art. 59b (neu)	5		Es braucht ein unbürokratisches und flexibles Bewilligungsverfahren, bei welchem das BAG die Möglichkeit hat, einzugreifen, sollte das Projekt nicht den Kriterien gemäss Absatz 2 entsprechen. Pilotprojekte müssen dem BAG somit spätestens am letzten Tag vor ihrer Realisierung gemeldet werden (in Analogie zum Widerspruchsverfahren nach Art. 49 Abs. 3 lit. a KG). Das Bewilligungsverfahren lehnt sich an Art. 8 Absatz 2 KVAG an.	⁵ Das EDI ist über die Pilotprojekte zu dokumentieren, bevor diese Wirkung entfalten. Die Projekte gelten als bewilligt, sofern das EDI nicht innert acht Wochen nach der Mitteilung eine Prüfung einleitet.
CSS	Art. 59b (neu)	6		Aufgrund der Streichung von Absatz 3 entfällt auch Absatz 6.	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.

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 11. Dezember 2018

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur erwähnten KVG-Änderung teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der von den Versicherten bezahlten Prämien ist eine der grössten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Kostendämpfungslösungen sind deshalb erforderlich. Gerne nehmen wir zum Kostendämpfungspaket 1 wie folgt Stellung.

Position curafutura

curafutura begrüsst den Willen des Bundesrats, die Entwicklung der Gesundheitskosten mit konkreten Massnahmen zu dämpfen.

curafutura unterstützt einen schlank formulierten Experimentierartikel, der Innovation Bottom-up ermöglicht. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt lehnt curafutura jedoch ab.

curafutura unterstützt die gesetzlichen Anpassungen zur Sicherstellung der Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person. curafutura empfiehlt zudem Massnahmen, damit die Krankenversicherer ihre Kernaufgabe der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle künftig noch besser wahrnehmen können.

curafutura begrüsst ferner den wichtigen Schritt, dass der Bundesrat die Anreize für einzelne Tarifpartner stärken will, die Tarifstrukturen gemeinsam weiterzuentwickeln. curafutura unterstützt die Schaffung einer ambulanten Tariforganisation jedoch explizit nur für die Erarbeitung und Anpassung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und nicht für alle Tarifstrukturen und nur unter Einbezug der wesentlichen Tarifpartner.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Mit einer gut funktionierenden ambulanten Tariforganisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen («Schaffung nationales Tarifbüro») kann auch Massnahme M25 mit Ergänzungen von anderen KVG-Bestimmungen schlanker erreicht werden.

Kosteneindämmelemente können heute bereits freiwillig von den Tarifpartnern in Tarifverträge aufgenommen werden. curafutura befürchtet jedoch bei einer Verpflichtung zu Massnahmen der Kostensteuerung von Versicherern und Leistungserbringern vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner. curafutura ist deshalb der Ansicht, dass solche Massnahmen nicht kostendämpfend wirken werden, respektive nur umsetzbar sind, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.

M15 «Pauschalen im ambulanten Bereich» müssen individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vorangetrieben werden. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und darf nicht gesetzlich fixiert werden.

Mit dem Vorschlag zur gesetzlichen Grundlage des Referenzpreissystems wird einer langjährigen Forderung der Krankenversicherungen, des Preisüberwachers und der Konsumenten (SKS, FRC) entsprochen. curafutura begrüsst, dass der Bundesrat nun einen entsprechenden Vorschlag unterbreitet. curafutura empfiehlt, dass auf Basis von Modell 2 ein vereinfachter Vorschlag ausgearbeitet wird, so dass im patent-abgelaufenen Bereich der Preis- und Qualitäts-Wettbewerb spielen kann und gleichzeitig die Versorgung sichergestellt wird.

Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten wird von curafutura unterstützt.

Begründung

M02 «Experimentierartikel»

curafutura begrüsst, dass ein Experimentierartikel ermöglichen soll, innovative Konzepte zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu testen. Im Fokus sollen dabei die Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienzsteigerungen stehen. Mit den in Art. 59b Absatz 1 aufgezählten Projektbereichen ist curafutura im Grundsatz einverstanden. Jedoch braucht es, damit Innovation entstehen kann, möglichst viele Freiheiten, weshalb auch der dafür vorgesehene Gesetzesartikel möglichst schlank formuliert werden sollte.

Eine Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt, wie es in Absatz 4 vorgesehen ist, lehnt curafutura ab. Eine solche verunmöglicht eine positive Zusammenarbeit unter den beteiligten Akteuren und damit den Erfolg von Pilotprojekten. curafutura fordert deshalb, dass Pilotprojekte nur auf freiwilliger Basis mittels Vereinbarung zwischen den Partnern vorgesehen werden sollen. Absatz 4 ist zu streichen. Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und eine Evaluation der Ergebnisse ist durchzuführen. Für die Evaluation (Abs. 5) sollen primär die Projektpartner zuständig sein (Selbstevaluation mittels Bericht an das BAG).

Der Verband empfiehlt, Art. 59b E-KVG folgendermassen anzupassen:

Art. 59b (neu)

¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI **Vereinbarungen von Tarifpartnern oder Tarifpartnern und Kantonen für Pilotprojekte** genehmigen.

⁴ streichen

«Rechnungskontrolle / Rechnungskopie»

Wie der Bundesrat im Erläuterungsbericht erwähnt, ist die Rechnungskontrolle in erster Linie Sache der Versicherer. Die versicherten Personen spielen allerdings eine wichtige Rolle bei der Rechnungsprüfung. Denn nur sie können sagen, ob eine Leistung auch wirklich erbracht worden ist. curafutura unterstützt, dass Patientinnen und Patienten nach einem Arzt- oder Spitalbesuch in jedem Fall eine verständliche Rechnungskopie erhalten. Deshalb ist curafutura mit der Ergänzung von Art. 42, Abs. 3 einverstanden.

Wichtige Massnahmen zur Stärkung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle

curafutura empfiehlt zusätzliche Gesetzesanpassungen, damit die Krankenversicherer ihre Kernaufgabe der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrollen noch besser wahrnehmen können:

1. Eine Ergänzung des KVG, dass jede KVG-Leistung mittels eines Identifikations-Codes der ausführenden Person zugeordnet werden kann. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. Ohne Identifikations-Codes pro Arzt ist das systematische Monitoring von Gruppenpraxen, inhomogenen Facharztpraxen, dem spitalambulanten Bereich oder von Belegärzten (stationärer Bereich) nicht möglich.
2. Die Rechnung muss in elektronischer und strukturierter Form an den Versicherer übermittelt werden (Ergänzung Art. 42, Abs. 3 oder neuer Abs. 3ter KVG). Dies entspricht der Forderung der Motion Grossen 18.3664 «Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern» und der Motion Buffat 18.3513 «KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren».
3. Diagnose- und Behandlungskodierung bei ambulanten Behandlungen und Lieferung an die Krankenversicherer, da eine systematische Wirtschaftlichkeitskontrolle sowie die Kontrolle der Indikations- bzw. Output-Qualität (unnötige oder unnütze Behandlungen) ohne Angabe dieser auf der ambulanten Rechnung schwer durchführbar sind. Die notwendige Transparenz hinsichtlich der ambulanten Behandlung fehlt und die Angaben des Tessiner-Codes sind untauglich, da nur eine sehr grobe Zuordnung nach Organkapitel stattfindet. Artikel 59, Abs. 1 lit. c KVV soll folgendermassen ergänzt werden:
Art. 59, Abs. 1 lit c KVV

¹ ...

c. Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs **sowie zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen** notwendig sind;

M34 «Schaffung nationales Tariffbüro»

curafutura unterstützt die Schaffung einer ambulanten Tariforganisation nur unter der Voraussetzung, dass diese ausschliesslich für die Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist. Es wäre nicht zielführend, sämtliche ambulanten Tarifstrukturen von einer alles umspannenden Tariforganisation erarbeiten zu lassen. Eine solche Organisation wäre durch die Integration aller Interessen nicht handlungsfähig, weshalb curafutura diese entschieden ablehnt.

Von Bedeutung ist für curafutura auch, dass die weiteren Tarife nach Art. 43 KVG (Zeittarif, Pauschaltarif, etc.) auf der Basis individueller Tarifvereinbarungen möglich bleiben.

Eine nationale Organisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen muss paritätisch zusammengesetzt sein und die wesentlichen Tarifpartner müssen entsprechend Einsitz haben. Dies soll für alle Tariforganisationen gemäss KVG (also auch für die SwissDRG AG, Anpassung Art. 49) gelten. Wichtig ist auch, dass die Tarifstruktur und deren Anpassungen von den wesentlichen Tarifpartnern eingereicht werden – nicht von der Tariforganisation.

Absatz 2 kann gestrichen werden, da unnötig. Sollten die Tarifpartner keine oder gemessen an den gesetzlichen Anforderungen eine ungenügende Organisation einsetzen, kann der Bundesrat eine solche Organisation subsidiär einsetzen (Absatz 3). Zusätzliche Grundsätze seitens des Bundesrates sind nicht nötig.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt curafutura die folgenden Anpassungen:

Art. 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen (neu)

¹ **Die wesentlichen Tarifpartner im Bereich der Sozialversicherungen setzen gemeinsam** eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege **der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen** zuständig ist.

² *streichen*

³ *wird unter Vorbehalt der Anpassungen von Art. 47a, Abs. 1 und Abs. 2 E-KVG unterstützt.*

⁴ Die von der Organisation **erarbeitete Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen** und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den **an der Organisation beteiligten** Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.

M25 «Tarifstruktur aktuell halten»

Aktuell gehaltene Tarifstrukturen sind für alle Tarifpartner von Bedeutung. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei der Einzelleistungstarifstruktur im ambulanten Arztbereich. Mit einer gut funktionierenden ambulanten Tariforganisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen («Schaffung nationales Tariffbüro») kann jedoch Massnahme M25 mit Ergänzungen von anderen KVG-Bestimmungen schlanker erreicht werden. Die Lieferung der Daten an die Organisation gemäss Art. 47a kann entsprechend ebenda verankert werden. Bei der Verpflichtung von Leistungserbringer und Versicherer sowie der Organisation nach Absatz 47a dem Bundesrat kostenlos Daten bekannt zu geben, ist von der primären Genehmigungskompetenz auszugehen. Erst sekundär soll die subsidiäre Kompetenz angesprochen werden. Anstatt in Art. 47b Abs. 2 kann dies in Art. 43 Abs. 5bis KVG ergänzt werden. Schliesslich ist der Erlass von Sanktionsbestimmungen nicht notwendig, wie das Beispiel der in diesem Bereich gut funktionierenden SwissDRG AG zeigt; Art. 47b Abs. 3 E-KVG kann daher gestrichen werden.

«Steuerung der Kosten»

curafutura begrüsst die Diskussion über Kostendämpfungsmassnahmen. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist in erster Linie auf einen Anstieg der Mengen, nicht der Preise, zurückzuführen. Es gilt festzuhalten, dass alle Stakeholder und damit nicht nur die Tarifpartner, sondern auch der Bund und die Kantone in der Pflicht stehen, kostendämpfende Massnahmen umzusetzen.

curafutura erachtet jedoch den Vorschlag für den Art. 47c E-KVG als nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. In Tarifstrukturverträgen besteht heute bereits die Möglichkeit, dass Vereinbarungen betreffend Kostenneutralität oder betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen getroffen werden können. Ebenso haben die Tarifpartner heute schon die Möglichkeit, mittels Festlegung von Qualitäts- und Mengenzielen Kosteneindämmelemente in die Tarifverträge aufzunehmen. curafutura befürchtet jedoch bei einer Verpflichtung zu Massnahmen der Kostensteuerung von Versicherern und Leistungserbringern vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner.

Weiter gilt zu beachten, dass Mengenziele ohne einen Benchmark von verbindlichen Kostenzielen auf nationaler Ebene schwer definierbar sind. curafutura ist deshalb der Ansicht, dass solche Massnahmen nicht kostendämpfend wirken, respektive nur umsetzbar sind, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.

M15 «Pauschalen im ambulanten Bereich»

curafutura steht Pauschalen im ambulanten Bereich grundsätzlich offen gegenüber. Sie müssen jedoch individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vorangetrieben werden. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und soll nicht gesetzlich fixiert werden. Die Tarifautonomie

würde damit entscheidend geschwächt. curafutura lehnt deshalb die Anpassung zum Art. 43, Abs. 5 KVG ab.

Aus denselben Gründen spricht sich curafutura dagegen aus, dass die Tariforganisation im ambulanten Bereich (M34) für Pauschalen im ambulanten Bereich zuständig ist. Das Verhandeln von Pauschalen ist Sache der Tarifpartner. Die Tarifpartner wissen am besten, für welche Leistungen eine Pauschale geeignet wäre. Vielmehr ist von Bedeutung, dass die Einzelleistungstarifstrukturen erneuert werden – und zwar unabhängig davon, ob die Tarifpartner künftig häufiger Pauschalen verhandeln oder nicht.

M22 «Referenzpreissystem bei Arzneimitteln»

Mit dem Vorschlag zur gesetzlichen Grundlage des Referenzpreissystems wird einer langfristigen Forderung der Krankenversicherungen, des Preisüberwachers und der Konsumenten (SKS, FRC) entsprochen. Die Integration der Kostengünstigkeit für den Medikamentenbereich in das KVG ist aus Sicht von curafutura ein wichtiger und überaus positiver Schritt. Mit der Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips und der Vergütung der gleichen Leistung auf dem tiefsten heute bestehenden Preisniveau können nach Einschätzung von curafutura rund 400 Mio. Franken eingespart werden. Die durch die Kostengünstigkeit und Referenzpreise freigewordenen Gelder können dann entsprechend für neue innovative Leistungen und Medikamente frei werden.

Folgende weiteren Elemente begrüsst curafutura ausdrücklich:

- Implementierung eines Preis- und Qualitätswettbewerbs im Angebot der patentabgelaufenen und unter sich austauschbaren Arzneimittel.
- Gleiche Regelung für alle patentabgelaufenen Wirkstoffe unabhängig von ihrem Herstellprozess (gleiche Regeln für Biosimilars).
- Verpflichtung zur Festlegung eines Referenzpreises nach Patentablauf beim Markteintritt eines weiteren gleichartigen Produktes. Festlegung eines Höchstpreises zwecks Definition einer maximalen Zuzahlung zum Schutze der Versicherten.
- Vorgesehener gleich hoher Vertriebsanteil für alle Medikamente in einer Referenzpreisgruppe.
- Ausnahmeregelung zur Kostenübernahme eines Medikamentes mit einem Preis, der über dem Referenzpreis liegt, wenn medizinische Gründe für die Verschreibung vorliegen oder der betroffene Patient von einem Wechsel der Therapie verschont werden soll.
- Bereitschaft zu Flexibilität um die Versorgungssicherheit sicherzustellen.

curafutura hat eine klare Präferenz für das wettbewerbliche Modell 2 (Modell mit Meldesystem). Die in Modell 2 enthaltene Option, wonach die Versicherer direkt mit den Industriefirmen Preisverhandlungen führen und die Auswahl ihrer Versicherten auf eine abschliessende Liste von günstigen Medikamenten einschränken, sollte als weitere Möglichkeit zur Förderung der alternativen Versicherungsmodelle näher geprüft werden.

Bei Modell 1 (Modell mit Preisabschlag) würde hingegen eine bestehende staatliche Preisfixierung weitergeführt, obwohl diese in den vergangenen Jahrzehnten nicht in der Lage war, den Wettbewerb im patentabgelaufenen Bereich zu simulieren. Die Abstandsregelung führte dazu, dass die Preise der generischen Wirkstoffe in der Schweiz in den letzten zehn Jahren im Durchschnitt doppelt so hoch waren wie in den Referenzländern. curafutura lehnt deshalb das vorgeschlagene Modell 1 ab und favorisiert Modell 2.

Für die von curafutura empfohlenen Anpassungen zum in der Vorlage enthaltenen Modell 2 beachten Sie bitte die Fahne in Beilage 1.

curafutura erachtet jedoch das Modell 2 gemäss Vernehmlassungsentwurf als sehr detailliert und schwer verständlich ausformuliert. curafutura ist überzeugt, dass sich ein wettbewerbliches Referenzpreis-System im KVG-Umfeld einfacher als vom Bundesrat vorgeschlagen umsetzen lässt: Lediglich die Grundsätze des

Modells sollten auf Gesetzes-Ebene definiert werden, weitere Details sind in den Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsebene zu regeln. curafutura empfiehlt dem Bundesrat, entsprechend weitergehende Anpassungen der Vorlage zu prüfen.

«Beschwerderecht für Versichertenverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG»

Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten, welche die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil C-623/2009 vom 8. September 2010) korrigieren soll, wird von curafutura im Grundsatz unterstützt. Es ist jedoch zu beachten, dass die eigentliche Aufsichtsaufgabe bei der Spitalplanung nicht den Krankenversicherern obliegt. Auch sollen die Versicherer damit nicht einen Teil der Planungsrolle der Kantone übernehmen.

Fazit

Mit verschiedenen konstruktiven Reformvorschlägen leistet curafutura ihren Beitrag, die Finanzierung des Gesundheitswesens nachhaltig zu sichern. Beim Massnahmenpaket 1 begrüsst curafutura insbesondere die Einführung eines Referenzpreissystems und damit die konsequente Umsetzung des bereits heute im KVG verankerten Kostengünstigkeitsprinzips als diejenige Massnahme mit einem hohen Kostendämpfungspotenzial. Auch in der ambulanten Tariforganisation für die Einzelleistungsstruktur für ärztliche Leistungen sieht curafutura eine wichtige Massnahme, die ihren Beitrag zur Kostendämpfung leisten wird.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse
curafutura



Pius Zängerle
Direktor



Saskia Schenker
Stv. Direktorin
Leiterin Gesundheitspolitik

Anhang:

- Beilage 1 Fahne zum Referenzpreissystem
- Beilage 2 Vernehmlassungsformular BAG

Beilage 1

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1): Referenzpreissystem

Fahne mit Änderungsanträgen von curafutura zum favorisierten Modell 2

Vorgeschlagener Text Vernehmlassungsvorlage	Bemerkungen curafutura	Vorschlag für Textanpassung curafutura
<i>Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz</i> 1 ... Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), sowie für Arzneimittel mit einem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1^{bis}) bleiben vorbehalten		
<i>Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1^{bis} und 3</i> 1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6: b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel (Spezialitätenliste); diese enthält Preise, sofern für das Arzneimittel kein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt. 1^{bis} Das BAG legt für Arzneimittel nach Artikel 52b in einer Verordnung fest: a. den Referenzpreis; der Referenzpreis ist der Preis, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird; und	Grundsatz des Referenzpreises wird im Gesetz verankert. Dies ist positiv. Die Spezialitätenliste muss zwingend alle Preise der aufgenommenen Medikamentenpackungen enthalten. Neben dem Referenzpreis muss auch der Höchstpreis für das Original gelistet sein.	1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6: b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel (Spezialitätenliste); diese enthält Preise sofern für das Arzneimittel kein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt. und, sofern für das Arzneimittel ein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt, den entsprechenden Referenz- und Höchstpreis.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Vorgeschlagener Text Vernehmlassungsvorlage	Bemerkungen curafutura	Vorschlag für Textanpassung curafutura
b. den Höchstpreis; der Höchstpreis ist der Preis, den die Leistungserbringer der versicherten Person höchstens in Rechnung stellen dürfen. ³ Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen der Versicherung höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen nach den Absätzen 1 und 1^{bis} Buchstabe a in Rechnung gestellt werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.		
<i>Art. 52a Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis</i> ¹ Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste ohne Referenzpreis aufgeführt, so vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nur den Preis des günstigeren Arzneimittels. ² Wird bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nicht das preisgünstigere Arzneimittel verschrieben oder abgegeben, so ist die versicherte Person darüber zu informieren, welcher Betrag nach Absatz 1 vergütet wird. ³ Ersetzt die abgebende Person das verschriebene durch		¹ Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in eine Referenzpreisgruppe eingeteilt auf der Spezialitätenliste ohne Referenzpreis aufgeführt, so vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nur den Preis des günstigeren Arzneimittels.



Vorgeschlagener Text Vernehmlassungsvorlage	Bemerkungen curafutura	Vorschlag für Textanpassung curafutura
das preisgünstigere Arzneimittel, so informiert sie die verschreibende Person darüber. 4 Der Bundesrat kann Voraussetzungen festlegen, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten.		
Modell mit Meldesystem:		
<i>Art. 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis</i> 1 Sind mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. 2 Der Referenzpreis entspricht dem Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der Arzneimittel nach Absatz 1. Dem Preisdurchschnitt wird ein Zuschlag hinzugefügt, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist. 3 Der Höchstpreis wird so berechnet, dass ein angemessener Preisabstand gegenüber dem Resultat eines Vergleichs mit dem Preis in Referenzländern (Auslandpreisvergleich) eingehalten wird. 4 Die Inhaberinnen der Zulassung für Arzneimittel, für die ein Referenzpreis gilt, melden dem BAG regelmässig die Preise. 5 Die Versicherer können nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergüten,	Ein Modell mit Meldesystem hat für curafutura die klare Präferenz. Nach Patentablauf werden Wirkstoffe austauschbar. Dies gibt neu die Möglichkeit zu wettbewerblichen Lösungen, die zu einer optimalen Kosteneinsparung führen. Eine wettbewerbliche Lösung ist bereits möglich bei zwei Anbietern. Der bestehende Vorschlag könnte einen Anreiz schaffen, den Wettbewerb auszuhebeln mit einem in Oligopolen bekannten Parallelverhalten. Aus diesem Grund sollten nach Patentablauf die Preise auf dem generischen Niveau der Vergleichsländer gedeckelt werden. Abs. 5: Die Möglichkeit von weitergehenden Verträgen zwischen Versicherern und einzelnen Anbietern könnte aus Sicht von curafutura die Einführung eines Referenzpreissystems gefährden. Aus diesem Grund empfehlen wir, diesen Absatz zu streichen. Die Gefährdung der Versorgung ist in den meisten Fällen nicht preisbedingt. Wenn die Preise	1 Sind mindestens drei zwei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. Der Höchstpreis darf höchstens 20% über dem durchschnittlichen Generikapreisniveau der Referenzländer liegen. 2 Der Referenzpreis entspricht dem Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der Arzneimittel nach Absatz 1 Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der Arzneimittel nach Absatz 1 tiefsten gemeldeten Preis pro Packung, Dosierung und Darreichungsform. Er gilt bis zum nächsten Meldevorgang. Dem Preisdurchschnitt wird ein Zuschlag hinzugefügt, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist. Falls sich bei diesem Preisniveau Versorgungsengpässe aus Preisgründen ergeben, kann der Referenzpreis auf einem höher liegenden Angebot festgelegt werden. 3 Der Höchstpreis wird so berechnet, dass ein angemessener Preisabstand gegenüber dem Resultat eines Vergleichs mit dem Preis in



Vorgeschlagener Text Vernehmlassungsvorlage	Bemerkungen curafutura	Vorschlag für Textanpassung curafutura
wenn damit eine kostengünstigere Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. Sie veröffentlichen jährlich eine Liste dieser Arzneimittel und teilen sie gleichzeitig mit den neuen Prämien jeder versicherten Person mit. ⁶ Die Referenzpreise und die Höchstpreise werden regelmässig überprüft. Sie werden nur angepasst, wenn die Überprüfung einen tieferen Preis ergibt. ⁷ Der Bundesrat legt fest: - wie sich der Referenzpreis und der Höchstpreis zusammensetzen und wie deren Bestandteile zu bestimmen sind; - wie das günstigste Drittel der Arzneimittel zu berechnen ist; - unter welchen Voraussetzungen ein Zuschlag nach Absatz 2 hinzugefügt wird und wie hoch der Zuschlag ist; - wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; - wie hoch die Preisabstände nach Absatz 3 sind und wie sie berechnet werden; - wie oft die Zulassungsinhaberinnen den Preis melden müssen. ⁸ Der Bundesrat kann vorsehen, dass: - die nach Absatz 4 gemeldeten Preise öffentlich sind;	zu tief sein sollten und die Fabrikationskosten nicht decken, können Generikahersteller in einem wettbewerblichen System höhere Preise anbieten. Abs. 6 muss ergebnisoffen gestaltet werden. Die Obergrenze wäre das durchschnittliche Preisniveau der Listenpreise für Generika. Damit Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung getroffen werden können, soll im Gesetz die Möglichkeit dazu aufgenommen werden. Denkbare Massnahmen sind z.B. bei essentiellen Wirkstoffen Unterstellung unter die Landesversorgung, Verpflichtung zu Lagerhaltung bei Herstellern, Handel oder Leistungserbringern, Abbau von Hürden und Kosten der Zulassung.	Referenzländern (Auslandpreisvergleiche) eingehalten wird. ³ Der Bundesrat kann Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung treffen. ⁴ Die Inhaberinnen der Zulassung für Arzneimittel, für die ein Referenzpreis gilt, melden dem BAG regelmässig die Preise. ⁵ Die Versicherer können nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergüten, wenn damit eine kostengünstigere Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. Sie veröffentlichen jährlich eine Liste dieser Arzneimittel und teilen sie gleichzeitig mit den neuen Prämien jeder versicherten Person mit. ⁶ Die Referenzpreise und die Höchstpreise werden regelmässig überprüft. Sie werden nur angepasst, wenn die Überprüfung einen tieferen Preis ergibt. ⁷ Der Bundesrat legt fest: - wie sich der Referenzpreis und der Höchstpreis zusammensetzen und wie deren Bestandteile zu bestimmen sind wie das günstigste Drittel der Arzneimittel zu berechnen ist; unter welchen Voraussetzungen ein Zuschlag nach Absatz 2 hinzugefügt wird und wie hoch der Zuschlag ist;



Vorgeschlagener Text Vernehmlassungsvorlage	Bemerkungen curafutura	Vorschlag für Textanpassung curafutura
b. die von den Versicherern nach Absatz 5 vergüteten Arzneimittel zentral veröffentlicht werden; c. der Höchstpreis anders als gemäss Absatz 3 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandpreisvergleich vorgenommen werden kann; d. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 6 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.		d. wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; e. wie hoch die Preisabstände nach Absatz 3 sind und wie sie berechnet werden; f. wie oft die Zulassungsinhaberinnen den Preis melden müssen. 8 Der Bundesrat kann vorsehen, dass: a. die nach Absatz 4 gemeldeten Preise öffentlich sind; b. die von den Versicherern nach Absatz 5 vergüteten Arzneimittel zentral veröffentlicht werden; c. der Höchstpreis anders als gemäss Absatz 3 1 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandpreisvergleich vorgenommen werden kann; d. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 6 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln wegen einem zu tiefen Preisniveau gefährdet ist.
<i>Übergangsbestimmungen zur Änderung vom...</i> ¹ Die Organisation nach Artikel 47a ist innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung einzusetzen. ² Die gesamtschweizerisch geltenden Verträge für	Die Übergangsbestimmungen sind verhältnismässig und sinnvoll.	



Vorgeschlagener Text Vernehmlassungsvorlage	Bemerkungen curafutura	Vorschlag für Textanpassung curafutura
Massnahmen zur Steuerung der Kosten nach Artikel 47c Absatz 1 sind dem Bundesrat innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung zur Genehmigung vorzulegen. ³ Ein Referenzpreis für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung wird nach Artikel 52b festgelegt: a. im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für Arzneimittel, deren Marktvolumen in der Schweiz während drei Jahren vor dem Inkrafttreten dieser Änderung im Durchschnitt pro Jahr über 25 Millionen Franken liegt; b. im zweiten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für Arzneimittel, deren Marktvolumen in der Schweiz während drei Jahren vor der Festlegung des Referenzpreises im Durchschnitt pro Jahr über 16 Millionen Franken liegt; im dritten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für die übrigen Arzneimittel.		³ Ein Referenzpreis für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der gleichen Referenzpreisgruppe wird nach Artikel 52b festgelegt:

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : curafutura

Abkürzung der Firma / Organisation : cf

Adresse : Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern

Kontaktperson : Saskia Schenker

Telefon : +41 31 31 01 81

E-Mail : saskia.schenker@curafutura.ch

Datum : 11. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	16

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
cf	curafutura begrüsst den Willen des Bundesrats, die Entwicklung der Gesundheitskosten mit konkreten Massnahmen zu dämpfen.
cf	curafutura unterstützt einen schlank formulierten Experimentierartikel, der Innovation Bottom-up ermöglicht. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt lehnt curafutura jedoch ab.
cf	curafutura unterstützt die gesetzlichen Anpassungen zur Sicherstellung der Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person. curafutura empfiehlt zudem Massnahmen, damit die Krankenversicherer ihre Kernaufgabe der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle künftig noch besser wahrnehmen können.
cf	curafutura begrüsst ferner den wichtigen Schritt, dass der Bundesrat die Anreize für einzelne Tarifpartner stärken will, die Tarifstrukturen gemeinsam weiterzuentwickeln. curafutura unterstützt die Schaffung einer ambulanten Tariforganisation jedoch explizit nur für die Erarbeitung und Anpassung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und nicht für alle Tarifstrukturen und nur unter Einbezug der wesentlichen Tarifpartner
cf	Mit einer gut funktionierenden ambulanten Tariforganisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen («Schaffung nationales Tariffbüro») kann auch Massnahme M25 mit Ergänzungen von anderen KVG-Bestimmungen schlanker erreicht werden.
cf	Kosteneindämmelemente können heute bereits freiwillig von den Tarifpartnern in Tarifverträge aufgenommen werden. curafutura befürchtet jedoch bei einer Verpflichtung zu Massnahmen der Kostensteuerung von Versicherern und Leistungserbringern vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner. curafutura ist deshalb der Ansicht, dass solche Massnahmen nicht kostendämpfend wirken werden, respektive nur umsetzbar sind, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.
cf	M15 «Pauschalen im ambulanten Bereich» müssen individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vorangetrieben werden. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und darf nicht gesetzlich fixiert werden.
cf	Mit dem Vorschlag zur gesetzlichen Grundlage des Referenzpreissystems wird einer langjährigen Forderung der Krankenversicherungen, des Preisüberwachers und der Konsumenten (SKS, FRC) entsprochen. curafutura begrüsst, dass der Bundesrat nun einen entsprechenden Vorschlag unterbreitet. curafutura empfiehlt, dass auf Basis von Modell 2 ein vereinfachter Vorschlag ausgearbeitet wird, so dass im patentabgelaufenen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Bereich der Preis- und Qualitäts-Wettbewerb spielen kann und gleichzeitig die Versorgung sichergestellt wird.
cf	Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten wird von curafutura unterstützt.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
cf	42	3		Wie der Bundesrat im Erläuterungsbericht erwähnt, ist die Rechnungskontrolle in erster Linie Sache der Versicherer. Die versicherten Personen spielen allerdings eine wichtige Rolle bei der Rechnungsprüfung. Denn nur sie können sagen, ob eine Leistung auch wirklich erbracht worden ist. curafutura unterstützt, dass Patientinnen und Patienten nach einem Arzt- oder Spitalbesuch in jedem Fall eine verständliche Rechnungskopie erhalten. Deshalb ist curafutura mit der Ergänzung von Art. 42, Abs. 3 einverstanden.	
cf	43	5		curafutura steht Pauschalen im ambulanten Bereich grundsätzlich offen gegenüber. Sie müssen jedoch individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vorangetrieben werden. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und soll nicht gesetzlich fixiert werden. Die Tarifaufonomie würde damit entscheidend geschwächt. curafutura lehnt deshalb die Anpassung zum Art. 43, Abs. 5 KVG ab. Aus denselben Gründen spricht sich curafutura dagegen aus, dass die Tariforganisation im ambulanten Bereich (M34) für Pauschalen im ambulanten Bereich zuständig ist. Das Verhandeln von Pauschalen ist Sache der Tarifpartner. Die Tarifpartner wissen am besten, für welche Leistungen eine Pauschale geeignet wäre. Vielmehr ist von Bedeutung, dass	<i>streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				die Einzelleistungstarifstrukturen erneuert werden – und zwar unabhängig davon, ob die Tarifpartner künftig häufiger Pauschalen verhandeln oder nicht.	
cf	47a	1		curafutura unterstützt die Schaffung einer ambulanten Tariforganisation nur unter der Voraussetzung, dass diese ausschliesslich für die Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist. Es wäre nicht zielführend, sämtliche ambulanten Tarifstrukturen von einer alles umspannenden Tariforganisation erarbeiten zu lassen. Eine solche Organisation wäre durch die Integration aller Interessen nicht handlungsfähig, weshalb curafutura diese entschieden ablehnt. Von Bedeutung ist für curafutura auch, dass die weiteren Tarife nach Art. 43 KVG (Zeittarif, Pauschaltarif, etc.) auf der Basis individueller Tarifvereinbarungen möglich bleiben. Eine nationale Organisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen muss paritätisch zusammengesetzt sein und die wesentlichen Tarifpartner müssen entsprechend Einsitz haben. Dies soll für alle Tariforganisationen gemäss KVG (also auch für die SwissDRG AG, Anpassung Art. 49) gelten. Wichtig ist auch, dass die Tarifstruktur und deren Anpassungen von den wesentlichen Tarifpartnern eingereicht werden – nicht von der Tariforganisation	47a Abs. 1 Die wesentlichen Tarifpartner im Bereich der Sozialversicherungen setzen gemeinsam eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist.
cf	47a	2		Absatz 2 kann gestrichen werden, da unnötig. Sollten die Tarifpartner keine oder gemessen an den gesetzlichen Anforderungen eine ungenügende Organisation einsetzen, kann der Bundesrat eine solche Organisation subsidiär einsetzen (Absatz 3). Zusätzliche Grundsätze seitens des	<i>streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Bundesrates sind nicht nötig	
cf	47a	3			<i>wird unter Vorbehalt der Anpassungen von Art. 47a, Abs. 1 und Abs. 2 E-KVG unterstützt.</i>
cf	47a	4			Art. 47 Abs. 4 Die von der Organisation erarbeitete Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den an der Organisation beteiligten Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.
cf	47b	1		Aktuell gehaltene Tarifstrukturen sind für alle Tarifpartner von Bedeutung. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei der Einzelleistungstarifstruktur im ambulanten Arztbereich. Mit einer gut funktionierenden ambulanten Tariforganisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen («Schaffung nationales Tariffbüro») kann jedoch Massnahme M25 mit Ergänzungen von anderen KVG-Bestimmungen schlanker erreicht werden. Die Lieferung der Daten an die Organisation gemäss Art. 47a kann entsprechend ebenda verankert werden.	<i>Abs. 1 in Artikel 47a integrieren und ganzer Artikel 47b streichen.</i>
cf	47b	2		Bei der Verpflichtung von Leistungserbringer und Versicherer sowie der Organisation nach Absatz 47a dem Bundesrat kostenlos Daten bekannt zu geben, ist von der primären Genehmigungskompetenz auszugehen. Erst sekundär soll die subsidiäre Kompetenz angesprochen werden. Anstatt in Art. 47b Abs. 2 kann dies in Art. 43 Abs. 5bis KVG ergänzt werden	<i>Geänderter Absatz 2 kann in Art. 43 Abs. 5bis KVG ergänzt werden. Streichen der Verbände da die Leistungserbringer und Versicherer über die Daten verfügen. Absatz anpassen auf primäre Genehmigungskompetenz des Bundesrates und erst sekundäre subsidiäre Kompetenz.</i>
cf	47b	3		Schliesslich ist der Erlass von Sanktionsbestimmungen nicht notwendig, wie das Beispiel der in diesem Bereich gut	<i>streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	47b			funktionierenden SwissDRG AG zeigt.	
cf	47c	1-7		curafutura begrüsst die Diskussion über Kostendämpfungsmassnahmen. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist in erster Linie auf einen Anstieg der Mengen, nicht der Preise, zurückführen. Es gilt festzuhalten, dass alle Stakeholder und damit nicht nur die Tarifpartner, sondern auch der Bund und die Kantone in der Pflicht stehen, kostendämpfende Massnahmen umzusetzen. curafutura erachtet jedoch den Vorschlag für den Art. 47c E-KVG als nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. In Tarifstrukturverträgen besteht heute bereits die Möglichkeit, dass Vereinbarungen betreffend Kostenneutralität oder betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen getroffen werden können. Ebenso haben die Tarifpartner heute schon die Möglichkeit, mittels Festlegung von Qualitäts- und Mengenzielen Kosteneindämmelemente in die Tarifverträge aufzunehmen. curafutura befürchtet jedoch bei einer Verpflichtung zu Massnahmen der Kostensteuerung von Versicherern und Leistungserbringern vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner. Weiter gilt zu beachten, dass Mengenziele ohne einen Benchmark von verbindlichen Kostenzielen auf nationaler Ebene schwer definierbar sind. curafutura ist deshalb der Ansicht, dass solche Massnahmen nicht kostendämpfend wirken, respektive nur umsetzbar sind, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge	<i>streichen</i>
cf	52, 52a, 52b			Mit dem Vorschlag zur gesetzlichen Grundlage des Referenzpreissystems wird einer langfristigen Forderung der	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Krankenversicherungen, des Preisüberwachers und der Konsumenten (SKS, FRC) entsprochen. Die Integration der Kostengünstigkeit für den Medikamentenbereich in das KVG ist aus Sicht von curafutura ein wichtiger und überaus positiver Schritt. Mit der Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips und der Vergütung der gleichen Leistung auf dem tiefsten heute bestehenden Preisniveau können nach Einschätzung von curafutura rund 400 Mio. Franken eingespart werden. Die durch die Kostengünstigkeit und Referenzpreise freigewordenen Gelder können dann entsprechend für neue innovative Leistungen und Medikamente frei werden. Folgende weiteren Elemente begrüsst curafutura ausdrücklich: • Implementierung eines Preis- und Qualitätswettbewerbs im Angebot der patentabgelaufenen und unter sich austauschbaren Arzneimittel. • Gleiche Regelung für alle patentabgelaufenen Wirkstoffe unabhängig von ihrem Herstellprozess (gleiche Regeln für Biosimilars). • Verpflichtung zur Festlegung eines Referenzpreises nach Patentablauf beim Markteintritt eines weiteren gleichartigen Produktes. Festlegung eines Höchstpreises zwecks Definition einer maximalen Zuzahlung zum Schutze der Versicherten. • Vorgesehener gleich hoher Vertriebsanteil für alle Medikamente in einer Referenzpreisgruppe. • Ausnahmeregelung zur Kostenübernahme eines Medikamentes mit einem Preis, der über dem Referenzpreis liegt, wenn medizinische Gründe für die Verschreibung	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			vorliegen oder der betroffene Patient von einem Wechsel der Therapie verschont werden soll. • Bereitschaft zu Flexibilität um die Versorgungssicherheit sicherzustellen. curafutura hat eine klare Präferenz für das wettbewerbliche Modell 2. Die in Modell 2 enthaltene Option, wonach die Versicherer direkt mit den Industriefirmen Preisverhandlungen führen und die Auswahl ihrer Versicherten auf eine abschliessende Liste von günstigen Medikamenten einschränken, sollte als weitere Möglichkeit zur Förderung der alternativen Versicherungsmodelle näher geprüft werden. Bei Modell 1 würde hingegen eine bestehende staatliche Preisfixierung weitergeführt, obwohl diese in den vergangenen Jahrzehnten nicht in der Lage war, den Wettbewerb im patentabgelaufenen Bereich zu simulieren. Die Abstandsregelung führte dazu, dass die Preise der generischen Wirkstoffe in der Schweiz in den letzten zehn Jahren im Durchschnitt doppelt so hoch waren wie in den Referenzländern. curafutura lehnt deshalb das vorgeschlagene Modell 1 ab und favorisiert Modell 2. Für die von curafutura empfohlenen Anpassungen zum in der Vorlage enthaltenen Modell 2 beachten Sie bitte die Fahne in Beilage 1. curafutura erachtet jedoch das Modell 2 gemäss Vernehmlassungsentwurf als sehr detailliert und schwer verständlich ausformuliert. curafutura ist überzeugt, dass sich ein wettbewerbliches Referenzpreis-System im KVG-Umfeld einfacher als vom Bundesrat vorgeschlagen umsetzen lässt: Lediglich die Grundsätze des Modells sollten auf Gesetzes-Ebene definiert werden, weitere Details sind in den	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Ausführungsbestimmungen auf Verordnungsebene zu regeln. curafutura empfiehlt dem Bundesrat, entsprechend weitergehende Anpassungen der Vorlage zu prüfen.	
cf	52	1	b		Art. 52 Abs. 1 b. erstellt das BAG eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel (Spezialitätenliste); diese enthält Preise und, sofern für das Arzneimittel ein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt, den entsprechenden Referenz- und Höchstpreis.
cf	52a	1			Art. 52a Abs. 1 Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in eine Referenzpreisgruppe eingeteilt, so vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nur den Preis des günstigeren Arzneimittels.
cf	52b	1			Art. 52b Abs. 1 Sind mindestens zwei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt. Der Höchstpreis darf höchstens 20% über dem durchschnittlichen Generikapreisniveau der Referenzländer liegen.
cf	52b	2			Art. 52b Abs. 2 Der Referenzpreis entspricht dem tiefsten gemeldeten Preis pro Packung, Dosierung und Darreichungsform. Er gilt bis zum

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

					nächsten Meldeverfahren. Falls sich bei diesem Preisniveau Versorgungsengpässe aus Preisgründen ergeben, kann der Referenzpreis auf einem höher liegenden Angebot festgelegt werden.
cf	52b	3			Art. 52b Abs. 3 Der Bundesrat kann Massnahmen zur Sicherstellung der Versorgung treffen.
cf	52b	5			<i>streichen</i>
cf	52b	7	b		<i>streichen</i>
cf	52b	7	c		<i>streichen</i>
cf	52b	7	e		<i>streichen</i>
cf	52b	8	b		<i>streichen</i>
cf	52b	8	d		<i>Art. 52b Abs. 8 d. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 6 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln wegen einem zu tiefen Preisniveau gefährdet ist.</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

cf	53	1bis		Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten, welche die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil C-623/2009 vom 8. September 2010) korrigieren soll, wird von curafutura im Grundsatz unterstützt. Es ist jedoch zu beachten, dass die eigentliche Aufsichtsaufgabe bei der Spitalplanung nicht den Krankenversicherern obliegt. Auch sollen die Versicherer damit nicht einen Teil der Planungsrolle der Kantone übernehmen.	
cf	59b	1		curafutura begrüsst, dass ein Experimentierartikel ermöglichen soll, innovative Konzepte zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu testen. Im Fokus sollen dabei die Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienzsteigerungen stehen. Mit den in Art. 59b Absatz 1 aufgezählten Projektbereichen ist curafutura im Grundsatz einverstanden. Jedoch braucht es, damit Innovation entstehen kann, möglichst viele Freiheiten, weshalb auch der dafür vorgesehene Gesetzesartikel möglichst schlank formuliert werden sollte.	Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Vereinbarungen von Tarifpartnern oder Tarifpartnern und Kantonen für Pilotprojekte genehmigen.
cf	59b	2		Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und eine Evaluation der Ergebnisse ist durchzuführen.	
cf	59b	4		Eine Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt, wie es in Absatz 4 vorgesehen ist, lehnt curafutura ab. Eine solche verunmöglicht eine positive Zusammenarbeit unter den beteiligten Akteuren und damit den Erfolg von Pilotprojekten. curafutura fordert deshalb, dass Pilotprojekte nur auf freiwilliger Basis mittels Vereinbarung zwischen den Partnern vorgesehen werden sollen. Absatz 4 ist zu streichen.	<i>streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

cf	59b	5		Für die Evaluation (Abs. 5) sollen primär die Projektpartner zuständig sein (Selbstevaluation mittels Bericht an das BAG).	
cf	Übergangs- bestimmungen	3			Abs. 3 Ein Referenzpreis für Arzneimittel in der gleichen Referenzpreisgruppe wird nach Artikel 52b festgelegt:

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
cf	XX KVG	Zusätzliche Gesetzesanpassung: Eine Ergänzung des KVG, dass jede KVG-Leistung mittels eines Identifikations-Codes der ausführenden Person zugeordnet werden kann. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. Ohne Identifikations-Codes pro Arzt ist das systematische Monitoring von Gruppenpraxen, inhomogenen Facharztpraxen, dem spitalambulantem Bereich oder von Belegärzten (stationärer Bereich) nicht möglich.	
cf	Art. 42, Abs. 3 oder neuer Abs. 3ter KVG	Zusätzliche Gesetzesanpassung: Die Rechnung muss in elektronischer und strukturierter Form an den Versicherer übermittelt werden (Ergänzung Art. 42, Abs. 3 oder neuer Abs. 3ter KVG). Dies entspricht der Forderung der Motion Grossen 18.3664 «Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern» und der Motion Buffat 18.3513 «KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren».	
cf	Art. 59, Abs. 1, lit. c KVV	Zusätzliche Verordnungssanpassung: Diagnose- und Behandlungskodierung bei ambulanten Behandlungen und Lieferung an die Krankenversicherer, da eine systematische Wirtschaftlichkeitskontrolle sowie die Kontrolle der Indikations- bzw. Output-Qualität (unnötige oder unnütze Behandlungen) ohne Angabe dieser auf der ambulanten Rechnung schwer durchführbar sind. Die notwendige Transparenz hinsichtlich der ambulanten Behandlung fehlt und die Angaben des Tessiner-Codes sind untauglich, da nur eine sehr grobe Zuordnung nach Organkapitel stattfindet. Artikel 59, Abs. 1 lit. c KVV soll folgendermassen ergänzt werden:	KVV Art. 59, Abs. 1 lit. c Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs sowie zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen notwendig sind;

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Groupe Mutuel Services SA

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

Adresse : Rue des Cèdres 5, 1919 Martigny

Personne de référence : Mme Geneviève Aguirre-Jan

Téléphone : 058 758 25 29

Courriel : gaguirrejan@groupemutuel.ch

Date : 12 novembre 2018

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	11
Autres propositions	11

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
Groupe Mutuel	Nous faisons suite à l'annonce de mise en consultation du projet de loi susmentionné et avons l'honneur de vous faire parvenir la prise de position du Groupe Mutuel.
Groupe Mutuel	Généralités En date du 14 septembre 2018, le Département fédéral de l'Intérieur a mis en consultation le 1^{er} volet des mesures destinées à freiner la hausse des coûts. Les mesures proposées font partie du programme adopté par le Conseil fédéral le 28 mars 2018 et sont tirées pour la majorité du rapport « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins » émis le 24 août 2017 par le groupe d'expert qui propose 38 mesures destinées à exploiter le potentiel d'efficacité existant et à parvenir à freiner cette hausse des coûts, surtout pour les quatre groupes de coûts les plus importants (« Hôpital stationnaire », « Consultations médicales ambulatoires », « Médicaments » et « Hôpital ambulatoire »). <i>Le Groupe Mutuel salue en général la démarche entreprise. Toutefois, les mesures telles que proposées ne peuvent être toutes admises et certaines adaptations doivent être apportées, le cas échéant.</i> <u>Mesures soutenues par le Groupe Mutuel</u> – Copie de la facture pour les assurés – Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal – Prix de référence des médicaments (modèle avec communication des prix) <u>Mesures soutenues par le Groupe Mutuel avec toutefois des réserves</u> – Renforcer le contrôle des factures – Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoires – Tarifs et pilotage des coûts : maintenir la structure tarifaire à jour – Tarifs et pilotage des coûts : mesures visant à piloter les coûts <u>Mesure refusée par le Groupe Mutuel (sauf modification)</u> – Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (sauf si suppression de la participation obligatoire au profit de mesures convaincantes) – Tarifs et pilotage des coûts : création d'une organisation tarifaire nationale (sauf s'il s'agit d'un outil à disposition des partenaires tarifaires pour élaborer et modifier la structure tarifaire Tarmed). Par souci de clarté, les différentes mesures sont évaluées et commentées séparément.

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

Groupe Mutuel	Introduction dans la LAMal d'un article expérimental (art. 59b P-LAMal) Cette mesure a pour objectif de permettre d'autoriser des projets innovants visant à limiter la hausse des coûts. Il s'agit donc de créer la base légale nécessaire pour que de tels projets pilotes puissent être mis en œuvre dans le cadre de la LAMal. <i>Le Groupe Mutuel est favorable au système des projets pilotes dans son principe, pour autant que les principes suivants soient respectés</i> : 1) la réversibilité des projets devrait toujours être possible ; 2) la sécurité du droit devrait être assurée ; 3) le droit aux prestations des assurés, l'obligation de l'admission des assurés par les assureurs et le principe de solidarité doivent rester garantis ; 4) un accompagnement scientifique des projets est à prévoir ; 5) les projets devraient être limités dans le temps. Le Groupe Mutuel note que les éléments mentionnés au chiffre 3 ne font l'objet d'aucune garantie spécifique. Or, fournir ces garanties est fondamental dans la mesure où il s'agit d'obtenir d'abord l'adhésion volontaire des assurés à participer à de tels projets, avant toute mise en œuvre de mesures coercitives (décret d'une participation obligatoire). <i>Le Groupe Mutuel propose donc que les garanties du chiffre 3 susmentionné soient retranscrites explicitement dans la loi.</i> Concernant les domaines d'application mentionnés à l'alinéa 1, <i>le Groupe Mutuel estime que la lettre d « financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires » de l'alinéa 1 devrait être supprimée.</i> En effet, la consultation 09.528 Initiative parlementaire. Financement moniste des prestations de soins, qui s'est achevée le 15 septembre 2018, traite spécifiquement ce projet. Dès lors, si par un hasard de calendrier, ce projet de loi se trouvait conjointement traité avec le présent projet au Parlement, ceci pourrait aboutir à ce qu'il soit écarté, au profit de la solution expérimentale, ce que le Groupe Mutuel ne souhaite pas. L'alinéa 5 donne la compétence au Conseil fédéral de régler dans l'OAMal les éléments fondamentaux, tels que les conditions matérielles et formelles que les projets pilotes devront remplir de manière générale. Le rapport explicatif cite une liste des conditions à remplir : 1) le projet pilote propose un modèle innovant, qui se distingue des mesures existantes et en vigueur ; 2) il est présenté en règle générale par les cantons, les fournisseurs de prestations, les assureurs ou les organisations de patients ; 3) il est limité temporellement et géographiquement ; 4) il présente les mesures proposées et les effets attendus en matière de maîtrise des coûts ; 5) il n'occasionne à moyen terme aucune augmentation des coûts, ni coût additionnel pour l'AOS, ni report de coûts sur une autre assurance sociale ; 6) les coûts de sa constitution et de son intégration sont supportés par les acteurs concernés par les projets spécifiques ; 7) le retour à la situation qui prévalait avant son autorisation est possible ; 8) il prévoit un concept d'évaluation et un rapport final par des experts externes indépendants. <i>Le Groupe Mutuel salue le fait qu'il soit prévu la condition de n'occasionner à moyen terme aucune augmentation des coûts, ni coût additionnel pour l'AOS, ni report de coûts sur une autre assurance sociale. Toutefois, le Groupe Mutuel estime qu'un projet pilote ne peut être évalué correctement que dans la mesure où les effets attendus des mesures proposées ne sont pas seulement présentés, mais justifiés. C'est-à-dire que les économies attendues soient plausibles.</i> <i>En dernier, le Groupe Mutuel est d'avis qu'un projet pilote ne peut se révéler efficace que dans la mesure où il repose sur un consensus des parties et non sur une participation forcée, qui devrait donc être supprimée au profit de mesures convaincantes. Notamment, le projet pilote devrait être déposé par deux partenaires au moins, afin de renforcer le bien-fondé, l'acceptabilité et, au final, faciliter l'adhésion volontaires des personnes</i>
-----------------------------	--

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

	<i>concernées.</i>
Groupe Mutuel	Copie de la facture pour les assurés (art. 42, al. 3, 3e phrase P-LAMal) et sanctions (art. 59, al. 1 et 3, let. g P-LAMal) L'obligation faite au fournisseur de remettre une copie de la facture à l'assuré dans le système du tiers payant prévue à l'art. 59 al. 4 OAMal est transférée dans la loi. L'assuré disposera donc d'un droit envers le fournisseur de prestations à obtenir une copie de la facture. <i>Le Groupe Mutuel souscrit à ce que l'obligation de remettre la copie de la facture dans le système du tiers payant soit attribuée aux fournisseurs de prestations.</i> Le législateur prévoit d'assortir la violation des obligations relatives à la facturation au système de sanctions prévu à l'article 59 LAMal et souhaiterait attribuer à l'assureur le soins d'entreprendre des démarches à l'encontre du fournisseur de prestations concerné auprès du tribunal arbitral prévu à l'art. 59, al. 2 LAMal. Comme déjà mentionné, l'introduction d'une obligation pour les fournisseurs de prestations de fournir une copie de la facture à l'assuré dans le système du tiers payant a pour conséquence de créer un droit pour l'assuré de réclamer une copie de la facture auprès de son fournisseur de prestations. Il s'agit donc d'aménager une voie juridique pour protéger ce droit, contre tout manquement. Dès lors, il appartient donc à l'assuré en particulier de pouvoir faire valoir son droit auprès d'une instance ad hoc. Imposer aux assureurs l'obligation d'ouvrir des procédures contre un fournisseur de prestations pour faire sanctionner ce type de manquement occasionne un accroissement de la charge administrative, susceptible d'augmenter les coûts administratifs et donc au final les primes. Par ailleurs, cette surveillance ne permettrait pas d'obtenir de substantielles économies, comme dans le cas de lutte contre la polypragmasie, et ne serait donc au final pas bénéfique pour l'AOS du point de vue économique. <i>Le Groupe Mutuel s'oppose à la modification de l'art. 59 LAMal. Il demande à ce que les violations des dispositions relatives à la facturation soient sanctionnées dans le cadre d'une procédure ad hoc, ouverte par l'assuré à l'encontre du fournisseur de prestations.</i>
Groupe Mutuel	Renforcer le contrôle des factures L'objectif de cette mesure est de favoriser une application plus rigoureuse de la loi en matière de remboursement des prestations à charge de l'AOS. Il ne s'agit donc pas de renforcer l'arsenal législatif, mais d'encourager les assureurs-maladie qui sont chargés de vérifier le bien-fondé du remboursement des factures soumises, à exercer un contrôle pointilleux, par le biais d'audits sur place élargis aux processus. L'objectif est au final, de récolter suffisamment de renseignements sur les méthodes appliquées par les assureurs-maladie pour exercer leur contrôle et de fixer, si besoin est, des normes minimales. Le législateur a souhaité que l'AOS soit appliquée dans un environnement concurrentiel afin d'exercer une pression à la baisse sur les primes. Dans ce contexte, le contrôle du remboursement des prestations à charge de l'AOS est un élément clé, puisqu'il influe directement sur le niveau des primes. Dès lors, les assureurs-maladie ont un intérêt essentiel à aménager des contrôles de factures performants. Permettre aux assureurs-maladie d'améliorer la qualité des contrôles qui leur incombent est louable, mais cela doit s'effectuer en respectant le cadre concurrentiel posé par le législateur. Ainsi, la création d'une organisation tierce de contrôle des factures, telle que prévue en Allemagne et

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

	présentée dans le rapport « Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins » émis le 24 août 2017 par le groupe d'expert, ne pourrait être admise, puisqu'elle dépouillerait partiellement les assureurs-maladie d'une de leur prérogative majeure. L'amélioration de la qualité des contrôles pourrait en revanche se traduire par l'extension des moyens mis à leurs dispositions, notamment en ce qui concerne l'accès et l'utilisation de données de prestataires (par exemple avoir la possibilité de constituer des historiques de factures pour un prestataire particulier). <i>Le Groupe Mutuel soutient la démarche pour autant qu'elle permette aux assureurs-maladie de développer des possibilités de contrôle, sans amoindrir le cadre concurrentiel fixé par le législateur.</i>
	Promouvoir les forfaits dans le domaine ambulatoires (art. 43, al. 5, 1ère phrase P-LAMal) La mesure correspond au vœu du Groupe Mutuel. Elle permet de simplifier le système de tarification et de baser la rémunération sur la base des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Elle évite les mauvais incitatifs liés à la tarification à l'acte et évite de contourner les adaptations tarifaires. <i>Le Groupe Mutuel salue la modification proposée, mais estime que la tâche de convenir de forfaits doit incomber en principe aux partenaires tarifaires (maintien de leur autonomie tarifaire) et non pas à une organisation tarifaire nationale. Les forfaits doivent d'une part se baser sur une structure tarifaire uniforme au niveau suisse et d'autre part contenir d'autres prestations (médicaments, produits Lima, etc.). Les principes d'adéquation, d'économicité et d'efficacité doivent être respectés dans tous les cas.</i>
	Tarifs et pilotage des coûts : création d'une organisation tarifaire nationale (art. 47a P-LAMal) Il s'agit ici de mettre sur pied une organisation paritaire composée de représentants de toutes les fédérations de fournisseurs des prestations et des fédérations des assureurs. Il appartient aux fédérations susmentionnées de créer une telle institution et de la rendre conforme aux exigences légales, faute de quoi, c'est le Conseil fédéral qui s'en charge. Celui-ci se réserve en outre le droit d'établir des principes relatifs à la forme et au fonctionnement (composition, processus de décision, modalités de décisions, financement, niveau de données à fournir, ...). L'organisation reste libre d'aménager les structures tarifaires, dans les limites du cadre légal (autonomie tarifaire). <i>Le Groupe Mutuel n'est favorable à une telle organisation que si celle-ci fonctionne au titre de plateforme où sont centralisées toutes les données nécessaires à l'élaboration et modifications des structures tarifaires et qu'elle se limite au domaine Tarmed. Dans tous les cas la structure tarifaire négociée resterait au final du ressort des partenaires tarifaires. C'est donc à eux que reviendrait la responsabilité de la soumettre au Conseil fédéral pour approbation.</i> <i>L'organisation pourrait s'inspirer du modèle SwissDRG SA. Toutefois, certains principes devraient être respectés : a) les acteurs doivent fournir toutes les données pertinentes pour l'élaboration de la structure tarifaire Tarmed, et celles-ci doivent être accessibles aux autres partenaires de la négociation ; b) le système de décision doit tenir compte de la représentativité des acteurs en présence, afin de ne pas déséquilibrer le rapport entre prestataires tarifaires et diminuer l'efficacité des décisions en matière d'économicité ; c) un mécanisme de pilotage des coûts (y c. sanctions et</i>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

	<i>correctifs) devrait être mis sur pied ; d) la structure tarifaire doit être conforme aux principes d'adéquation, d'économicité et d'efficacité.</i> <i>Le Groupe Mutuel demande à ce que l'art. 47a P-LAMal soit complété dans ce sens.</i>
	Tarifs et pilotage des coûts : maintenir la structure tarifaire à jour (art. 47b, al. 2 et 3 P-LAMal) Il s'agit d'instaurer en l'occurrence des obligations de communiquer gratuitement certaines données nécessaires à l'accomplissement de certaines tâches, à charge de différents acteurs de la santé, avec le cas échéant une sanction à la clé en cas de manquement. Le premier alinéa impose aux fournisseurs de prestations de communiquer gratuitement à l'organisation visée à l'art. 47a P-LAMal les données nécessaires à l'élaboration, au développement, à l'adaptation et à la maintenance des structures tarifaires pour les traitements ambulatoires. Le second alinéa impose aux fournisseurs de prestations, aux assureurs et à leurs fédérations respectives ainsi que à l'organisation visée à l'art. 47a P-LAMal de communiquer gratuitement au Conseil fédéral les données nécessaires à la fixation, à l'adaptation et à l'approbation des tarifs et des prix, sous peine de sanction. <i>Le Groupe Mutuel est prêt à livrer les données nécessaires pour l'élaboration de la structure tarifaire Tarmed à l'organisation visée à l'art. 41a P-LAMal, via les associations faïtières (voir plus bas). Concernant l'alinéa 2, le Groupe Mutuel estime le Conseil fédéral ne devrait pouvoir disposer des données que lorsqu'il doit effectivement fixer ou approuver la structure tarifaire. Dans ce cas de figure, il incombe à l'organisation visée à l'art. 47a P-LAMal de transmettre les données nécessaires. Par ailleurs, en ce qui concerne les assureurs, les données ne devraient pouvoir être collectées qu'auprès de leurs associations faïtières uniquement. Celles-ci devraient fournir des données agrégées. La collecte des données devrait être précisée quant à son ampleur et à son but.</i> <i>Le Groupe Mutuel propose donc que l'alinéa 2 de l'art. 47b P-LAMal soit modifié.</i>
Groupe Mutuel	Tarifs et pilotage des coûts : mesures visant à piloter les coûts (art. 47c P-LAMal) Cet article pose le principe de l'obligation pour les fournisseurs de prestations ou leurs fédérations et les assureurs ou leurs fédérations (ci-après : les partenaires tarifaires) de s'accorder sur des mesures visant à piloter les coûts dans des conventions dont la validité s'étend à toute la Suisse et qui auront été approuvées par le Conseil fédéral. Les fournisseurs de prestations et les assureurs ne doivent pas impérativement prévoir les mesures visant à piloter les coûts dans des conventions tarifaires ; ils peuvent aussi en convenir dans des conventions séparées valables à l'échelle suisse. Si les fournisseurs de prestations, les assureurs ou leurs fédérations respectives ne peuvent s'entendre sur les mesures visant à piloter les coûts, le Conseil fédéral les fixe. <i>Pour le Groupe Mutuel, la primauté des négociations des partenaires tarifaires en matière de mécanisme de pilotage des coûts doit être conservée. Toutefois, si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre, le Conseil fédéral peut disposer d'une compétence subsidiaire. Cette dernière ne doit toutefois pas porter sur la fixation d'un plafond mais sur la détermination d'un modèle ou de mesures pour piloter les coûts. Par conséquent, le Groupe Mutuel est plutôt favorable à l'art 47c LAMal, tel que proposé dans le projet mis en consultation par le Conseil fédéral pour maîtriser les coûts AOS. Il s'oppose par contre aux alinéas 5 et 6. En effet, le Conseil fédéral ne doit pas pouvoir établir les principes régissant la définition des mesures visant à piloter les coûts (art. 47c al. 5 P-LAMal). Dans le cas contraire, il limiterait fortement la marge de manœuvre des</i>

Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation

	<i>partenaires tarifaires. En outre, aucune donnée supplémentaire ne devrait lui être transmise pour la fixation, de manière subsidiaire, du mécanisme permettant de piloter les coûts (art. 47c al. 6 P-LAMal).</i>
Groupe Mutuel	Système de prix de référence pour les médicaments - Généralités Le système de prix de référence doit inciter à ce que, lorsqu'un médicament peut être substitué par un autre, le choix porte sur un médicament dont le prix est inférieur au prix de référence. Cela doit notamment favoriser une remise accrue de génériques et de biosimilaires et permettre ainsi des économies en faveur de l'AOS. Dans un tel système, un prix maximal est fixé pour une substance active ou une composition de substances actives données. Seul ce prix dit de référence est remboursé par l'AOS. Si le médicament remis à l'assuré est plus cher, ce dernier paie la différence. Le système du prix de référence est complété par une adaptation du droit de substitution. Dans la mesure où elle s'appliquerait aux médicaments interchangeables non soumis au système de prix de référence (c.-à-d. lorsque pas plus de deux médicaments ayant la même composition de substances actives sont inscrits dans la liste des spécialités). <i>Le Groupe Mutuel se déclare favorable à l'introduction d'un système du prix de référence apte à occasionner d'importantes économies en faveur de l'AOS. Le choix de la méthode est important dans la mesure où elle détermine l'ampleur des économies.</i>
Groupe Mutuel	Système de prix de référence pour les médicaments - Prise en charge de médicaments, sans prix de référence (art. 52a P-LAMal) Il s'agit de permettre aux pharmaciens de remplacer des préparations originales de la liste des spécialités sans prix de référence, par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la remise d'une préparation originale, et pour autant qu'ils soient tout aussi adéquats que les autres du point de vue médical pour l'assuré. Pour que les exceptions éventuelles soient gérées de façon plus restrictive, mais aussi plus homogène, le Conseil fédéral peut fixer les conditions auxquelles les médicaments doivent répondre pour être réputés tout aussi adéquats du point de vue médical. Afin de respecter la liberté de choix des assurés, il doit aussi être possible de se faire remettre le médicament plus coûteux même si l'adéquation médicale est la même. La personne qui prescrit ou remet ce médicament doit informer l'assuré du fait que l'AOS ne prend en charge que le prix du médicament meilleur marché. <i>Le Groupe Mutuel est favorable au système de substitution proposé à l'article susmentionné qui devrait permettre d'augmenter de façon substantielle la part de génériques et occasionner ainsi une réduction des coûts des médicaments à charge de l'AOS. Dans tous les cas, la praticabilité administrative doit être garantie et les modalités doivent être raisonnables pour l'assuré.</i> <i>Dans l'ensemble et par principe, le Groupe Mutuel est également ouvert à tout autre système apte à accroître la diffusion des génériques et abaisser leurs prix.</i>

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Groupe Mutuel	Système de prix de référence pour les médicaments - Prise en charge de médicaments, avec prix de référence Deux système de calcul du prix de référence sont présentés soit le « modèle avec réduction de prix » et le « modèle avec communication du prix ». santésuisse a pour sa part élaboré son propre modèle qui se base en partie sur le « modèle avec communication des prix ». Tous les modèles partent du même principe : pour qu'un prix de référence soit fixé, il faut qu'au moins trois médicaments ayant la même composition de substances actives soient inscrits dans la liste des spécialités. Modèle avec réduction de prix Dans cette variante, lorsque trois médicaments ayant la même composition de substances actives sont inscrits dans la liste des spécialités, le prix de référence correspond au niveau de prix calculé sur la base de la comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger, écarts de prix appropriés compris (niveau de prix des génériques, cf. art. 65b, al. 2, let. a, et 65c OAMal). Ce prix correspond en même temps au prix maximal. En outre, une réduction fixe est opérée sur le prix maximal des génériques, pour le calcul du prix de référence, lorsqu'il existe au moins quatre médicaments ayant la même composition de substances actives. Le Conseil fédéral fixera le niveau de la réduction par voie d'ordonnance. Suivant la situation en matière d'approvisionnement, il pourra fixer des réductions différentes en fonction du volume de marché de la substance active. Modèle avec communication des prix Si au moins trois médicaments ayant la même composition de substances actives sont inscrits dans la liste des spécialités, l'OFSP fixe le prix de référence sur la base du tiers en moyenne le plus avantageux des médicaments inscrits sur la liste. Par souci de sécurité de l'approvisionnement, un supplément (par ex. de 10 %) peut être ajouté au tiers en moyenne le plus avantageux. Pour les médicaments soumis au système de prix de référence, les titulaires d'autorisation doivent communiquer régulièrement leurs prix à l'OFSP, compte tenu qu'après la première fixation du prix de référence, le contrôle et le calcul de ce prix se basent sur les prix (de fabrique) effectifs des médicaments. Modèle de santésuisse Ce modèle se fonde sur la variante « Modèle avec communication des prix » mais applique le principe du prix le plus avantageux (« Kostengünstigkeitsprinzip ») énoncé dans la LAMal, au lieu du prix moyen du tiers le plus avantageux des médicaments. Concrètement, le prix du médicament le moins cher correspond au prix de référence. Le modèle de santésuisse prévoit également une introduction échelonnée du prix de référence sur trois ans afin de ne pas compromettre la sécurité d'approvisionnement, ainsi que la part de distribution d'un groupe de référence soit fixée uniformément pour tous les médicaments qui y figurent. <i>Le Groupe Mutuel se prononce en faveur du modèle avec communication des prix qui permet aux assureurs de négocier avec les producteurs des prix encore plus avantageux. Cela introduit donc un élément de concurrence entre les producteurs qui est un levier supplémentaire pour abaisser les coûts de la santé. Dans tous les cas, la praticabilité administrative doit être garantie et les modalités doivent être raisonnables pour l'assuré.</i> <i>Dans l'ensemble et par principe, le Groupe Mutuel est également ouvert à tout autre système apte à accroître la diffusion des génériques et</i>
----------------------	--

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

	<i>abaisser leurs prix.</i>
Groupe Mutuel	Droit de recours des organisations d'assureurs contre les décisions des gouvernements cantonaux selon l'art. 39 LAMal (art. 53, al. 1bis P-LAMal) Cette mesure ne fait pas partie du catalogue des mesures du rapport d'expert. Elle est issue de la motion « 18.378 Etablissement des listes cantonales d'hôpitaux et d'EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie », inspirée par l'initiative parlementaire « 17.460 Iv. pa. Brand Heinz, UDC. Etablissement des listes cantonales des hôpitaux et des EMS. Participation et codécision des assureurs-maladie » que le Groupe Mutuel a soutenues. L'introduction de ce nouvel article ne peut être que saluée et soutenue pour les raisons invoquées dans le rapport explicatif, notamment la mise à égalité de la protection des intérêts des assureurs-maladie (et donc des payeurs de primes) avec ceux des fournisseurs de prestations dans le cadre de l'établissement de la planification et de la liste des hôpitaux. Par ailleurs, le Groupe Mutuel relève que dans le cadre de la discussion sur l'introduction d'un financement uniforme, les cantons demandent, en échange d'un cofinancement, des instruments de pilotage dans le secteur ambulatoire. Dès lors, cet argument aurait dû être utilisé depuis longtemps pour impliquer les assureurs dans le pilotage du domaine stationnaire. <i>Le Groupe Mutuel se déclare donc en faveur de l'introduction de l'art. 53, al. 1bis P-LAMal, tel que proposé.</i>
Groupe Mutuel	Mesures à prendre dans l'assurance-accidents et l'assurance militaire Le Groupe Mutuel n'a pas de commentaire à formuler.
Groupe Mutuel	Mesures à prendre dans l'assurance-invalidité Le Groupe Mutuel n'a pas de commentaire à formuler.
Groupe Mutuel	Disposition transitoire Le Groupe Mutuel n'a pas de commentaire à formuler.
	Nous vous remercions de l'attention que vous voudrez bien porter à nos remarques et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée. Dr Thomas J. Grichting Directeur – Secrétaire général Geneviève Aguirre-Jan Experte Senior

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

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					
	art.	al.	let.	commentaire / observation :	Proposition de modification (texte)
Groupe Mutuel				Le Groupe Mutuel renonce au stade actuel à commenter les propositions d'articles quant à leur rédaction.	

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
Groupe Mutuel		Le Groupe Mutuel renonce au stade actuel à commenter les propositions d'articles quant à leur rédaction.	

Helsana Versicherungen AG

Gesundheitspolitik
Zürichstrasse 130
beim Bahnhof Stettbach
www.helsana.ch

Postadresse:
Postfach
8081 Zürich

Zuständig: Guido Klaus
Direktwahl: 058 340 68 82
guido.klaus@helsana.ch

Helsana

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Leistungen
per E-Mail an: abteilung-leistungen@bag.admin.ch;
gever@bag.admin.ch

Stettbach, 4. Dezember 2018

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1): Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir zum vorliegenden Gesetzesentwurf Stellung. Die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stellt das Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen. Rasch umsetzbare aber auch nachhaltige Massnahmen der Kostendämpfung sind dringend notwendig und sämtliche Akteure des Gesundheitswesens müssen ihre Verantwortung wahrnehmen.

Grundsätzliche Bemerkungen

Helsana hat sich auch im Rahmen der eingereichten Vernehmlassungsantwort von Curafutura einbringen können. Beim Experimentierartikel, bei den vorgeschlagenen Massnahmen im Tarifbereich sowie beim Beschwerderecht für Versichererverbände verweisen wir deshalb auf die Positionen und abgeleiteten Forderungen von Curafutura. Gerne ergreifen wir jedoch die Möglichkeit, detailliert zu weiteren zentralen Punkten Stellung zu nehmen.

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Die Wichtigkeit/Sinnhaftigkeit der Einführung eines Referenz- oder Festbetragssystems ist unbestritten. Heute verhindern administrierte Preise ausgerechnet bei patentabgelaufenen Arzneimitteln den Wettbewerb, obwohl hier verschiedene untereinander austauschbare Medikamente erhältlich sind. Das Referenzpreis-System muss deshalb so ausgestaltet werden, dass sich wenigstens im patentabgelaufenen Bereich die Konkurrenz unter den Anbietern positiv auf den Qualitäts- und Preiswettbewerb auswirken kann.

Wir erlauben uns hiermit, einen konkreten Vorschlag zur Ausgestaltung eines effektiven Referenzpreissystems ohne unnötige Detailregulierung auf Ebene KVG vorzuschlagen und verweisen auf das beiliegende Gutachten von Dr. Markus Moser (*Referenzpreissystem bei Arzneimitteln. Gegenentwurf und Erläuterungen zum Vorschlag des BAG vom 19.11.2018*). Dabei orientiert sich der Referenzpreis grundsätzlich an dem aus einem Offertverfahren resultierenden günstigsten Preis der untereinander austauschbaren Arzneimittel. Der Bundes-

rat regelt die weiteren Einzelheiten auf Verordnungsebene dahingehend, dass die effiziente Versorgung sichergestellt werden kann und die Anbieter von günstigen Arzneimitteln erleichterten Marktzugang erhalten. Damit kann die Flexibilität auch für künftige Entwicklungen im Medikamentenmarkt aufrechterhalten werden – beispielsweise dann, wenn neue Therapieansätze auf den Markt kommen oder sich zeigen sollte, dass der Schweizer Markt zu klein ist für ein Offertverfahren. Ausserdem müssen die falschen finanziellen Anreize (preisabhängige Margen) bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten eliminiert werden.

Fazit

Das Referenzpreissystem ist sinnvoll. Doch die vom Bundesrat vorgeschlagenen Modelle sind unserer Ansicht nach nicht umsetzbar. Anstatt das Referenzpreissystem im KVG bis ins letzte Detail festzulegen, reichen Grundsätze vollkommen aus. Die vorgeschlagenen Bestimmungen gemäss beiliegendem Gutachten vereinfachen die gesetzliche Ausgestaltung eines Referenzpreis-Systems, welches auch künftig die nötige Flexibilität in einem sich schnell verändernden Marktumfeld behält.

Wir bitten Sie, unsere Anregungen zur Kenntnis zu nehmen und bei der Überarbeitung der Vorlage zu berücksichtigen. Besten Dank.

Freundliche Grüsse



Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik



Guido Klaus
Leiter Ökonomie und Politik

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Helsana Versicherungen AG

Abkürzung der Firma / Organisation : Helsana

Adresse : Postfach, 8081 Zürich

Kontaktperson : Guido Klaus

Telefon : 058 340 68 82

E-Mail : guido.klaus@helsana.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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	18
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Helsana	Helsana begrüsst den Willen des Bundesrats, die Entwicklung der Gesundheitskosten mit konkreten Massnahmen zu dämpfen.
Helsana	Helsana unterstützt einen schlank formulierten Experimentierartikel, der innovative Bottom-up Versorgungsprojekte ermöglicht. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt lehnt Helsana jedoch ab.
Helsana	Helsana unterstützt die gesetzlichen Anpassungen zur Sicherstellung der Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person. Helsana empfiehlt zudem zusätzliche Massnahmen, damit die Krankenversicherer ihre Kernaufgabe der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle künftig noch besser wahrnehmen können.
Helsana	Helsana begrüsst ferner den wichtigen Schritt, dass der Bundesrat die Anreize für einzelne Tarifpartner stärken will, die Tarifstrukturen gemeinsam weiterzuentwickeln. Helsana unterstützt die Schaffung einer ambulanten Tariforganisation jedoch explizit nur für die Erarbeitung und Anpassung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und nicht für alle Tarifstrukturen und nur unter Einbezug der wesentlichen Tarifpartner.
Helsana	Mit einer gut funktionierenden ambulanten Tariforganisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen («Schaffung nationales Tarifbüro») kann auch Massnahme M25 zur Datenlieferungspflicht für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise mit Ergänzungen von anderen KVG-Bestimmungen erreicht werden.
Helsana	Kosteneindämmelemente können heute bereits freiwillig von den Tarifpartnern in Tarifverträge aufgenommen werden. Helsana befürchtet jedoch bei einer Verpflichtung zu Massnahmen der Kostensteuerung von Versicherern und Leistungserbringern vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner. Helsana ist deshalb der Ansicht, dass solche Massnahmen nicht kostendämpfend wirken werden, respektive nur umsetzbar sind, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.
Helsana	M15 «Pauschalen im ambulanten Bereich» müssen individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vorangetrieben werden. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und darf nicht gesetzlich fixiert werden.
Helsana	Helsana begrüsst die Einführung eines Referenzpreissystems. Die beiden vom Bundesrat skizzierten Modelle erachtet Helsana jedoch als ungeeignet. Modell 1 lässt keine dynamische Preisbildung zu und die Preise werden weiterhin vom BAG administriert. Durch die Offertverfahren beinhaltet Modell 2 zwar die gewünschte wettbewerbliche Preisbildung, vermag aber aufgrund des viel zu hohen und unverständlichen Detaillierungsgrads nicht zu überzeugen. Es fehlen insbesondere Regeln gegen allfällige Preisabsprachen. Ein konkreter Vorschlag zur

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	Ausgestaltung eines effektiven Referenzpreissystems ohne unnötige Detailregulierung auf Ebene KVG (siehe Beilage, Gutachten von Dr. Markus Moser: Referenzpreissystem bei Arzneimitteln. Gegenentwurf und Erläuterungen zum Vorschlag des BAG. 19.11.2018) liegt unserem Schreiben bei. Der Bundesrat regelt die weiteren Einzelheiten auf Verordnungsebene dahingehend, dass eine effiziente Versorgung gewährleistet ist und die Anbieter von günstigen Arzneimitteln erleichterten Marktzugang erhalten. Helsana ist überzeugt, dass auf dieser Basis ein Modell mit Preis- und Qualitätswettbewerb eingeführt werden kann und gleichzeitig die Versorgung sichergestellt wird.
Helsana	Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten wird von Helsana unterstützt. Ein Beschwerderecht bei den vom BAG administrierten Medikamentenpreisen (SL) fehlt leider weiterhin.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Helsana	42	3		Wie der Bundesrat im Erläuterungsbericht erwähnt, ist die Rechnungskontrolle in erster Linie Sache der Versicherer. Die versicherten Personen spielen allerdings eine wichtige Rolle bei der Rechnungsprüfung. Denn nur sie können sagen, ob eine Leistung auch wirklich erbracht worden ist. Helsana unterstützt deshalb den Vorschlag, wonach Patientinnen und Patienten nach einem Arzt- oder Spitalbesuch in jedem Fall eine verständliche Rechnungskopie erhalten. Deshalb ist Helsana mit der Ergänzung von Art. 42, Abs. 3 einverstanden.	
Helsana	43	5		Helsana steht Pauschalen im ambulanten Bereich grundsätzlich offen gegenüber. Sie müssen jedoch individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vereinbart werden. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und soll nicht gesetzlich fixiert werden. Die Tarifaufonomie würde damit entscheidend geschwächt. Helsana lehnt deshalb die Anpassung zum Art. 43, Abs. 5 KVG ab. Aus denselben Gründen spricht sich Helsana dagegen aus, dass die Tariforganisation im ambulanten Bereich (M34) auch für Pauschalen im ambulanten Bereich zuständig sein soll. Das Verhandeln von Pauschalen ist Sache der Tarifpartner. Die Tarifpartner wissen am besten, für welche Leistungen eine Pauschale geeignet	<i>Art. 43 Abs. 5 "sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschalen" streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				wäre. Vielmehr ist von Bedeutung, dass die Einzelleistungstarifstrukturen erneuert werden – und zwar unabhängig davon, ob die Tarifpartner künftig häufiger Pauschalen verhandeln oder nicht.	
Helsana	44	1		Rein redaktionelle Anpassung fürs Referenzpreissystem mit Hinweis auf Art. 52.	<i>Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz</i>Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), sowie für Arzneimittel mit einem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1 Bst. c) bleiben vorbehalten.
Helsana	47a	1		Helsana unterstützt die Schaffung einer ambulanten Tariforganisation nur unter der Voraussetzung, dass diese ausschliesslich für die Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist. Es wäre nicht zielführend, sämtliche ambulanten Tarifstrukturen von einer alles umspannenden Tariforganisation erarbeiten zu lassen. Eine solche Organisation wäre durch die Integration aller Interessen nicht handlungsfähig, weshalb Helsana diese entschieden ablehnt. Von Bedeutung ist für Helsana auch, dass die weiteren Tarife nach Art. 43 KVG (Zeittarif, Pauschaltarif, etc.) auf der Basis individueller Tarifvereinbarungen möglich bleiben. Eine nationale Organisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen muss paritätisch zusammengesetzt sein und die wesentlichen Tarifpartner müssen entsprechend Einsitz haben. Dies soll für alle Tariforganisationen gemäss KVG (also auch für die SwissDRG AG, Anpassung Art. 49) gelten. Wichtig ist	47a Abs. 1 Die wesentlichen Tarifpartner im Bereich der Sozialversicherungen setzen gemeinsam eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				auch, dass die Tarifstruktur und deren Anpassungen von den wesentlichen Tarifpartnern eingereicht werden – nicht von der Tariforganisation.	
Helsana	47a	2		Absatz 2 kann gestrichen werden, da unnötig. Sollten die Tarifpartner keine oder gemessen an den gesetzlichen Anforderungen eine ungenügende Organisation einsetzen, kann der Bundesrat eine solche Organisation subsidiär einsetzen (Absatz 3). Zusätzliche Grundsätze seitens des Bundesrates sind nicht nötig	<i>streichen</i>
Helsana	47a	3			<i>wird unter Vorbehalt der Anpassungen von Art. 47a, Abs. 1 und Abs. 2 E-KVG unterstützt.</i>
Helsana	47a	4			Art. 47 Abs. 4 Die von der Organisation erarbeitete Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den an der Organisation beteiligten Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.
Helsana	47b	1		Aktuell gehaltene Tarifstrukturen sind für alle Tarifpartner von Bedeutung. Handlungsbedarf besteht insbesondere bei der Einzelleistungstarifstruktur im ambulanten Arztbereich. Mit einer gut funktionierenden ambulanten Tariforganisation zur Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen sollte dies gewährleistet sein.	
Helsana	47b	2		Die generelle Verpflichtung für Leistungserbringer und Versicherer sowie der Organisation nach Absatz 47a, dem Bundesrat systematisch alle Daten bekannt zu geben, ist unverhältnismässig. Erst sekundär/subsidiär soll die Pflicht	Art. 47b Abs. 2 Können sich Versicherer und Leistungserbringer gemäss Art. 43 Abs. 5bis nicht auf eine sachgerechte Tarifstruktur einigen, sind sie verpflichtet, dem Bundesrat

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				zur Datenlieferung geregelt werden werden. Nämlich erst dann, wenn sich die Tarifpartner gemäss Art. 43 Abs. 5bis nicht einigen können und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Anwendung kommt.	diejenigen Daten kostenlos bekannt zu geben, die für die Anpassung der Tarifstruktur notwendig sind. .
Helsana	47b	3		Schliesslich ist der Erlass von Sanktionsbestimmungen nicht notwendig, wie das Beispiel der in diesem Bereich gut funktionierenden SwissDRG AG zeigt.	<i>streichen</i>
Helsana	47c	1-7		Helsana begrüsst die Diskussion über Kostendämpfungsmassnahmen. Der Kostenanstieg im Gesundheitswesen ist in erster Linie auf einen Anstieg der Mengen, nicht der Preise, zurückführen. Es gilt festzuhalten, dass alle Stakeholder und damit nicht nur die Tarifpartner, sondern auch der Bund und die Kantone in der Pflicht stehen, kostendämpfende Massnahmen umzusetzen. Helsana erachtet jedoch den Vorschlag für den Art. 47c E-KVG als nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. In Tarifstrukturverträgen besteht heute bereits die Möglichkeit, dass Vereinbarungen betreffend Kostenneutralität oder betreffend Kontrolle und Steuerung von Leistungen getroffen werden können. Ebenso haben die Tarifpartner heute schon die Möglichkeit, mittels Festlegung von Qualitäts- und Mengenzielen Kosteneindämmungselemente in die Tarifverträge aufzunehmen. Helsana befürchtet jedoch bei einer Verpflichtung zu Massnahmen der Kostensteuerung von Versicherern und Leistungserbringern vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner. Helsana ist deshalb der Ansicht, dass solche Massnahmen nicht kostendämpfend wirken, respektive	<i>Art. 47c Abs. 1-7 streichen</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				nur umsetzbar sind, wenn gleichzeitig eine Anpassung der Rahmenbedingungen erfolgt: Die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge	
Helsana	52, 52a, 52b			Die Wichtigkeit der Einführung eines Referenz- oder Festbetragssystems ist unbestritten. Mit dem Vorschlag zur gesetzlichen Grundlage des Referenzpreissystems wird einer langfristigen Forderung entsprochen. Folgende weiteren Elemente begrüsst Helsana ausdrücklich: • Implementierung eines Preis- und Qualitätswettbewerbs im Angebot der patentabgelaufenen und unter sich austauschbaren Arzneimittel. • Gleiche Regelung für alle patentabgelaufenen Wirkstoffe unabhängig von ihrem Herstellprozess (gleiche Regeln für Biosimilars). • Gleich hoher Vertriebsanteil für alle Medikamente in einer Referenzpreisgruppe. • Ausnahmeregelung zur Kostenübernahme eines Medikamentes mit einem Preis, der über dem Referenzpreis liegt, wenn medizinische Gründe für die Verschreibung vorliegen oder der betroffene Patient von einem Wechsel der Therapie verschont werden soll. Helsana erachtet jedoch Modell 2 gemäss Vernehmlassungsentwurf als sehr detailliert und schwer verständlich ausformuliert. Darum präsentieren wir mit dem von Dr. M. Moser erarbeiteten Gegenvorschlag ein alternatives Modell, welches ohne unnötige Detailregulierung eine KVG-Regelung ermöglicht. Beachten Sie bitte dazu das Gutachten von Dr. M. Moser <i>(Referenzpreissystem bei Arzneimitteln. Gegenentwurf und Erläuterungen zum Vorschlag des BAG vom</i>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				19.11.2018) in der Beilage.. Der Referenzpreis orientiert sich grundsätzlich an dem aus einem Offertverfahren resultierenden günstigsten Preis der untereinander austauschbaren Arzneimittel. Der Bundesrat regelt die weiteren Einzelheiten auf Verordnungsebene dahingehend, dass die effiziente Versorgung sichergestellt werden kann und die Anbieter von günstigen Arzneimitteln erleichterten Marktzugang erhalten. Damit kann die Flexibilität auch für künftige Entwicklungen im Medikamentenmarkt aufrechterhalten werden – beispielsweise dann, wenn neue Therapieansätze auf den Markt kommen oder sich zeigen sollte, dass der Schweizer Markt zu klein ist für ein Offertverfahren. Ausserdem müssen die falschen finanziellen Anreize (preisabhängige Margen) bei der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten eliminiert werden.	
Helsana	52	1	b	Hier wird im Gegensatz zum Entwurf des BAG vorgeschlagen, dass in der SL für Arzneimittel im Referenzpreissystem neben dem Referenzpreis auch der von der Zulassungsinhaberin festgelegte bzw. offerierte Preis angegeben wird. Dies dient der Transparenz. Die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem für das Arzneimittel verlangten Preis soll aus der SL hervorgehen. Leistungserbringer, Versicherte und Versicherer sollen nicht auf zusätzliche Publikationen von Arzneimittelpreisen angewiesen sein. Zu beachten ist auch, dass die OKP höchstens den Referenzpreis vergütet. Auch aus diesem Grund muss der von der Zulassungsinhaberin allenfalls abweichende Preis bekannt sein.	Art. 52 Abs. 1 Bst. b erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Bei Arzneimitteln, für welche ein Referenzpreis nach Buchstabe c gilt, wird sowohl der von der Zulassungsinhaberin festgelegte Preis wie der Referenzpreis angegeben.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Helsana	52	1	c	Neuer Buchstabe Die Festlegung der Referenzpreise ist, wie dies vom BAG begründet wird, keine Verfügung im Sinne von Art. 5 VwVG (SR 172.02) sondern wie die Analysenliste ein Akt der Rechtsetzung. Die in der Vernehmlassungsvorlage angegebenen Gründe (Klare Vorgaben durch Berechnungsschemata, Parallelität zur SL, Koordination der Preisfestlegung für alle Arzneimittel durch ein und dieselbe Stelle), weshalb eine solche Verordnung vom BAG erlassen werden soll, überzeugen nicht. Das Referenzpreissystem soll sich gerade nicht an der Regelung über die Festlegung der SL-Preise durch das BAG orientieren, wie dies im «Modell mit Preisabschlag» vorgeschlagen wird. Zudem wird es auch im Referenzpreissystem Ermessensentscheide geben, insbesondere bezüglich der Frage, ob und wieweit mit Rücksicht auf eine sichere Versorgung mit Arzneimitteln vom Ergebnis des reinen Preisvergleichs abgewichen werden soll. Es ist richtig, das Referenzpreissystem nicht auf Generika zu beschränken und daher diesen Begriff im KVG nicht mehr zu erwähnen. Ob mit dem Begriff «Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung» die angestrebte Ausdehnung auf Biosimilars erreicht wird, sollte noch näher abgeklärt werden. Dieser Begriff wird in der Heilmittelgesetzgebung (Art. 4 Abs. 1 HMG; Art. 2 AMBV) nämlich nicht definiert. Hier wird als Kriterium für die Anwendung des Referenzpreissystems vorgeschlagen, dass der Wirkstoff für die Behandlung einer bestimmten Krankheit austauschbar sein muss. Diese Austauschbarkeit ist grundsätzlich gegeben, wenn	Art. 52 Abs. 1 Bst. c erlässt das Departement für Arzneimittel der Spezialitätenliste, deren Wirkstoffe für die Behandlung einer bestimmten Krankheit austauschbar sind, den Referenzpreis, der von der obligatorischen Krankenversicherung höchstens vergütet wird. Es kann für diese Arzneimittel auch den Preis festlegen, den die Leistungserbringer der versicherten Person höchstens in Rechnung stellen dürfen. Der Referenzpreis ist so festzulegen, dass unter Berücksichtigung der Angebots- und Preisentwicklung der betreffenden Arzneimittel im In- und Ausland eine kostengünstige und sichere Versorgung mit Arzneimitteln erreicht wird.
---------	----	---	---	--	---

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			mindestens zwei entsprechende Arzneimittel in der SL aufgeführt sind. Was bei nur zwei Arzneimitteln gelten soll (vgl. Art. 52a Abs. 1 Vernehmlassungsvorlage), kann in der Verordnung geregelt werden. Gleiches gilt für die Frage, ob sich der Preisvergleich auf eine bestimmte und für alle Arzneimittel gleiche Teilmenge von besonders günstigen Arzneimitteln beschränken soll, beispielsweise auf das günstigste Drittel (vgl. Art. 52b Abs. 2 Vernehmlassungsvorlage, Version Meldesystem). Im Einleitungssatz von Art. 52 Abs. 1 KVG wird bereits heute auf die zentralen Grundsätze von Art. 32 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 6 hingewiesen. Basis für die Festlegung des Referenzpreises soll die Angebots- und Preisentwicklung im In- und Ausland bilden, ergänzt durch das Kriterium «sichere Versorgung mit Arzneimitteln». Wie diese Kriterien unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze des KVG zu gewichten sind, kann in der KVV noch näher umschrieben werden. Möglicherweise ist es insbesondere im Hinblick auf die Versorgungssicherheit nicht sachgerecht, die konkrete Gewichtung in allen therapeutischen Gruppen der SL genau gleich vorzunehmen. Die Festlegung eines Höchstpreises soll nur als Kann-Bestimmung vorgesehen werden. Höchstpreise können sinnvoll sein, um die Patientinnen und Patienten vor übermässigen Preisen zu schützen. Die allgemeine Festlegung von Höchstpreisen kann aber auch als behördliche Anerkennung eines bestimmten Zuschlags zum Referenzpreis aufgefasst werden. Die Gefahr von übermässigen Zuschlägen besteht nicht bei allen Arzneimitteln in gleicher Weise. Höchstpreise sollten deshalb nur gezielt in bestimmten Anwendungsbereichen	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				(z.B. in der Onkologie) festgelegt werden.	
Helsana	52	1bis		Die Festlegung eines Höchstpreises macht nur Sinn, wenn sie auch von einer Sanktion begleitet ist. Wird der Höchstpreis von einer Zulassungsinhaberin nicht respektiert, soll deshalb das betreffende Arzneimittel aus der SL gestrichen werden. Dies muss in Form einer beschwerdefähigen Verfügung erfolgen.	Art. 52 Abs. 1bis Liegt der von der Zulassungsinhaberin festgelegte Preis über dem Höchstpreis (Abs. 1 Bst. c) verfügt das Bundesamt die Streichung des Arzneimittels.
Helsana	52	1bis	a		<i>streichen</i>
Helsana	52	1bis	b		<i>streichen</i>
Helsana	52	3		Es braucht keine Anpassung des heute bestehenden Rechts.	Art. 52 Abs. 3 Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.
Helsana	52	5		Neur Absatz: Das Ziel des Referenzpreissystems ist die Verstärkung des Preiswettbewerbs zwischen den Zulassungsinhaberinnen von austauschbaren Arzneimitteln. Dieser Wettbewerb soll nicht durch Wettbewerbsabreden behindert oder ausgeschaltet werden. Das Kartellgesetz (KG, SR 251) ist auf Unternehmen nur dann nicht anwendbar, wenn andere Rechtsvorschriften eine staatliche Markt- oder	Art. 52 Abs. 5 Auf Wettbewerbsabreden sind die Bestimmungen des Kartellgesetzes (SR 251) anwendbar.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Preisordnung begründen oder wenn Unternehmen zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben mit besonderen Rechten ausgestattet werden (Art. 3 Abs. 1 KG). Die Wettbewerbskommission legt diesen Vorbehalt eng aus. Die anderen Rechtsvorschriften müssen den Ausschluss des Wettbewerbs geradezu bezwecken. Man kann deshalb davon ausgehen, dass das Kartellgesetz im Referenzpreissystem des KVG anwendbar ist. Trotzdem ist zu empfehlen, die Anwendbarkeit des Kartellgesetzes im KVG selber zum vorneherein klarzustellen.	
Helsana	52a			Neuer Titel: Substituiton Hier bestehen im Vergleich zum Vernehmlassungsentwurf keine grundlegenden Divergenzen. Aus dem Randtitel des Vernehmlassungsentwurfs muss allerdings geschlossen werden, dass dieser Artikel nur auf die «Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis» Anwendung findet. Das dürfte aber nicht die Absicht sein. Gleiches gilt auch für die weiteren Absätze des Vernehmlassungsentwurfs. Aus diesem Grund ist der geltende Randtitel grundsätzlich beizubehalten, aber mit dem Begriff «Substitution» etwas breiter zu fassen.	Art. 52a Substitution
Helsana	52a	1		Gegen die Einführung eines Referenzpreissystems wird eingewendet, dass die Frage der Austauschbarkeit von Arzneimitteln auch von der individuellen Situation des Patienten oder der Patientin abhängen könne. Daher soll hier für diese eher seltenen Fälle eine Ausnahme vom Referenzpreissystem vorgesehen werden. Der verschreibende oder abgebende Leistungserbringer muss aber dem Versicherer gegenüber zwingend erläutern, weshalb die Substitution durch ein preisgünstigeres Arzneimittel bei der betreffenden Person aus	Art. 52a Abs. 1 Ist ein Arzneimittel für die versicherte Person aus einem vom Arzt oder der Ärztin dem Versicherer schriftlich erläuterten medizinischem Grund nicht austauschbar, vergütet die obligatorische Krankenversicherung dieses zu dem in der Spezialitätenliste aufgeführten Preis, auch wenn dieser über dem Referenzpreis liegt.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				medizinischen Gründen nicht möglich ist.	
Helsana	52a	2		Entspricht inhaltlich der Vernehmlassungsvorlage.	Art. 52a Abs. 2 Wird ohne Vorliegen eines medizinischen Grundes nach Absatz 1 ein Arzneimittel verschrieben oder abgegeben, dessen Preis über dem Referenzpreis liegt, informiert die verschreibende oder die abgebende Person die versicherte Person, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur den Referenzpreis vergütet.
Helsana	52a	3		Entspricht inhaltlich der Vernehmlassungsvorlage.	Art. 52a Abs. 3 Ersetzt die abgebende Person das verschriebene durch ein preisgünstigeres Arzneimittel, so informiert sie die verschreibende Person darüber.
Helsana	52a	4			<i>streichen</i>
Helsana	52b				<i>gesamter Art. 52b streichen.</i>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Helsana	53	1bis		Die Einführung des Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten, welche die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil C-623/2009 vom 8. September 2010) korrigieren soll, wird von Helsana im Grundsatz unterstützt. Es ist jedoch zu beachten, dass die eigentliche Aufgabe der Spitalplanung nicht den Krankenversicherern obliegt. Auch sollen die Versicherer damit nicht einen Teil der Planungsrolle der Kantone übernehmen. Desweiteren ist festzuhalten, dass bei dem von Helsana seit langem geforderten Beschwerderecht im Bereich der vom Departement administrierten Preisen im Medikamentenbereich (Spezialitätenliste) ein weit grösseres Kostendämpfungspotenzial besteht.	
Helsana	59b	1		Helsana begrüsst, dass ein Experimentierartikel ermöglichen soll, innovative Konzepte zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu testen. Im Fokus sollen dabei die Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienzsteigerungen stehen. Eine abschliessende Aufzählung von möglichen Projekten ist nicht sinnvoll. Damit Innovation entstehen kann, braucht es möglichst viele Freiheiten, weshalb auch der dafür vorgesehene Gesetzesartikel möglichst schlank formuliert werden sollte.	Art. 59 Abs. 1 Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Vereinbarungen von Tarifpartnern oder Tarifpartnern und Kantonen für Pilotprojekte genehmigen. <i>Art. 59 Abs. 1 Bst. a-f streichen</i>
Helsana	59b	2		Eine Evaluation der Ergebnisse ist durchzuführen.	Art. 59b Abs. 2 Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und eine Evaluation der Ergebnisse ist durchzuführen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Helsana	59b	4		Eine Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt, wie es in Absatz 4 vorgesehen ist, lehnt Helsana ab. Eine solche verunmöglicht eine positive Zusammenarbeit unter den beteiligten Akteuren und damit den Erfolg von Pilotprojekten. Helsana fordert deshalb, dass Pilotprojekte nur auf freiwilliger Basis mittels Vereinbarung zwischen den Partnern vorgesehen werden sollen. Absatz 4 ist zu streichen.	<i>streichen</i>
Helsana	59b	5		Für die Evaluation sollen primär die Projektpartner zuständig sein (Selbstevaluation mittels Bericht an das BAG).	
Helsana	64	6		Das Referenzpreissystem soll auch für die Versicherten einen Anreiz schaffen, möglichst preisgünstige Arzneimittel zu verwenden. Wenn die Übernahme der Preisdifferenz in Zusatzversicherungen integriert werden kann, wird dieser Anreiz geschwächt. Aus diesem Grund muss die Zusatzversicherung zur Übernahme dieser Preisdifferenz ausgeschlossen werden.	Art. 64 Abs. 6 Kostenbeteiligungen und über dem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1 Bst. c) liegende Kosten für Arzneimittel dürfen weder bei einer Krankenkasse noch ... <i>(Rest von Abs. 6 unverändert)</i>
Helsana	Übergangsbestimmungen	3			<i>streichen</i>

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
Helsana	Art. 42 Abs. 3	Zusätzliche Gesetzesanpassung: Die Rechnung muss in elektronischer und strukturierter Form an den Versicherer übermittelt werden (Ergänzung Art. 42 Abs. 3). Grundsatz Tiers Garant und Tiers Payant (Art. 42 Abs. 1 & 2) bleiben bestehen.	<i>Art. 42 Abs. 3 erster Satz</i> Der Leistungserbringer muss dem Schuldner eine detaillierte und verständliche Rechnung und dem Versicherer die Rechnung in elektronischer und strukturierter Form zustellen. ... <i>(Rest von Abs. 3 unverändert)</i>
Helsana	Art. 42 Abs. 3bis	Zusätzliche Gesetzesanpassung: Eine Ergänzung des KVG, dass jede KVG-Leistung mittels eines Identifikations-Codes der ausführenden Person zugeordnet werden kann. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten. Ohne Identifikations-Codes pro Arzt ist das systematische Monitoring von Gruppenpraxen, inhomogenen Facharztpraxen, dem spitalambulanten Bereich oder von Belegärzten (stationärer Bereich) nicht möglich.	<i>Art. 42 Abs. 3 bis erster Satz</i> Die Leistungserbringer haben auf der Rechnung nach Absatz 3 die eindeutige Identifikation der ausführenden und der verantwortlichen Person sicherzustellen; die Diagnosen und Prozeduren nach den Klassifikationen in den jeweiligen vom zuständigen Departement herausgegebenen schweizerischen Fassungen sind codiert aufzuführen. ... <i>(Rest von Abs. 3bis unverändert)</i>
Helsana	Art 84a Abs. 5 Bst. b	Die abgerechneten Leistungen der Krankenversicherer können in der Behandlung der Versicherten wertvolle Hinweise liefern. Beispielsweise kann bei der Verschreibung von Medikamenten mit ihrer Hilfe die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöht werden. Daher ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, damit ein Krankenversicherer diese personenbezogenen Daten bei Einwilligung und bis auf Widerruf durch den Versicherten dem Leistungserbringer zugänglich machen kann.	<i>Art. 84a Abs. 5 Bst. b "im Einzelfall" streichen</i>
Helsana	Art. 59 Abs. 1Bst. c KVV	Zusätzliche Verordnungssanpassung: Diagnose- und Behandlungskodierung bei ambulanten Behandlungen und Lieferung an die Krankenversicherer, da eine systematische	KVV Art. 59 Abs. 1 Bst. c Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs sowie zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Wirtschaftlichkeitskontrolle sowie die Kontrolle der Indikations- bzw. Output-Qualität (unnötige oder unnütze Behandlungen) ohne Angabe dieser auf der ambulanten Rechnung schwer durchführbar sind. Die notwendige Transparenz hinsichtlich der ambulanten Behandlung fehlt und die Angaben des Tessiner-Codes sind untauglich, da nur eine sehr grobe Zuordnung nach Organkapitel stattfindet. Artikel 59, Abs. 1 lit. c KVV soll folgendermassen ergänzt werden:	notwendig sind;
--	--	---	-----------------



Referenzpreissystem bei Arzneimitteln Gegenentwurf und Erläuterungen zum Vorschlag des BAG

1 Gegenentwurf

Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz

.....Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), sowie für Arzneimittel mit einem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1 Bst. c) bleiben vorbehalten.

Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Bst. c, Abs. 1bis und Abs. 5

¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:

b. erstellt das Bundesamt eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel mit Preisen (Spezialitätenliste). Bei Arzneimitteln, für welche ein Referenzpreis nach Buchstabe c gilt, wird sowohl der von der Zulassungsinhaberin festgelegte Preis wie der Referenzpreis angegeben.

c. erlässt das Departement für Arzneimittel der Spezialitätenliste, deren Wirkstoffe für die Behandlung einer bestimmten Krankheit austauschbar sind, den Referenzpreis, der von der obligatorischen Krankenversicherung höchstens vergütet wird. Es kann für diese Arzneimittel auch den Preis festlegen, den die Leistungserbringer der versicherten Person höchstens in Rechnung stellen dürfen. Der Referenzpreis ist so festzulegen, dass unter Berücksichtigung der Angebots- und Preisentwicklung der betreffenden Arzneimittel im In- und Ausland eine kostengünstige und sichere Versorgung mit Arzneimitteln erreicht wird.

^{1bis} Liegt der von der Zulassungsinhaberin festgelegte Preis über dem Höchstpreis (Abs. 1 Bst. c) verfügt das Bundesamt die Streichung des Arzneimittels.

⁵ Auf Wettbewerbsabreden sind die Bestimmungen des Kartellgesetzes (SR 251) anwendbar.

Art. 52a Substitution

¹ Ist ein Arzneimittel für die versicherte Person aus einem vom Arzt oder der Ärztin dem Versicherer schriftlich erläuterten medizinischen Grund nicht austauschbar, vergütet die obligatorische Krankenversicherung dieses zu dem in der Spezialitätenliste aufgeführten Preis, auch wenn dieser über dem Referenzpreis liegt.

² Wird ohne Vorliegen eines medizinischen Grundes nach Absatz 1 ein Arzneimittel verschrieben oder abgegeben, dessen Preis über dem Referenzpreis liegt, informiert die ver-

schreibende oder die abgebende Person die versicherte Person, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung nur den Referenzpreis vergütet wird.

³ Ersetzt die abgebende Person das verschriebene durch ein preisgünstigeres Arzneimittel, so informiert sie die verschreibende Person darüber.

Art. 64 Abs. 6

⁶ Kostenbeteiligungen und über dem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1 Bst. c) liegende Kosten für Arzneimittel dürfen weder bei einer Krankenkasse noch ... (*Rest von Abs. 6 unverändert*)

2 Erläuterungen

2.1 Allgemeines

Die bisherige Art einer schlanken Gesetzgebung sollte auch bei Einführung des Referenzpreissystems beibehalten werden. Insbesondere sollte darauf verzichtet werden, sich bereits im Gesetz auf ein konkretes Modell festzulegen, wie dies im Entwurf des BAG der Fall ist. Die Entwicklungen im Arzneimittelmarkt sind nicht in allen Details absehbar und auch in einem Referenzpreissystem werden Umgehungen der konkreten Regelung gesucht und gefunden werden, welche unter Umständen rasche Anpassungen der geltenden Regeln erfordern. Gerade die Bestimmungen der KVV und der KLV zur Spezialitätenliste sind seit dem Inkrafttreten des KVG sehr häufig geändert und immer detaillierter geworden. Zudem sollte im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt werden, welche Fragen der Bundesrat in der KVV regeln soll. Die geltenden Bestimmungen der KVV stützen sich im Wesentlichen auf die allgemeine Vollzugskompetenz des Bundesrates nach Art. 96 KVG. Wenn im KVG ausdrücklich bestimmt wird, welche Fragen der Bundesrat regeln muss und welche er regeln kann, so führt dies zu Rechtsunsicherheit. Würde damit die Verordnungskompetenz des Bundesrates im Bereich der Referenzpreise eingeschränkt, während im Bereich der Aufnahme von Arzneimitteln in die Spezialitätenliste die offene Verordnungskompetenz im Sinne von Art. 96 KVG weiterhin gilt?

2.2 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 44

Rein redaktionelle Anpassung zum Hinweis auf Art. 52

Art. 52

Absatz 1 Buchstabe b

Hier wird im Gegensatz zum Entwurf des BAG vorgeschlagen, dass in der SL für Arzneimittel im Referenzpreissystem neben dem Referenzpreis auch der von der Zulassungsinhaberin festgelegte Preis angegeben wird. Dies dient der Transparenz. Die Differenz zwischen dem Referenzpreis und dem für das Arzneimittel verlangten Preis soll aus der SL hervorgehen. Leistungserbringer, Versicherte und Versicherer sollen nicht auf zusätzliche Publikationen von Arzneimittelpreisen angewiesen sein. Zu beachten ist auch, dass die OKP höchstens den Referenzpreis vergütet. Auch aus diesem Grund muss der von der Zulassungsinhaberin festgelegte Preis bekannt sein.

Absatz 1 Buchstabe c

Die Festlegung der Referenzpreise ist, wie dies vom BAG begründet wird, keine Verfügung im Sinne von Art. 5 VwVG (SR 172.02) sondern wie die Analysenliste ein Akt der Rechtsetzung. Die in der Vernehmlassungsvorlage angegebenen Gründe (Klare Vorgaben durch Berechnungsschemata, Parallelität zur SL, Koordination der Preisfestlegung für alle Arzneimittel durch ein und dieselbe Stelle), weshalb eine solche Verordnung vom BAG erlassen werden soll, überzeugen nicht. Das Referenzpreissystem soll sich gerade nicht an der Regelung über die Festlegung der SL-Preise durch das BAG orientieren, wie dies im «Modell mit Preisabschlag» vorgeschlagen wird. Zudem wird es auch im Referenzpreissystem Ermessensentscheide geben, insbesondere bezüglich der Frage, ob und wieweit mit Rücksicht auf eine sichere Versorgung mit Arzneimitteln vom Ergebnis des reinen Preisvergleichs abgewichen werden soll.

Es ist richtig, das Referenzpreissystem nicht auf Generika zu beschränken und daher diesen Begriff im KVG nicht mehr zu erwähnen. Ob mit dem Begriff «Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung» die angestrebte Ausdehnung auf Biosimilars erreicht wird, sollte noch näher abgeklärt werden. Dieser Begriff wird in der Heilmittelgesetzgebung (Art. 4 Abs. 1 HMG; Art. 2 AMBV) nämlich nicht definiert. Hier wird als Kriterium für die Anwendung des Referenzpreissystems vorgeschlagen, dass der Wirkstoff für die Behandlung einer bestimmten Krankheit austauschbar sein muss.

Diese Austauschbarkeit ist grundsätzlich gegeben, wenn mindestens zwei entsprechende Arzneimittel in der SL aufgeführt sind. Was bei nur zwei Arzneimitteln gelten soll (vgl. Art. 52a Abs. 1 Vernehmlassungsvorlage), kann in der Verordnung geregelt werden. Gleiches gilt für die Frage, ob sich der Preisvergleich auf eine bestimmte und für alle Arzneimittel gleiche Teilmenge von besonders günstigen Arzneimitteln beschränken soll, beispielsweise auf das günstigste Drittel (vgl. Art. 52b Abs. 2 Vernehmlassungsvorlage, Version Meldesystem).

Im Einleitungssatz von Art. 52 Abs. 1 KVG wird bereits heute auf die zentralen Grundsätze von Art. 32 Abs. 1 und Art. 43 Abs. 6 hingewiesen. Basis für die Festlegung des Referenzpreises soll die Angebots- und Preisentwicklung im In- und Ausland bilden, ergänzt durch das Kriterium «sichere Versorgung mit Arzneimitteln» Wie diese Kriterien unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze des KVG zu gewichten sind, kann in der KVV noch näher umschrieben werden. Möglicherweise ist es insbesondere im Hinblick auf die Versorgungssicherheit nicht sachgerecht, die konkrete Gewichtung in allen therapeutischen Gruppen der SL genau gleich vorzunehmen.

Die Festlegung eines Höchstpreises soll nur als Kann-Bestimmung vorgesehen werden. Höchstpreise können sinnvoll sein, um die Patientinnen und Patienten vor übermässigen Preisen zu schützen. Die allgemeine Festlegung von Höchstpreisen kann aber auch als behördliche Anerkennung eines bestimmten Zuschlags zum Referenzpreis aufgefasst werden. Die Gefahr von übermässigen Zuschlägen besteht nicht bei allen Arzneimitteln in gleicher Weise. Höchstpreise sollten deshalb nur gezielt in bestimmten Anwendungsbereichen (z.B. in der Onkologie) festgelegt werden.

Absatz 1bis

Die Festlegung eines Höchstpreises macht nur Sinn, wenn sie auch von einer Sanktion begleitet ist. Wird der Höchstpreis von einer Zulassungsinhaberin nicht respektiert, soll deshalb das betreffende Arzneimittel aus der SL gestrichen werden. Dies muss in Form einer beschwerdefähigen Verfügung erfolgen.

Absatz 5

Das Ziel des Referenzpreissystems ist die Verstärkung des Preiswettbewerbs zwischen den Zulassungsinhaberinnen von austauschbaren Arzneimitteln. Dieser Wettbewerb soll nicht durch Wettbewerbsabreden behindert oder ausgeschaltet werden. Das Kartellgesetz (KG, SR 251) ist auf Unternehmen nur dann nicht anwendbar, wenn andere Rechtsvorschriften eine staatliche Markt- oder Preisordnung begründen oder wenn Unternehmen zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben mit besonderen Rechten ausgestattet werden (Art. 3 Abs. 1 KG). Die Wettbewerbskommission legt diesen Vorbehalt eng aus. Die anderen Rechtsvorschriften müssen den Ausschluss des Wettbewerbs geradezu bezwecken.¹ Man kann deshalb davon ausgehen, dass das Kartellgesetz im Referenzpreissystem des KVG anwendbar ist. Trotzdem ist zu empfehlen, die Anwendbarkeit des Kartellgesetzes im KVG selber zum vorneherein klarzustellen.

Art. 52a Substitution

Hier bestehen im Vergleich zum Vernehmlassungsentwurf keine grundlegenden Divergenzen. Aus dem Randtitel des Vernehmlassungsentwurfs muss allerdings geschlossen werden, dass dieser Artikel nur auf die «Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis» Anwendung findet. Das dürfte aber nicht die Absicht sein. Gleiches gilt auch für die weiteren Absätze des Vernehmlassungsentwurfs. Aus diesem Grund ist der geltende Randtitel grundsätzlich beizubehalten, aber mit dem Begriff «Substitution» etwas breiter zu fassen.

Absatz 1

Gegen die Einführung eines Referenzpreissystems wird eingewendet, dass die Frage der Austauschbarkeit von Arzneimitteln auch von der individuellen Situation des Patienten oder der Patientin abhängen könne. Daher soll hier für diese eher seltenen Fälle eine Ausnahme vom Referenzpreissystem vorgesehen werden. Der verschreibende oder abgebende Leistungserbringer muss aber dem Versicherer gegenüber zwingend erläutern, weshalb die Substitution durch ein preisgünstigeres Arzneimittel bei der betreffenden Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Absätze 2 und 3

Die beiden Absätze entsprechen inhaltlich der Vernehmlassungsvorlage.

Art. 64 Abs. 6

Das Referenzpreissystem soll auch für die Versicherten einen Anreiz schaffen, möglichst preisgünstige Arzneimittel zu verwenden. Wenn die Übernahme der Preisdifferenz in Zusatzversicherungen integriert werden kann, wird dieser Anreiz geschwächt. Aus diesem Grund ist zu prüfen, ob eine Versicherung dieser Preisdifferenz analog zur Kostenbeteiligung ausgeschlossen werden soll.

19. 11. 2018/ Dr. M. Moser

¹ Reto Jacobs, Gesundheitswesen und Kartellgesetz, in Gesundheitsrecht im wettbewerblichen Umfeld, Forum Gesundheitsrecht Nr. 16, Zürich 2010, S. 5

Eidgenössisches Departement des Innern
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

per Mail an: abteilung-
leistungen@bag.admin.ch; ge-
ver@bag.admin.ch

Dübendorf, 11. Dezember 2018

Eliane Kreuzer | e.kreuzer@ecc-hsk.info | T +41 58 340 64 92 | M + 41 79 478 24 65

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrte Damen und Herren

Am 14. September 2018 haben Sie alle interessierten Stakeholder dazu eingeladen, an der Vernehmlassung des 1. Massnahmenpaketes zur Kostendämpfung teilzunehmen. Die Einkaufsgemeinschaft HSK führt für drei Schweizer Krankenversicherer und rund zwei Millionen Grundversicherte den Einkauf medizinischer Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch. Gerne nehmen wir zur Vorlage in den für uns relevanten Bereichen Stellung.

Experimentierartikel M02

HSK unterstützt die Idee, mit einem Experimentierartikel innovative Pilotprojekte zu ermöglichen, welche einen Beitrag zur Eindämmung der Kostenentwicklung leisten. Für HSK ermöglicht ein solcher Artikel Tarifverträge mit interessierten Leistungserbringern abzuschliessen, welche in einer überschaubaren Region oder Thematik zu Einsparungen führen könnten.

Anpassungen Gesetzesentwurf aus Sicht HSK:

Art. 59b

¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI **Vereinbarungen von Tarifpartnern oder Tarifpartnern und Kantonen für** Pilotprojekte genehmigen.

⁴ *streichen*

Schaffung nationales Tarifbüro M34

SwissDRG zeigt, dass ein nationales Tarifbüro Sinn macht. HSK begrüsst daher ein solches auch für den ambulanten Bereich. Aus unserer Sicht sollte dies allerdings in erster Linie für die Überarbeitung der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen (heutiger TARMED) eingesetzt werden. Sämtliche ambulante Tarife in einem nationalen Tarifbüro zu betreuen sehen wir als nicht zielführend. Es muss den verschiedenen Tarifsyst-Partnern weiterhin möglich sein, eigenständig zu einem Konsens zu finden.

Weiter muss dieses Tarifbüro paritätisch zusammengesetzt werden. Alle wesentlichen Tarifpartner – auch Minderheiten – müssen Einsitz, Gehör und Mitbestimmungsrecht erhalten.

Anpassungen Gesetzesentwurf aus Sicht HSK

Art. 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen

¹ **Die wesentlichen Tarifpartner im Bereich der Sozialversicherungen setzen gemeinsam** eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der **Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen** zuständig ist.

⁴ Die von der Organisation erarbeitete **Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen** und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den **an der Organisation beteiligten Tarifpartnern** zur Genehmigung unterbreitet.

Pauschalen im ambulanten Bereich fördern M15

Schon heute besteht für die Tarifpartner die Möglichkeit, Verträge mit ambulanten Pauschalen abzuschliessen (Art. 43 Abs. 2 lit. c KVG). Wir sind der Meinung, dass auch künftig die Tarifpartner für solche Pauschalen verantwortlich sind und damit auch die Tarifvertragsautonomie gewährleistet bleiben soll.

Anpassungen Gesetzesentwurf aus Sicht HSK

Art. 43 Abs. 5 erster Satz

Keine Anpassung der aktuell gültigen Bestimmung

Tarifstruktur aktuell halten M25

Dass die Tarifstrukturen aktuell gehalten werden müssen, ist unbestritten und alle Tarifpartner sollen das Ihrige dazu beitragen. Dazu gehört auch die notwendige Datentransparenz. Zudem sind wir der Meinung, dass der Bundesrat die notwendige Datentransparenz im Sinne der Genehmigungskompetenz primär und der subsidiären Kompetenz sekundär erhalten soll.

Wir möchten nochmals betonen, dass die notwendige Datentransparenz nicht nur die Tarifstrukturverhandlungen, -genehmigungen oder -festsetzungen betreffen, sondern aufgrund des Verhandlungspri- mats im KVG auch die Tarifpartner im Rahmen der Verhandlungen. Bereits bei den Verhandlungen muss beurteilt werden können, ob ein Tarif den Anforderungen von Art. 59c KVV entspricht.

Wichtig ist ausserdem, dass die notwendige Datentransparenz gleichermassen für sämtliche Tarifbereiche, stationär und ambulant gewährleistet ist. Während für den stationären Bereich die VKL Vorgaben für die Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen – inkl. Recht der Einsichtnahme unter anderem durch die Tarifpartner – regelt, fehlt eine entsprechende gesetzliche Grundlage im ambulanten Bereich, welche aus Sicht HSK unabdingbar ist. Entsprechend muss der vorgeschlagene Art. 47b KVG hinsichtlich Einsichtsrecht der Tarifpartner ergänzt werden.

Anpassungen Gesetzesentwurf aus Sicht HSK

Art. 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen

Keine Anpassung

Massnahmen zur Steuerung der Kosten

Im Grundsatz ist die Absicht, Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu fördern, zu begrüßen. Will man solche in Tarifverträge integrieren, dann sind die meist nicht auf nationaler sondern kantonaler Ebene anzusiedeln (wie beispielsweise im Vertrag der HSK mit der Waadtländer Ärztesgesellschaft: hier wurde ein Monitoring vereinbart, welches bei Erhöhung der Kosten in einem Jahr um x%, eine TPW-Senkung im Folgejahr um y Rappen vorsieht). Solche Verträge sind auch ohne Verpflichtung möglich. Folglich erachten wir den Vorschlag für Art. 47c KVG als nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Zielführender wäre eine Anpassung der Rahmenbedingungen durch die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.

Anpassungen Gesetzesentwurf aus Sicht HSK

Art. 47c

keine Anpassung der aktuell gültigen Bestimmungen

Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG

Wir unterstützen den Vorstoss, dass auch die Krankenversicherer ein Beschwerderecht gegenüber den Kantonen für die Planung und die entsprechenden Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime erhalten. Folgerichtig müsste auch das Beschwerderecht gegen Entscheidungen des BAG betreffend die Spezialitätenliste (vgl. Kostendämpfungsmassnahme M33) zeitnah eingeführt werden.

Im Zusammenhang mit den kantonalen Planungen scheinen uns die Eliminierung des Governance-Konflikts und damit der Mehrfachrollen der Kantone (vgl. Kostendämpfungsmassnahme M36) sowie die Einführung einer regionalen Spitalversorgungsplanung (vgl. Kostendämpfungsmassnahme M14), neben dem erwähnten Beschwerderecht, als ebenso wichtig.

Wir danken Ihnen herzlich für die wohlwollende Prüfung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Einkaufsgemeinschaft HSK AG



Eliane Kreuzer
Geschäftsführerin



Riadh Zeramdini
stv. Geschäftsführer

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Einkaufsgemeinschaft HSK AG

Abkürzung der Firma / Organisation : HSK

Adresse : Postfach, 8081 Zürich

Kontaktperson : Eliane Kreuzer

Telefon : 058 340 64 92

E-Mail : e.kreuzer@ecc-hsk.info

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
HSK	43	5		Keine Anpassung der aktuell gültigen Bestimmung.	
HSK	47a	1		Anpassen	Die wesentlichen Tarifpartner im Bereich der Sozialversicherungen setzen gemeinsam eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen zuständig ist.
HSK	47a	4		Anpassen	Die von der Organisation erarbeitete Einzelleistungstarifstruktur für ärztliche Leistungen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den an der Organisation beteiligten Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.
HSK	47c			Keine Anpassung der aktuell gültigen Bestimmungen.	
HSK	59b	1		Anpassen	Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Vereinbarungen von Tarifpartnern oder Tarifpartnern und Kantonen für Pilotprojekte genehmigen.
HSK	59b	4		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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) und Militärversicherung (MV)

Abkürzung der Firma / Organisation : MTK

Adresse : Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT), Alpenquai 28, Postfach 4358, 6002 Luzern

Kontaktperson : Luigi Frisullo, MTK-Sekretär

Telefon : 041 419 57 39

E-Mail : luigi.frisullo@zmt.ch

Datum : 6.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	12

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	59b	1 & 2		Grundsätzlich begrüsst die MTK Bestrebungen, welche zu innovativen Modellen im Gesundheitswesen führen. Im UV-Bereich sind solche Projekte schon heute möglich, weil der Gesetzgeber dem Anwender des UVG gewisse Freiheiten (explizit) einräumt (z.B. kein Vertragszwang, monistische Finanzierung u.a.). Pilotprojekte, wie sie in Abs. 1 und 2 des Artikels 59b des Erlassvorschlags KVG beschrieben werden, gehen u.E. in die richtige Richtung und setzen geeignete Anreize. Mithin werden Errungenschaften aus dem UVG für die Pilotprojekte im KVG-Bereich empfohlen bzw. bereitgestellt.	
	59b	3 - 6		Die vorgesehenen, gesetzlichen Rahmenbedingungen für Pilotprojekte (Abs. 3 – 6) sind nicht attraktiv. Der Bund gibt die Leitplanken vor und steuert. Innovation wird dadurch geschwächt. «Staatlich verordnete bzw. akkreditierte Innovation» ist nicht zielführend. Dafür ist die Auflistung möglicher Innovationsfelder im Gesetz wohl auch zu eng. Innovative Projekte zeichnen sich durch den freiwilligen Antrieb der Beteiligten aus, etwas Neues zu schaffen. Zwangsteilnahmen, wie sie Abs. 4 vorsieht, sind dazu nicht förderlich. Zudem regelt der Bund gemäss Abs. 5 die Weiterverfolgung der Projekte. Hier muss ein Weg gefunden werden, wie die Innovatoren weiterhin in einer Form beteiligt werden. Ansonsten erweckt die Regelung den Anschein, als ob der Bund die guten Ideen nach seinem Gutdünken vorantreibt und andere – vielleicht ebenso innovative – Projekte auf der Strecke bleiben.	
	47a			Die MTK bevorzugt grundsätzlich eine liberale Tarifgestaltung. Das heisst, die Tarife sollten nach Möglichkeit in der Verantwortung der	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				Tarifparteien liegen und nicht hoheitlich (staatlich) verordnet werden. Die Tarifaufonomie ist eine Errungenschaft des Schweizerischen Gesundheitswesens und sollte beibehalten werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre deuten auf vermehrte Einflussnahme des Bundes hin; dies nicht ganz unverschuldet durch die Tarifpartner, welche sich bisher nicht alle auf eine ambulante, ärztliche Tarifstruktur einigen konnten. Insofern ist die Einsetzung einer nationalen Tariforganisation analog dem stationären Bereich aus Sicht des Bundes eine valable Alternative. Die Vernehmlassungsunterlagen schweigen sich über die konkrete Zusammensetzung einer solchen Organisation aus. Es wird lediglich vorgeschlagen, dass sämtliche Parteien (Versicherer, Leistungserbringer (-verbände)) angemessen und paritätisch vertreten sein sollen. Die MTK erachtet die Beteiligung der MTK an einer solchen Organisation als zwingend notwendig, auch wenn die Regelungen gemäss Erlassvorschlag explizit nur im KVG eingepflegt werden sollen. Das UVG kennt keine Tarifgenehmigungspflicht durch den Bundesrat. Im Sinne der Tarifkoordination zwischen den Sozialversicherungszweigen entscheiden die Unfallversicherer, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung jeweils autonom, ob sie einen KVG-Tarif übernehmen. Für eine effiziente und effektive Tarifgestaltung ist es sinnvoll, die MTK, welche ca. 10% des Heilkostenmarktes ausmacht, als vollwertiges Mitglied in einer gesamtschweizerischen Tariforganisation zu berücksichtigen. Die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) als Geschäftsstelle der MTK betreut derzeit mehr als 30 ambulante Tarife. Ein nationales Tarifbüro gemäss dem Erlassvorschlag ist nicht nur auf die ambulante, <i>ärztliche</i> Tarifstruktur beschränkt (auch wenn diese wohl als Anlass für den Vorschlag diene).	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Es ist aus Sicht der MTK schwer vorstellbar, wie eine Organisation ausgestaltet werden soll, welche mit derart vielen Stakeholdern und Mitbestimmern besetzt ist. Hierzu liefert der erläuternde Bericht des Bundes keine schlüssigen Antworten. Der Bund begrüsst die Schaffung von Pauschaltarifen sehr und sieht sie als geeignetes Instrument, um Mengen- und Kostenausweitung im Gesundheitswesen zu stoppen. Er blendet dabei aber aus, wie und durch wen die Qualität der Leistungserbringung kontrolliert werden soll. Pauschaltarife sind prüfenswert aber sicherlich kein «Allheilmittel». So sind beispielsweise Pauschalen im Bereich der Grundversorgung (Hausärzte) aufgrund des sehr heterogenen Patientenguts nur bedingt anwendbar.	
	47b			Die MTK begrüsst explizit die Verpflichtung der Beteiligten, Daten zu liefern. Sachgerechte, auf realen Kostendaten beruhende Tarife sind nur erarbeitbar, wenn die entsprechenden Daten in geeigneter Form vorliegen. Bisher bestand keine Gesetzesgrundlage, was wesentlich dazu beitrug, dass in den Tarifberechnungen regelmässig gewisse Unsicherheiten entstanden.	
	47b	3	b.	Die Sanktionierungsmöglichkeiten bzw. -höhen sind viel zu niedrig angesetzt. Eine Busse von CHF 20'000.- ist viel zu tief, wenn man die Verhältnisse im Gesundheitswesen betrachtet.	
	56 (UVG)	3bis		Die Verankerung der Datenlieferungspflicht im UVG ist aus Sicht der MTK begrüssenswert; insbesondere, wenn die nationale Tariforganisation tatsächlich für alle ambulanten Tarife zuständig sein wird. Ist dies nicht der Fall, wäre es sinnvoll, im UVG zu verankern, dass die Leistungserbringer in jedem Fall verpflichtet werden, die Daten kostenlos	<u>Art. 56 UVG, neuer Abs. 5 oder alternativ Art. 70 UVV, neuer Abs. 3; sofern Art. 47a KVG eingeführt wird:</u> Die Leistungserbringer und deren Verbände sind verpflichtet, der Organisation nach Art. 47a KVG diejenigen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			zur Verfügung zu stellen für Tarifverhandlungen. Ein solcher expliziter (und für die MTK durchaus begrüssenswerter und sinnvoller) Gesetzestext fehlt heute. Die MTK geht ausserdem davon aus, dass der neue Abs. 3bis sich auf den heutigen Abs. 3 bezieht. Demnach käme der vorgeschlagene Abs. 3bis nur zur Anwendung im Falle eines Tarifeingriffs durch den Bundesrat, welcher an bestimmte (strenge) Bedingungen geknüpft ist. Im UVG-Bereich ist freilich keine generelle Tariffestlegungskompetenz des Bundesrats vorgesehen.	Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind. <u>Art. 56 UVG, neuer Abs. 5 oder alternativ Art. 70 UVV, neuer Abs. 3; sofern Art. 47a KVG nicht eingeführt wird:</u> Die Leistungserbringer und deren Verbände sind verpflichtet, den Versicherern diejenigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.
	47b	1	Die MTK regt an, dass die Daten nicht bloss bekannt gegeben werden müssen, sondern dass sie zur Verfügung gestellt werden müssen. Nur durch den Erhalt der (ev. aggregierten) Rohdaten können Tarifberechnungen durchgeführt werden. Ein Einsichtsrecht genügt nicht. Hierzu ist wohl eine Detailregelung auf Verordnungsstufe angezeigt.	Art. 47b KVG: <u>Zur Verfügung stellen der Daten im Tarifwesen für ambulante Behandlungen</u> Die Leistungserbringer und deren Verbände sind verpflichtet, der Organisation nach Art. 47a KVG diejenigen Daten kostenlos <i>zur Verfügung zu stellen</i>, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.
	56 (UVG)	1	Im UV/MV/IV-Bereich werden schon heute bei Neuabschlüssen Massnahmen zur Kostensteuerung vereinbart (z.B. in Form von Monitoring Vereinbarungen). Durch die explizite Nennung im Gesetz kann ev. mehr Druck auf die Leistungserbringer aufgebaut werden. Die regelmässige Kontrolle der vereinbarten Massnahmen bzw. Überwachungsparameter	Art. 56 Abs. 1 (1. Satz) UVG neu: Die Versicherer können mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			ist sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Kostenträger sehr aufwändig. Die MTK begrüsst es daher, dass in Artikel 56 UVG die Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen oder ihrer Kosten als Kann-Formulierung aufgenommen werden sollen. Unklar ist jedoch die Formulierung des Zusatzes: ...und Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen <i>oder</i> ihrer Kosten festlegen. ... Handelt es sich dabei um ein ausschliessendes oder inkludierendes «oder»? Diese Formulierung könnte in den Tarifverhandlungen zu Herausforderungen führen, weil man meinen könnte, es sei nur das Eine oder das Andere gemeint. Wir verstehen die Passage jedoch so, dass entweder Massnahmen betreffend die Versicherungsleistungen oder die Kosten oder beides festgelegt werden können.	und Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen <i>und</i> ihrer Kosten festlegen.
	26 (MVG)	1	Unklar ist die Formulierung des Zusatzes: ...und Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen <i>oder</i> ihrer Kosten festlegen. ... Handelt es sich dabei um ein ausschliessendes oder inkludierendes «oder»? Diese Formulierung könnte in den Tarifverhandlungen zu Herausforderungen führen, weil man meinen könnte, es sei nur das Eine oder das Andere gemeint. Wir verstehen die Passage jedoch so, dass entweder Massnahmen betreffend die Versicherungsleistungen oder die Kosten oder beides festgelegt werden können. Eine analoge Regelung im UVG und MVG macht Sinn. Sollte sich an der entsprechenden Formulierung im UVG gegenüber der in der Vernehmlassung vorgeschlagenen Variante etwas ändern, plädieren wir für eine Übernahme auch im MVG und umgekehrt.	Art. 26 Abs. 1 (1. Satz) MVG neu: Die Militärversicherung kann mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Abklärungsstellen, den Laboratorien, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife und Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen <i>und</i> ihrer Kosten festlegen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	26 (MVG)	3bis		Die Verankerung der Datenlieferungspflicht im MVG ist aus Sicht der MTK und der Militärversicherung begrüssenswert; insbesondere, wenn die nationale Tariforganisation tatsächlich für alle ambulanten Tarife zuständig sein wird. Ist dies nicht der Fall, wäre es sinnvoll, im MVG zu verankern, dass die Leistungserbringer in jedem Fall verpflichtet werden, die Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen für Tarifverhandlungen. Ein solcher expliziter (und für die MTK und die MV durchaus begrüssenswerter und sinnvoller) Gesetzestext fehlt heute. Die MTK und die Militärversicherung gehen ausserdem davon aus, dass der neue Abs. 3bis sich auf den heutigen Abs. 3 bezieht. Demnach käme der vorgeschlagene Abs. 3bis nur zur Anwendung im Falle eines Tarifeingriffs durch den Bundesrat, welcher an bestimmte (strenge) Bedingungen geknüpft ist. Im MVG-Bereich ist freilich keine generelle Tariffestlegungskompetenz des Bundesrats vorgesehen. Eine analoge Regelung im UVG und MVG macht Sinn. Sollte sich an der entsprechenden Formulierung im UVG gegenüber der in der Vernehmlassung vorgeschlagenen Variante etwas ändern, plädieren wir für eine Übernahme auch im MVG und umgekehrt.	<u>Art. 26 MVG, neuer Abs. 5 oder alternativ Art. 13 MVV, neuer Abs. 3; sofern Art. 47a KVG eingeführt wird:</u> Die Leistungserbringer und deren Verbände sind verpflichtet, der Organisation nach Art. 47a KVG diejenigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind. <u>Art. 26 MVG, neuer Abs. 5 oder alternativ Art. 13 MVV, neuer Abs. 3; sofern Art. 47a KVG <i>nicht</i> eingeführt wird:</u> Die Leistungserbringer und deren Verbände sind verpflichtet, der Militärversicherung diejenigen Daten kostenlos zur Verfügung zu stellen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.



santésuisse

Änderung KVG; Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 1

14.12.2018

A) Generelle Bemerkungen zum Gesetzesentwurf sowie zum erläuternden Bericht

Die Stossrichtung des ersten Massnahmenpakets zur Entlastung der Prämienzahlenden stimmt.

Die Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben sich seit der Einführung des KVG 1996 von 12.5 auf 32.3 Milliarden Franken erhöht – mit entsprechenden Folgen für die Prämienzahlenden. Auch wenn sich das Wachstum in den letzten Jahren etwas verlangsamt hat, bleibt es mit 3 bis 4 Prozent pro Jahr unverändert hoch. santésuisse begrüsst daher die Initiative des Bundesrats, die dieser Entwicklung mit der vorgeschlagenen KVG-Revision entgegenzutreten will.

santésuisse begrüsst auch die Mehrheit der vorgeschlagenen Massnahmen, wenngleich verschiedentlich Anpassungen notwendig sind, damit das Ziel der Kostendämpfung tatsächlich erreicht werden kann. Dieser ersten Gesetzesrevision fehlt jedoch der Fokus auf eine zweckmässige und zielgerichtete Leistungserbringung. Wir begrüssen explizit die Absicht des Bundesrates, dem ersten Paket ein zweites folgen zu lassen. Dieses sollte insbesondere diejenigen Massnahmen im Bereich der Medikamente und anderer Gesundheitsprodukte enthalten bzw. zur Verhinderung der Mengenausweitung aufgreifen, die auch im Expertenbericht vom 24. August 2017 (Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) vorgeschlagen worden sind.

B) Einzelne Massnahmen

1. Rechnungskopie (Art. 42 Abs. 3 dritter Satz sowie Art. 59): Zustimmung

Bereits heute ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Versicherte im System des Tiers payant eine Kopie der Rechnung erhalten sollen. Da der Patient bei der Behandlung anwesend war, kann er beurteilen, ob die auf der Rechnung aufgeführten Leistungen effektiv erbracht worden sind. Auch wenn Rechnungen nicht immer einfach zu lesen sind, ist die Rechnungskopie doch ein wichtiges Mittel zur Verbesserung der Rechnungskontrolle. Trotz der bestehenden gesetzlichen Bestimmung schicken nur wenige Leistungserbringer dem Patienten eine Kopie der Rechnung, da sie keine Sanktionen zu gewärtigen haben. santésuisse begrüsst es, dass die Vorlage diesen Mangel behebt. Um ein mögliches weiteres Schlupfloch zu stopfen, sollte aber im Gesetz präzisiert werden, **dass die Rechnungskopie unaufgefordert zu schicken ist.**

2. Einheitliche Tarifstruktur für ambulante Pauschalen (Art. 43 Abs. 5 erster Satz)

– Ambulante Pauschalen: Ja

– Schweizweit einheitliche Tarifstruktur: Nein

Massnahme 15 des Expertenberichts schlägt vor, Pauschalen im ambulanten Bereich zu fördern. santésuisse teilt die Meinung, dass ambulante Pauschalen viele Vorzüge gegenüber einem Einzelleistungstarif aufweisen: Sie vereinfachen die Rechnungsstellung und die Rechnungskontrolle, erhöhen die Transparenz und verhindern überflüssige Leistungen. santésuisse lehnt aber entschieden ab, für Pauschaltarife zwingend national einheitliche Tarifstrukturen vorzuschreiben. Vereinbarungen über die pauschale Abgeltung bestimmter Leistungen sind ein wichtiges wettbewerbliches Element im KVG. Sie kommen heute beispielsweise zwischen Managed-Care-Organisationen und einzelnen Versicherern zum Tragen. Auch santésuisse vereinbart Pauschaltarife mit einzelnen Leistungserbringern im Hinblick auf eine kostengünstigere Leistungserbringung. Mit einer Verpflichtung, solche Tarife national einheitlich und damit für die gesamte Branche verbindlich zu gestalten, würden solche Initiativen erschwert oder gar verunmöglicht. Damit würde ein wettbewerbliches und innovatives Element verschwinden. Letztlich verhindert die vorgesehene Ergänzung die Entwicklung ambulanter Pauschalen (u.a. auch ambulanter Komplexpauschalen), statt sie zu fördern. Des Weiteren steht sie im Widerspruch zur Idee des Experimentierartikels, der gerade bezweckt, im Hinblick auf die Kostendämpfung Innovationen regional und durch einzelne Akteure zu pilotieren. santésuisse lehnt den Vorschlag daher ab.

Sicherzustellen ist, dass in Fällen, in denen schweizweit ein Pauschaltarif vereinbart wurde, nicht zusätzlich Einzelleistungstarife zur Anwendung kommen; die Leistungserbringer dürfen nicht zwischen Pauschaltarif und Einzelleistungstarif wählen können, um jeweils die für sie vorteilhaftere Vergütung zu erhalten.

3. Nationales Tariffbüro (Art. 47a): Alternativer Vorschlag santésuisse

Seit mehreren Jahren ringen die Tarifpartner um einen neuen Tarif für ambulante ärztliche Leistungen (TARMED), was den Bundesrat bereits zweimal zu einem Tarifeingriff im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz veranlasst hat. santésuisse teilt die Auffassung, dass neue Wege gefunden werden müssen. Das vorgeschlagene nationale Tariffbüro schiesst allerdings über das Ziel hinaus. Ein nationales Tariffbüro sollte sich auf den ärztlichen Bereich konzentrieren. Dies namentlich aus folgenden Gründen:

- Für ambulante Leistungen haben die Tarifpartner 10 schweizweit einheitliche Einzelleistungs-Tarifstrukturen entwickelt und vereinbart. Bei der überwiegenden Mehrzahl sind sich die Tarifpartner einig und sind in der Lage, die Tarifstrukturen zu pflegen. Nur in zwei Fällen hat der Bundesrat von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch gemacht und eine von den Tarifpartnern entwickelte Tarifstruktur angepasst. Es ist nicht notwendig, die Aufgabe zur Pflege und Weiterentwicklung generell einfach für alle ambulanten Leistungen einer neuen Organisation zu übertragen, wenn die bestehenden, auf tarifpartnerschaftlicher Basis entstandenen Strukturen dies ebenfalls zu leisten vermögen.
- Ein nationales Tariffbüro, das für die Tarife *sämtlicher* ambulanter Leistungserbringer zuständig wäre, müsste zahlreiche Fachverbände einbeziehen. Es ist schwer vorstellbar, wie die Organisation sachgerecht möglich wäre. Alleine schon die Aufgabe, eine entsprechende Organisation zu konstituieren, wäre eine nahezu unüberwindbare Hürde, insbesondere wenn es um Fragen der Finanzierung des Büros oder von Mehrheitsentscheiden geht.

Bei einer Beschränkung auf den ärztlichen Bereich wären seitens der Leistungserbringer nur die Verbände von Spitälern und Ärzten einzubinden. Diese Konstellation entspricht der Situation im stationären Bereich, wo die Tarifpartner mit SwissDRG eine entsprechende Organisation etablieren konnten. Eine Angliederung des vorgesehenen Tarifbüros nach Art. 47a an die SwissDRG AG sollte denn auch im Sinne einer von mehreren möglichen Lösungen in Betracht gezogen werden.

Was die Tarifierung der Leistungen der übrigen ambulanten Leistungserbringer betrifft, schlägt santésuisse vor, dass diese das neu zu schaffende Tarifbüro mit der Aufgabe zur Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen mandatieren *können*. Des Weiteren wäre die bestehende subsidiäre Kompetenz des Bundesrates dahingehend zu präzisieren, dass er die Tarifpartner zu einem solchen Mandat an das Tarifbüro verpflichten kann, wenn die Tarifstruktur nicht mehr sachgerecht ist und sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen können. Art. 43 Abs. 5bis KVG wäre in diesem Sinne zu modifizieren.

4. Datenbekanntgabe (Art. 47b / 47c Abs. 6): Zustimmung, mit Anpassungen

Art. 47b KVG: Damit das Tarifbüro einen Tarif entwickeln kann, ist die Lieferung der entsprechenden Daten durch die Leistungserbringer unentbehrlich. santésuisse unterstützt diese Forderung. Um eine breite Abdeckung sicherzustellen, ist es erforderlich, dass die Organisation Umfang und Form der Datenlieferung bestimmen kann. Bei Weigerung der Datenbekanntgabe sind Sanktionen gegen die entsprechenden Leistungserbringer vorzusehen. Hingegen ist eine Datenlieferungspflicht an den Bundesrat auf dessen Aufgabe, die Tarifstrukturgenehmigung, zu beschränken. Eine weitergehende Datenlieferungspflicht ist nicht erforderlich, zumal die Bundesbehörden bereits gestützt auf Art. 59a KVG Daten der Leistungserbringer erheben können.

Art. 47c Abs. 6 KVG: Eine Datenbekanntgabe auf Vorrat wird in jedem Fall abgelehnt und würde auch der Pa.Iv. Eder (16.411 „Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung“) widersprechen.

5. Kostensteuerung (Art. 47c): Zustimmung, mit Anpassungen

santésuisse begrüsst die Verpflichtung der Tarifpartner zur Kostensteuerung. Dabei ist zu beachten, dass sich die konkreten Massnahmen möglichst direkt auf die Verursacher der Kosten auswirken. Das heisst, dass die Ziele und Korrekturmassnahmen in der Regel in kantonalen Tarifverträgen festzulegen sind. In gesamtschweizerischen Verträgen wären dagegen sinnvollerweise ausschliesslich gemeinsame Grundsätze zu bestimmen, beispielsweise der Mechanismus zur Beurteilung der Kostenentwicklung und die Art der Massnahmen. Dies kann in bestehenden Tarifstrukturverträgen oder in separaten Administrativverträgen erfolgen. Die Sicherstellung der Kostensteuerung müsste der jeweils für die Genehmigung zuständigen Behörde übertragen werden.

Wir weisen zudem darauf hin, dass für eine wirksame Kostendämpfung Fortschritte insbesondere im Bereich der Qualitätsverpflichtungen der Leistungserbringer und der Transparenz darüber unabdingbar sind. Jede schlechte oder überflüssige Leistung ist zu vermeiden. Wir verweisen an dieser Stelle auf die Qualitätsvorlage, welche aktuell in den Räten behandelt wird.

6. Referenzpreissystem: Zustimmung, Vorzug für Variante 2

Gemäss dem neusten Auslandpreisvergleich für patentabgelaufene Medikamente von interpharma und santésuisse vom 31. Mai 2018 zeigt sich für das Jahr 2017, dass die Generika in der Schweiz im Vergleich mit den Referenzländern im Durchschnitt doppelt so teuer sind. Zudem ist der Anteil an Generika am Gesamtmarkt mit rund 20 Prozent im europäischen Vergleich sehr tief. Die Berechnungen von santésuisse zeigen, dass mit der Einführung eines Referenzpreissystems ohne jeglichen Qualitätsverlust bei den kassenpflichtigen Medikamenten rund 400 Millionen Franken pro Jahr eingespart werden können. Referenzpreissysteme werden in mit der Schweiz vergleichbaren Ländern zum Teil schon seit Jahrzehnten erfolgreich zur Kostendämpfung eingesetzt. Dieses praxistaugliche und kosteneffiziente System ist deshalb zeitnah auch in der Schweiz einzuführen. santésuisse setzt sich im Interesse der Versicherten und sämtlicher Mitglieder für ein freiheitliches Gesundheitssystem ein, mit dem Ziel, den Versicherten über Leistungswettbewerb die Wahlfreiheit, den Zugang zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen und ein gutes Kosten-Nutzenverhältnis zu garantieren. santésuisse bevorzugt deshalb das Modell mit Meldesystem. Details dazu unter C).

Das Referenzpreissystem für die Generika kann aber nur ein erster Schritt sein; es muss auf der Basis therapeutischer Gruppen in einem zweiten Schritt auf die übrigen Medikamente ausgedehnt werden.

7. Beschwerderecht Krankenversicherer sowie Verbände (Art. 53 Abs. 1bis): Zustimmung, mit Erweiterung auf Erlasse und Spezialitätenliste (SL)

santésuisse begrüsst die Möglichkeit, dass die Versichererverbände endlich auch gegen Entscheide der Kantone bezüglich der Zuteilung von Leistungsaufträgen (Spitalliste, Pflegeheimliste) juristisch vorgehen können. Diese Möglichkeit ist bis anhin ausschliesslich den betroffenen Institutionen der Leistungserbringer (Spitäler, Pflegeheime) vorbehalten, weshalb Kantone dazu tendieren, zu grosszügige Leistungsaufträge zu erteilen. Die neue Möglichkeit behebt diese Asymmetrie und zwingt die Kantone, dem Gebot der Wirtschaftlichkeit vermehrt Beachtung zu geben. santésuisse schlägt dabei zwei Präzisierungen vor: Einerseits sollen nicht nur Verbände der Versicherer, sondern insbesondere auch die Versicherer selbst zur Beschwerde berechtigt sein, andererseits sollen nicht nur einzelne Entscheide, sondern auch Erlasse der Kantone angefochten werden können. Nur so ist es den Kostenträgern möglich, ihren Teil zur Kostenkontrolle beizutragen. So verpflichtet das KVG die Kantone bei der Versorgungsplanung zum Beispiel nicht kantonal, sondern regional bzw. national zu planen.

Neben der Spital- und Pflegeheimliste besteht auch bei der Spezialitätenliste, die vom BAG erstellt wird, Handlungsbedarf. Auch hier fehlt den Versicherern ein Rechtsmittel, um die Verfügungen des BAG und damit die Preise anfechten zu können. santésuisse fordert daher, dass die Versicherer ebenfalls bei Entscheiden betreffend die Spezialitätenliste zur Beschwerde legitimiert werden.

8. Pilotprojekte: Zustimmung

Viele Vorschläge zur Kostendämpfung scheitern an einzelnen beteiligten Akteuren bzw. deren nationalen Dachverbänden, wobei regelmässig auch deren kostendämpfende Wirkung angezweifelt wird. In solchen Fällen ermöglicht ein „Experimentierartikel“ zeitlich und räumlich limitierte Pilotprojekte. santésuisse begrüsst diese Möglichkeit und erachtet den Vorschlag, auf Gesetzesstufe diejenigen Bereiche zu benennen, wo

Experimente möglich sein sollen, als sinnvoll. Wichtig ist dabei, dass nur Pilotprojekte zulässig sind, wenn sie einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Grundsätzlich sollten Pilotprojekte auf freiwilliger Basis durchgeführt werden können. Für bestimmte Projekte mag es notwendig sein, dass sie sinnvollerweise nur durchgeführt werden können, wenn beispielsweise alle davon betroffenen Leistungserbringer teilnehmen. In solchen Fällen ist aber in jedem Fall sicherzustellen, dass eine Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer (oder ein Verband, der die Mehrheit vertritt) das Projekt unterstützt.

9. Rechnungskontrolle

Die Rechnungskontrolle ist eine Kernkompetenz der Versicherer und einer der Bereiche, wo sich die Versicherer auch voneinander unterscheiden können. Sie ist damit ein wichtiges Wettbewerbselement. Obwohl die Rechnungskontrolle immer komplexer wird – 1996 wurden 35 Mio. Belege, heute rund 120 Mio. Belege, kontrolliert – sind die Verwaltungskosten prozentual gefallen von 8,1% auf 4,8% der Prämien. Der Umstand, dass sich die Krankenversicherer im Wettbewerb befinden, sorgt dafür, dass sich kein Versicherer leisten kann, die Rechnungskontrolle zu vernachlässigen oder sie ineffizient zu gestalten. santésuisse hat das Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) beauftragt, bei den Verbandsmitgliedern eine Umfrage zur Rechnungskontrolle durchzuführen. Die Ergebnisse aus der Umfrage zeigen, dass die Krankenversicherer mittels der Rechnungskontrolle einen substantiellen Beitrag zur Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten und damit der Prämien leisten. So hat sich 2016 dank der Rechnungskontrolle eine Einsparung bei OKP- Leistungen von rund 3.0 Mrd. Franken ergeben. Es wird aber zugleich deutlich, dass mit gezielten Massnahmen auf gesetzlicher Ebene die Effektivität und Effizienz bei der Rechnungskontrolle noch gesteigert werden kann. Eine effiziente und effektive Rechnungskontrolle setzt zudem eine saubere Struktur für die Rechnungsstellung voraus, d.h. eine elektronische Rechnungsstellung nach vorgegebenen Schemata und gemäss den vereinbarten bzw. verordneten Tarifen. Konkret schlägt santésuisse vor, **Sanktionsmassnahmen für Leistungserbringer** vorzusehen, die **wiederholt unvollständige oder inkorrekte Rechnungen** stellen. Art. 59 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen (vgl. Buchstabe h).

Eine unabhängige Rechnungskontrollbehörde, wie sie der Expertenbericht als Option vorsieht, lehnt santésuisse dezidiert ab. Wie eben dargelegt, gehört die Rechnungskontrolle zur Kernaufgabe der Krankenversicherer. Sie soll grundsätzlich dort erfolgen, wo die Rechnungen auch bezahlt werden. Eine zwangsweise Zentralisierung ist systemwidrig. Versicherer haben im wettbewerblichen System einen Anreiz zur effizienten Rechnungskontrolle. Bereits heute werden die Versicherer in der Rechnungskontrolle dahingehend unterstützt, dass gewisse Daten branchenweit durch die Firma SASIS AG zusammengeführt werden, was Aussagen zum Abrechnungsverhalten der einzelnen Leistungserbringer ermöglicht. Des Weiteren führt santésuisse im Auftrag der Versicherer Wirtschaftlichkeitsverfahren und ein Tarifcontrolling durch. Eine zusätzliche Zentralisierung ist weder erforderlich noch mit einem erkennbaren Mehrwert verbunden.

C) Einzelne Bestimmungen

1. Ausführungen zum Referenzpreissystem (Art. 52-52b), Modell 2

santésuisse unterstützt die vorgeschlagene Ausgestaltung des Referenzpreissystems im Grundsatz:

- Die Aufnahme eines Wirkstoffes oder einer Wirkstoffkombination in das Referenzpreissystem soll dann erfolgen, wenn mindestens drei Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff oder gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt werden. Dies ergibt Sinn, wenn das Kostengünstigkeitsprinzip gemäss Art. 52a im Rahmen der Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis ebenfalls geschärft wird.
- Der Einschluss von Co-Marketing-Arzneimitteln und Biosimilars in das Referenzpreissystem ist ausdrücklich zu begrüssen. Damit kann die Kostenentwicklung von biotechnologisch hergestellten Arzneimitteln gebremst werden. Zudem werden auch die überhöhten Preise von Co-Marketing-Arzneimitteln gesenkt.
- Der Vertriebsanteil wirkstoffgleicher Arzneimittel einer Referenzgruppe soll derart festgelegt werden, dass Fehlanreize zur Abgabe teurerer Arzneimittel wegfallen. Er soll also für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung immer gleich hoch sein und sowohl im Referenzpreis als auch im Höchstpreis enthalten sein. Die Eliminierung von Fehlanreizen bei der Abgabe ist für die Einführung und Stabilität des Referenzpreissystems zentral und wird von santésuisse ausdrücklich begrüsst.
- Die Versorgungssicherheit soll durch verschiedene Elemente des Referenzpreissystems, wie z.B. durch die Anwendung des Referenzpreissystems ab drei Arzneimitteln mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung, auch künftig sichergestellt werden. Dieser wettbewerbliche Ansatz gewährt die Versorgungssicherheit ohne weitergehende Regulierungen. santésuisse unterstützt eine Marköffnung für patentabgelaufene Medikamente.

santésuisse ist überzeugt, dass der Preiswettbewerb unter den wirkstoffgleichen Medikamenten stimuliert werden muss, um die entsprechenden Kostensenkungspotentiale auch zu realisieren. Die Versicherer können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Preisverhandlungen führen und die Konditionen der zu vergütenden Medikamente festlegen. In diesem Zusammenhang ist auf das in Deutschland angewandte Referenzpreissystem hinzuweisen. Auch dort bestimmen die Versicherer vertraglich das versichererindividuell vergütete Medikament ohne Probleme bei der Versorgungs- und Patientensicherheit. In Anbetracht der Möglichkeiten für die Versicherer und des erwarteten Kostensenkungspotentials von Variante 2 gegenüber Variante 1 spricht sich santésuisse **für Variante 2** aus.

D) Synopse

Geltendes Recht	Vernehmlassungsvorschlag	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen santésuisse
	I Ersatz von Ausdrücken 1 In Artikel 18 Absatz 1 wird «das Departement» ersetzt durch «das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)». 2 In den Artikeln 20 Absatz 2, 33 Absatz 5, 40 Absatz 1, 52 Absatz 1 Buchstabe a, 55 Absatz 2 Buchstabe b und 61 Absatz 2bis wird «Departement» ersetzt durch «EDI». 3 In Artikel 7 Absatz 2 wird «Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt)» ersetzt durch «Bundesamt für Gesundheit (BAG)». 4 In Artikel 59a Absatz 3 wird «Bundesamt für Gesundheit» ersetzt durch «BAG». 5 In den Artikeln 20 Absatz 3, 33 Absatz 5, 98 Absatz 1, 99 Absätze 1 und 2 und 105a Absatz 3 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG».		
---	---	Art. 39 neu Abs. 4 <u>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 gegen kantonale</u>	KV sollen auch die Versorgungsplanung der Kantone auf ihre Rechtmässigkeit (KVG-Konformität) hin überprüfen können und nicht nur die konkreten Entscheide bzw. die Zuteilung der Spitäler im Einzelfall (vgl. Art. 53 Abs. 1bis). Der Vorschlag des BAG in Art. 53

		<u>Erlasse im Bereich der Spital- sowie Pflegeheimplanung zu.</u>	Abs. 1bis umfasst lediglich „Beschlüsse“ der Kantonsregierungen.
Art. 42 Abs. 3 dritter Satz 3 ...Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist. ...	Art. 42 Abs. 3 dritter Satz 3 ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person <u>vom Leistungserbringer</u> eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist... .	Art. 42 Abs. 3 dritter Satz 3 ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person <u>vom Leistungserbringer unaufgefordert</u> eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist... .	Der Vorschlag des BAG ist zu unterstützen. Die Patientinnen und Patienten sollen überprüfen können, ob die Abrechnung der erbrachten Behandlung entspricht. Diese waren bei der Behandlung anwesend und wissen, was alles behandelt wurde. Zudem kann mit der Kostentransparenz das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung der versicherten Personen gestärkt werden. Allerdings müssen die Rechnungen verständlich gestaltet werden (bei der Tarifstrukturentwicklung zu berücksichtigen) und die Leistungserbringer in die Pflicht genommen werden (auch mittels entsprechender Sanktionierung, siehe auch Art. 59), Rechnungskopien konsequent sowie <u>unaufgefordert</u> den Versicherten zuzustellen. Die vom BAG vorgeschlagene Formulierung lässt dem Leistungserbringer Raum, die Kopie lediglich auf Anforderung hin zuzustellen. Genau die Tatsache, dass der Patient jedesmal nachfragen muss, will man ja mit vorliegender Bestimmung aber verhindern. Wir schlagen

			deshalb eine entsprechende Ergänzung vor. Sie ist aus Sicht von santésuisse zwingend.
Art. 43 Abs. 5 erster Satz 5 Einzelleistungstarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen...	Art. 43 Abs. 5 erster Satz 5 Einzelleistungstarife <u>sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife</u> müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. ...	Art. 43 Abs. 5 erster Satz 5 Einzelleistungstarife sowie auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen. ...	Die vom BAG vorgeschlagene Ergänzung ist abzulehnen. Es ist unbestritten, dass Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen müssen. Ohne einen Mehrnutzen für das Gesundheitswesen zu schaffen, würde die vorgeschlagene Erweiterung des Art. 43 Abs. 5 auf Pauschaltarife aber einen erheblichen Mehraufwand für die Organisation nach Art. 47a als auch die Tarifpartner bedeuten. Zudem wird damit eines der verbleibenden Wettbewerbselemente im KVG verschwinden, denn es würde die Möglichkeit für einzelne Versicherer oder Versicherergruppen entfallen, mit bestimmten Leistungserbringern, Pauschaltarife abzuschliessen, beispielsweise auch im Rahmen von Verträgen mit HMO oder Ärztenetzen. Die vorgeschlagene Ausdehnung verhindert somit innovative Lösungen und steht damit auch im Widerspruch zur Idee des Experimentierartikels, der gerade be-

			zweckt, im Hinblick auf die Kostendämpfung Innovationen regional und durch einzelne Akteure zu pilotieren. Nebst Einzelleistungstarifen sollen in Analogie zu Art. 49 für den stationären Bereich jedoch auch die Tarife der Organisation nach Art. 47a auf schweizweit einheitlichen Strukturen beruhen. Dies sieht Art. 47a Abs. 4 entsprechend vor. Die Organisation nach Art. 47a soll die Tarifstruktur sachgerecht ausgestalten und die Art der Tarifstruktur bestimmen können. Dies könnte auch bedeuten, dass ein Teil (ärztlicher) Leistungen über einen Einzelleistungstarif und ein anderer Teil (ärztlicher) Leistungen über einen Patientenpauschalentarif vergütet werden. Diese Möglichkeiten müssen im Sinne der Tarifvielfalt sowie der Vertragsautonomie unbedingt beibehalten werden.
Art. 43 Abs. 5bis Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.		<u>Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, die Tarifpartner verpflichten, die Entwicklung der Tarifstruktur der Organisation nach Art. 47a in Auftrag zu geben, wenn sich die Tarifstruktur als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Tarifpartner</u>	Gemäss erläuterndem Bericht soll der Vorrang der Tarifautonomie so weit wie möglich berücksichtigt werden. „Der Auslegungscharakter der subsidiären Kompetenz bleibt bestehen; demnach regelt der Bundesrat gerade so viel wie für das Bestehen einer Struktur notwendig ist, um den Vorrang der Tarifautonomie so

		<u>nicht auf eine Revision einigen können.</u>	weit wie möglich zu berücksichtigen.“ (S. 30, erläuternder Bericht) Mit der Etablierung eines Tarifbüros für ambulante Leistungen wird ein Instrument geschaffen, das die Tarifautonomie weniger stark beschneidet als die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates gemäss Art. 43 Abs. 5bis. Somit ist es folgerichtig und im Sinne der Gesetzesvorlage, wenn die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates neu geregelt wird. santésuisse schlägt vor, dass nicht nur die Tarifpartner sondern auch der Bundesrat den Aufgabenbereich der Organisation nach Art. 47a erweitern kann. Für eine bundesrätliche Erweiterung des Aufgabenbereichs gelten die bisher gültigen Kriterien: - Aktuelle Tarifstruktur ist nicht sachgerecht; - Tarifpartner können sich nicht auf eine Revision einigen; Die bisherige Kompetenz des Bundesrates, Anpassungen an der Tarifstruktur vorzunehmen, wird dadurch obsolet.
Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz 1 ...Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegen-	Art. 44 Abs. 1 zweiter Satz 1 ... Die Bestimmungen über die Vergütung für Mittel und Gegenstände,	Zustimmung zum Vorschlag des BAG.	Der Tarifschutz muss auch für Arzneimittel mit

stände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), bleiben vorbehalten.	die der Untersuchung oder Behandlung dienen (Art. 52 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3), <u>sowie für Arzneimittel mit einem Referenzpreis (Art. 52 Abs. 1bis)</u> bleiben vorbehalten.		Referenzpreissystem aufgehoben werden, sonst hat der Patient keinen Anreiz das entsprechende Medikament zu wählen.
---	Art. 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen 1 Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen zuständig ist.	1 Die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer setzen eine paritätisch besetzte Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante <u>ärztliche</u> Behandlungen zuständig ist.	Die Etablierung eines ambulanten Tariffbüros – insbesondere in Verbindung mit Art. 47b Abs. 1 – wird grundsätzlich begrüsst. santésuisse begründet diese Haltung mit den mehrheitlich guten Erfahrungen in Zusammenhang mit der Einführung und Pflege der Tarife im stationären Bereich (SwissDRG, TARPSY) durch die SwissDRG AG. Einschränkend gilt es aber zu berücksichtigen, dass mit einer gesetzlich geforderten Etablierung eines Tariffbüros die Tarifautonomie beschnitten wird. Deshalb muss sich das Aufgabengebiet der Organisation nach Art. 47a auf diejenigen Bereiche beschränken, die das Vorhandensein eines Tariffbüros erfordern oder in denen die Tarifpartner anderweitig die Tarifstruktur nicht entwickeln und pflegen können. Konkret schlägt santésuisse den Aufgabenbereich auf die Erarbeitung und Pflege einer Tarifstruktur für <u>ambulant ärzt-</u>

			liche Leistungen (Nachfolge TAR-MED) zu beschränken. Dies erleichtert namentlich auch die Einsetzung und Organisation des Tariffbüros, weil seitens der Leistungserbringer nur zwei nationale Verbände, FMH und H+, einzubinden sind. In diesem Zusammenhang ist durchaus denkbar, dass das Tariffbüro im Auftrag der Tarifpartner auch weitere Tarife erarbeitet und weiterentwickelt. santésuisse schlägt des Weiteren vor, dass im Fall von Tarifstrukturen, die nicht sachgerecht sind und bei denen sich die Tarifpartner auf keine Revision einigen können, der Bundesrat die Tarifpartner dazu verpflichtet, das ambulante Tariffbüro zu beauftragen (vgl. unseren Vorschlag Art. 43 Abs. 5bis). Wir gehen davon aus, dass die Formulierung es den Tarifpartnern überlässt, ob sie das Tariffbüro in die bestehende Organisation nach Art. 49 Abs. 2 (SwissDRG AG) integrieren oder eine neue Organisation gründen wollen.
--	--	--	---

---	2 Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufstellen.	Der Bundesrat kann Grundsätze betreffend Form und Betrieb der Organisation aufstellen.	Diese Kompetenz beschneidet die Tarifautonomie unnötigerweise. Im stationären Bereich ist es den Tarifpartnern gelungen, eine Organisation einzusetzen, ohne spezifische Vorgaben des Bundesrats. Sollte das im ambulanten Bereich nicht möglich sein, bleibt dem Bundesrat die Möglichkeit, selbst eine Organisation einzusetzen (vgl. Abs. 3).
---	3 Fehlt eine solche Organisation oder entspricht sie nicht den gesetzlichen Anforderungen, so setzt der Bundesrat sie für die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer ein.	Zustimmung	
---	4 Die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen und deren Anpassungen werden dem Bundesrat von den Tarifpartnern zur Genehmigung unterbreitet.	Zustimmung	Analog zu den stationären Tarifstrukturen soll es den Tarifpartnern obliegen, dem Bundesrat das Gesuch um Genehmigung einer vom Tariffbüro entwickelten Tarifstruktur zu stellen.
---	Art. 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen 1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Organisation nach Artikel 47a diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind.	1 Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Organisation nach Artikel 47a diejenigen Kosten- und Leistungsdaten kostenlos bekanntzugeben, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen notwendig sind. Die	Mit diesem Artikel wird die langjährige Forderung, wonach die Leistungserbringer Rohdaten zur Entwicklung einer Tarifstruktur zur Verfügung stellen müssen, Rechnung getragen. Auch eine Organisation nach Art. 47a ist darauf angewiesen, dass die Leistungserbringer Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung stellen. Um eine einheitliche und qualitativ

		<u>Organisation nach Art. 47a bestimmt die zu übermittelnden Daten und die Form, wie sie zu liefern sind.</u>	hochwertige Datenlieferung sicherzustellen, soll die Organisation explizit die Kompetenz erhalten, ein verbindliches Datenlieferungsformat vorzugeben. Bei der Entwicklung und Pflege der stationären Tarifstrukturen hat es sich bewährt, dass die SwissDRG AG die Vorgaben zur Datenerhebung jährlich überarbeitet und publiziert.
---	2 Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.	Art. 46 Abs. 6 (neu) Die Leistungserbringer und deren Verbände und die Versicherer und deren Verbände sowie die Organisation nach Absatz 47a ist sind verpflichtet , dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.	Im Vorschlag von santésuisse ist der Bundesrat Genehmigungsbehörde, die Tarifstrukturen werden von der Organisation nach Art. 47a entwickelt. Es ist ausreichend, wenn das Gesetz festhält, dass die Organisation, die ja den Tarif entwickelt hat, die Daten weitergibt.
---	3 Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 2 verstossen, kann der Bundesrat Sanktionen ergreifen. Diese umfassen: a. die Verwarnung; b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.	3 Gegen Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die Organisation nach Absatz 47a, die gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe nach Absatz 1 und 2 verstossen, kann der Bundesrat Sanktionen ergreifen. Diese umfassen: a. die Verwarnung;	Verbände zu sanktionieren, wenn ihre Mitglieder keine Daten bekanntgeben wollen, ist unzulässig. Eine Verbandshaftung lehnen wir ab. Hingegen begrüssen wir es, wenn die Weigerung der Datenbekanntgabe gegenüber dem Tarifbüro (gemäss Abs. 1) bzw. gegenüber der dem Bundesrat als Genehmigungsbehörde (gemäss

		<i>b. eine Busse bis zu 20 000 Franken.</i>	unserer Formulierung von Abs. 2) sanktioniert werden kann. Den Versicherern obliegt keine zusätzliche Datenlieferungspflicht, weshalb auch keine Sanktionen aufgeführt werden müssen.
---	Art. 47c Massnahmen zur Steuerung der Kosten <i>1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vor.</i>		
---	<i>2 Die Massnahmen nach Absatz 1 können in gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge integriert werden. Sie können auch in eigenen gesamtschweizerisch geltenden Verträgen vorgesehen werden; diese sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten.</i>	<i>2 Die <u>Grundsätze zur Beurteilung der Mengenentwicklung und die Art der</u> Massnahmen nach Absatz 1 können in gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge integriert werden. Sie können auch in eigenen gesamtschweizerisch geltenden Verträgen vorgesehen werden; diese sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten.</i>	Sinnvollerweise ist hier zu unterscheiden zwischen einem Steuerungs- und Korrekturmechanismus, basierend auf einer bestimmten Methode zur Beurteilung der Mengenentwicklung, und den Zielgrössen. Während ersteres durchaus gesamtschweizerisch einheitlich geregelt werden sollte, sind die Zielgrössen und die Massnahmen möglichst nah bei den verantwortlichen Leistungserbringern vorzunehmen, also vorzugsweise auf der Ebene von kantonalen Tarifverträgen. Neben einer direkten Mengensteuerung kann auch der forcierte Einsatz resp. die verpflichtende Umsetzung von Richtlinien/Guidelines und Smarter Medicine eine Möglichkeit zur Mengenreduktion bieten.

---	3 Sie müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens regeln: a. die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind; b. die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten.		
---	4 Sie müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.	4 Sie müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen.	Das Vorjahr kann, muss aber nicht die richtige Referenzgrösse sein. Aus Gründen der zeitlichen Vergleichbarkeit und der Robustheit der Ergebnisse kann es sinnvoll sein, längere Zeitperioden oder Durchschnittswerte zu berücksichtigen, weshalb hier auf eine Zeitvorgabe im Gesetz verzichtet werden sollte. Diese ist vertraglich zu vereinbaren.
---	5 Der Bundesrat kann die Bereiche nach Absatz 3 definieren sowie Grundsätze für die Festlegung der Massnahmen zur Steuerung der Kosten aufstellen.	5 Der Bundesrat kann die Bereiche nach Absatz 3 definieren sowie Grundsätze für die Festlegung der Massnahmen zur Steuerung der Kosten aufstellen.	Streichen. Die zu steuernden Bereiche sollten grundsätzlich auf tarifpartnerschaftlicher Ebene bestimmt werden. Die Genehmigungsbehörde hat einzig zu prüfen, ob die vereinbarten Massnahmen geeignet sind, die Kosten zu steuern.
---	6 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. Die Leistungserbringer und die	6 Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände nicht einigen, so legt <u>die für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständige Behörde</u>	Der Bundesrat ist nur bei gesamtschweizerischen Tarifverträgen für die Genehmigung und damit für die Sicherstellung der Kostensteuerung zuständig. Abs. 2 des Entwurfs sieht daher korrekterweise

	<i>Versicherer geben dem Bundesrat auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.</i>	<i>(Art. 46 Abs. 4) der Bundesrat die Massnahmen zur Steuerung der Kosten fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben der Behörde dem Bundesrat auf Verlangen kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen notwendig sind.</i>	nur die Möglichkeit vor, die Steuerung auf nationaler Ebene festzulegen. Es ist sinnvoller, die Massnahme näher bei den Verursachern der Mengenausweitung anzusetzen. Eine Datenbekanntgabe auf Vorrat lehnt santésuisse in jedem Fall ab. Sie würde auch der Absicht der Pa. IV Eder (16.411 „Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung“) widersprechen.
---	<i>7 Alle Leistungserbringer und Versicherer müssen sich an die nach Absatz 1 vereinbarten oder die nach Absatz 6 festgelegten Massnahmen zur Steuerung der Kosten im entsprechenden Bereich halten.</i>	Zustimmung	Zustimmung
Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1bis und 3 1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6: b. erstellt das <u>Bundesamt</u> eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel <u>mit Preisen</u> (Spezialitätenliste). Diese hat auch die mit	Art. 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1bis und 3 1 Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6: b. erstellt das <u>BAG</u> eine Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel (Spezialitätenliste); <u>diese enthält Preise, sofern für das Arzneimittel kein Referenzpreis nach Artikel 52b gilt.</u>		

den Originalpräparaten austauschbare preisgünstigere Generika zu enthalten.			
---	<i>1bis Das BAG legt für Arzneimittel nach Artikel 52b in einer Verordnung fest:</i> <i>a. den Referenzpreis; der Referenzpreis ist der Preis, der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet wird; und</i> <i>b. den Höchstpreis; der Höchstpreis ist der Preis, den die Leistungserbringer der versicherten Person höchstens in Rechnung stellen dürfen.</i>		santésuisse begrüsst die Einführung einer auf Wirkstoffen basierenden Liste von Arzneimitteln mit Referenzpreisen. Der Referenzpreis umfasst dabei auch die Vergütung des Vertriebs (Vertriebsanteil).
3 Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen gemäss Absatz 1 verrechnet werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.	3 Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder der Behandlung dienende Mittel und Gegenstände dürfen <u>der Versicherung</u> höchstens nach den Tarifen, Preisen und Vergütungsansätzen nach den <u>Absätzen 1 und 1bis Buchstabe a in Rechnung gestellt</u> werden. Der Bundesrat bezeichnet die im Praxislabor des Arztes oder der Ärztin vorgenommenen Analysen, für die der Tarif nach den Artikeln 46 und 48 festgesetzt werden kann.		
---	---	<u>Art. 52 neu Abs. 4</u> <u>Krankenversicherer und deren Verbände, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses</u>	Die Krankenversicherer sollen die Spezialitätenliste des BAG mit den Preisen, anfechten können. Dies ist eine langjährige Forderung der Krankenversicherer, welche durch die Parlamentarische Initiative

		<u>Gesetzes widmen, steht das Beschwerderecht gegen die Spezialitätenliste des BAG zu.</u>	Lohr, 17.453, „Beschwerderecht der Krankenversicherer gegen Entscheide des BAG betreffend Spezialitätenliste“ unterstützt wird.
<u>Art. 52a Substitutionsrecht Apotheker oder Apothekerinnen können Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika dieser Liste ersetzen, wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt. Im Falle einer Substitution informieren sie die verschreibende Person über das abgegebene Präparat.</u>	<u>Art. 52a Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis</u> <u>1 Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste ohne Referenzpreis aufgeführt, so vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nur den Preis des günstigeren Arzneimittels.</u>	1 Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste ohne Referenzpreis aufgeführt, so vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung <u>bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person</u> nur den Preis des günstigeren Arzneimittels.	Die Neuformulierung von Artikel 52a wird im Grundsatz unterstützt. Damit wird das Kostengünstigkeitsprinzip bei wirkstoffgleichen Medikamenten durchgesetzt. Die Medikamentensubstitution kommt zur Anwendung, wenn zwei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung und gleichem Anwendungsgebiet in der Spezialitätenliste aufgeführt werden. Ergänzend zur Einführung des Referenzpreissystems soll für diesen Fall bei gleicher medizinischer Eignung nur der Preis des jeweils preisgünstigeren Arzneimittels durch die OKP vergütet werden. <u>Problematisch ist aus Sicht von santésuisse die Einschränkung der Substitution auf die medizinische Eignung.</u> Diese bietet viel Interpretationsspielraum. Diese Problematik wird auch vom Gesetzgeber erkannt. Absatz 4, welcher dem Bundesrat die schwierige Aufgabe auferlegt zu entscheiden, wann ein Arzneimittel für die versicherte Person als me-

			dizinisch gleichwertig gilt, ist deshalb ebenfalls zu streichen, da nicht umsetzbar.
	2 Wird bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person nicht das preisgünstigere Arzneimittel verschrieben oder abgegeben, so ist die versicherte Person darüber zu informieren, welcher Betrag nach Absatz 1 vergütet wird.	2 Wird bei gleicher medizinischer Eignung für die der versicherten Person nicht das preisgünstigere Arzneimittel verschrieben oder abgegeben, so <u>hat der Leistungserbringer ist</u> die versicherte Person darüber zu informieren, welcher Betrag nach Absatz 1 vergütet wird.	S. die Ausführungen zu Abs. 1. Im Sinne der Klarheit schlagen wir bei der hier stipulierten Informationspflicht vor, auf eine passive Formulierung zu verzichten und stattdessen den Leistungserbringer, der das Medikamente verschreibt oder abgibt, zu verpflichten, den Patienten zu informieren, wenn dieser nicht das preisgünstigste Medikament erhält.
	3 Ersetzt die abgebende Person das verschriebene durch das preisgünstigere Arzneimittel, so informiert sie die verschreibende Person darüber.	Zustimmung	Zustimmung
	4 Der Bundesrat kann Voraussetzungen festlegen, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten.	4 Der Bundesrat kann Voraussetzungen festlegen, die Arzneimittel erfüllen müssen, um als medizinisch gleich geeignet zu gelten.	santésuisse vertritt die Position, dass im Fall von wirkstoffgleichen Medikamenten in jedem Fall nur das günstigste Medikament von der OKP übernommen werden darf. Folglich ist die Formulierung „bei gleicher medizinischer Eignung für die versicherte Person“ zu streichen. Obsolet ist demnach auch Absatz 4.
---	<u>Modell mit Preisabschlag:</u> Art. 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis		santésuisse erachtet die Variante 1 (Modell mit Preisabschlag) als weniger kosteneffizient <u>und spricht</u>

	<i>1 Sind mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt.</i>		sich für die Variante 2, Modell mit <u>Meldesystem, aus.</u> (S. dazu auch einführende Bemerkungen unter C). santésuisse erachtet das Kostensenkungspotential von Variante 1 als zu wenig ambitioniert. Zudem möchte santésuisse den Versicherern eine aktivere Rolle bei der Preisgestaltung geben. <u>Als „second best“- Lösung unterstützt santésuisse diese Variante trotzdem.</u>
---	<i>2 Der Referenzpreis wird so berechnet, dass ein angemessener Preisabstand gegenüber dem Resultat eines Vergleichs mit dem Preis in Referenzländern (Auslandpreisvergleich) eingehalten wird.</i>		
---	<i>3 Sind mehr als drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so wird beim nach Absatz 2 berechneten Referenzpreis ein angemessener Preisabschlag vorgenommen.</i>		
---	<i>4 Der Höchstpreis nach Artikel 52 Absatz 1bis entspricht dem nach Absatz 2 berechneten Preis.</i>		
---	<i>5 Die Referenzpreise und die Höchstpreise werden regelmässig überprüft. Sie werden nur angepasst, wenn die Überprüfung einen tieferen Preis ergibt.</i>		

---	6 Der Bundesrat legt fest: a. wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; b. wie hoch die Preisabstände nach Absatz 2 sind und wie sie berechnet werden; c. wie hoch der Preisabschlag nach Absatz 3 ist; d. wie die Bestandteile des Referenzpreises und des Höchstpreises zu bestimmen sind.		
---	7 Er kann vorsehen, dass: a. der Referenzpreis anders als gemäss Absatz 2 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandpreisvergleich vorgenommen werden kann; b. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 5 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.		
---	<u>Modell mit Meldesystem:</u> Art. 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis 1 Sind mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in der Spezialitätenliste aufgeführt, so werden für alle Arzneimittel mit dieser Wirkstoffzusammensetzung ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt.		

---	<i>2 Der Referenzpreis entspricht dem Preisdurchschnitt des günstigsten Drittels der Arzneimittel nach Absatz 1. Dem Preisdurchschnitt wird ein Zuschlag hinzugefügt, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.</i>		santésuisse ist überzeugt, dass der Preiswettbewerb unter den wirkstoffgleichen Medikamenten stimuliert werden muss um die entsprechenden Kostensenkungspotentiale auch zu realisieren. Bei der Qualität gibt es ja keine Unterschiede. Die Versicherer können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie entsprechende Preisverhandlungen mit den Zulassungsinhabern führen und die Konditionen der zu vergütenden Medikamente festlegen. In diesem Zusammenhang ist auf das in Deutschland angewandte Referenzpreissystem hinzuweisen. Die Wahl der Festlegung des Referenzpreises aufgrund des günstigsten Drittels steht in gewisser Weise im Widerspruch zum im KVG postulierten Kostengünstigkeitsprinzip. Andererseits kann es dazu führen, dass nicht bei jedem Neueintritt alle bestehenden Generika über den Referenzpreis zu stehen kommen, was das System stabilisiert und den Generikamarkt grundsätzlich attraktiver macht, ohne dass der Anreiz verschwindet, die Preise für Generika zu senken.
-----	---	--	--

---	3 Der Höchstpreis wird so berechnet, dass ein angemessener Preisabstand gegenüber dem Resultat eines Vergleichs mit dem Preis in Referenzländern (Auslandpreisvergleich) eingehalten wird.		Zustimmung
---	4 Die Inhaberinnen der Zulassung für Arzneimittel, für die ein Referenzpreis gilt, melden dem BAG regelmässig die Preise.	4 Die Inhaberinnen der Zulassung für Arzneimittel, für die ein Referenzpreis gilt, melden dem BAG regelmässig die Preise. <u>Vergütungen auf vertraglicher Basis zwischen Zulassungsinhabern und Versicherern sind von der Meldepflicht ausgenommen.</u>	Die Meldepflicht hat sich auf den Listenpreis zu beziehen. Rabatte, die im Rahmen von vertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, sind davon auszunehmen, denn eine Meldepflicht und damit verbunden eine Berücksichtigung der Rabatte für die Festlegung des Referenzpreises, würde Rabattverträge, die Abs. 5 explizit zulässt, verhindern.
---	5 Die Versicherer können nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergüten, wenn damit eine kostengünstigere Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. Sie veröffentlichen jährlich eine Liste dieser Arzneimittel und teilen sie gleichzeitig mit den neuen Prämien jeder versicherten Person mit.	5 Die Versicherer können <u>vorsehen, dass</u> nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergüten <u>vergütet werden</u> , wenn damit eine kostengünstigere Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. Sie veröffentlichen jährlich eine Liste dieser Arzneimittel und deren Wirkstoffzusammensetzung teilen sie gleichzeitig mit den neuen Prämien jeder versicherten Person mit.	santésuisse begrüsst ausdrücklich die Möglichkeit der Versicherer, nur einzelne Arzneimittel zu vergüten. Damit wird der Wettbewerbsdruck auf alle Arzneimittel erhöht. Dies führt tendenziell zu tieferen Preisen. Dabei wird der Versicherer auch sicherstellen, dass die Versorgungssicherheit gewährleistet wird. Nur so können die Verträge auch realisiert werden. Zur Information der Versicherten und der Abgabestellen ist die aktuell gültige Liste zu publi-

			zieren. <u>Eine Mitteilung der vergüteten Arzneimittel an jede versicherte Person im Rahmen der Prämienmitteilung ist allerdings nicht zielführend.</u> Für die Mehrheit der Versicherten ist eine solche Liste nutzlos, zumal sie die für sie allenfalls relevante Information gerade nicht enthält, nämlich ob ein bestimmtes Medikament, das sie bisher bezogen haben, künftig nicht mehr vergütet wird. Aus diesem Grund sollte die publizierte Liste denjenigen Wirkstoff sowie diejenigen Medikamente mit diesem Wirkstoff aufführen, die vergütet werden.
---	<i>6 Die Referenzpreise und die Höchstpreise werden regelmässig überprüft. Sie werden nur angepasst, wenn die Überprüfung einen tieferen Preis ergibt.</i>		Zustimmung
---	<i>7 Der Bundesrat legt fest:</i> <i>a. wie sich der Referenzpreis und der Höchstpreis zusammensetzen und wie deren Bestandteile zu bestimmen sind;</i> <i>b. wie das günstigste Drittel der Arzneimittel zu berechnen ist;</i> <i>c. unter welchen Voraussetzungen ein Zuschlag nach Absatz 2 hinzugefügt wird und wie hoch der Zuschlag ist;</i>		

	d. wie der Auslandpreisvergleich vorzunehmen ist; e. wie hoch die Preisabstände nach Absatz 3 sind und wie sie berechnet werden; f. wie oft die Zulassungsinhaberinnen den Preis melden müssen.		
---	8 Der Bundesrat kann vorsehen, dass: a. die nach Absatz 4 gemeldeten Preise öffentlich sind; b. die von den Versicherern nach Absatz 5 vergüteten Arzneimittel zentral veröffentlicht werden; c. der Höchstpreis anders als gemäss Absatz 3 zu berechnen ist, wenn für die betreffenden Arzneimittel kein Auslandpreisvergleich vorgenommen werden kann; d. die Referenzpreise und die Höchstpreise abweichend von Absatz 6 angepasst werden können, wenn die Versorgung mit Arzneimitteln gefährdet ist.		
	Art. 53 Abs. 1bis <u>1bis Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht</u>	Art. 53 Abs. 1bis <u>1bis Den Versicherern und ihren Verbänden, die sich gemäss ihren Statuten dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder im Rahmen der Anwendung dieses Gesetzes widmen, steht das Beschwerde-</u>	Das Verbandsbeschwerderecht auf kantonaler Ebene ist in vielen Bereichen zwingend notwendig. Tarifrechtlichen Zielen und Grundsätzen des Krankenversicherungsgesetzes kann so zum Durchbruch verholfen werden. Das Beschwerderecht ist ein wich-

	<i>das Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.</i>	<i>recht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 zu.</i>	tiger Schritt, um kantonale Entscheide bezüglich Spitalliste, aber auch bezüglich Preisfestsetzung von Medikamenten (s. Art. 52 neu Abs. 4) zu beurteilen sowie entsprechend einzugreifen, wenn zu einseitig kantonale bzw. herstellerseitige Interessen verfolgt werden. Die Formulierung „Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionale Bedeutung“ ist unklar und wenig zielführend. Die Organisationen handeln in der Regel im Auftrag ihrer Mitglieder. Konsequenterweise ist daher – wie anderswo im Gesetz – die Formulierung „Versicherter und ihre Verbände“ zu wählen.
Art. 59 Sachüberschrift, Abs. 1 erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g <i>Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen</i>	Art. 59 Sachüberschrift, Abs. 1 erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g <i>Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen <u>sowie bezüglich Rechnungsstellung</u></i>	<i>Zustimmung</i>	Diese Sanktionsbestimmung wird unterstützt. Solange keine Sanktionen im Gesetz vorgegeben sind, werden die Versicherer Verletzungen gegen gesetzliche Anforderungen und vertragliche Abmachungen seitens Leistungserbringer nicht ahnden können. Durchsetzbare Sanktionen im Bereich der Rechnungsstellung ist somit ein notwendiger Schritt um die Situation zu verbessern.

1 Gegen Leistungserbringer, welche gegen <u>die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder gegen vertragliche Abmachungen</u> verstossen, werden Sanktionen ergriffen.	1 Gegen Leistungserbringer, welche gegen <u>im Gesetz vorgesehene Anforderungen oder gegen vertragliche Abmachungen betreffend Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Art. 56 und 58) sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungstellung (Art. 42)</u> verstossen, werden Sanktionen ergriffen....		
3 Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:	3 Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:		
---	g. die unterlassene Zustellung einer Kopie der Rechnung an die versicherte Person im System des Tiers payant nach Artikel 42.		Diese Ergänzung in lit. g ist explizit zu unterstützen.
---		<u>h. die wiederholte unvollständige oder unkorrekte Rechnungsstellung.</u>	Neben der unterlassenen Zustellung einer Kopie an die versicherte Person muss aber <u>auch das Ausstellen fehlerhafter Rechnungen geahndet werden können</u> , insbesondere wenn Angaben fehlen oder ungenau sind. Beispielsweise erschweren oder verunmöglichen fehlende oder fehlerhafte Mengenangaben oder fehlende GLN bei Medikamenten das gute Funktionieren des Risikoausgleichs. Bei den stationären Spitalrechnungen sind die medizi-

			nische Abteilung und der behandelnde Arzt vielfach nicht ersichtlich. Die unvollständige Angabe erschwert die Überprüfung, ob der richtige Tarif angewendet wurde. Im ambulanten Spitalbereich sind die Abrechnungen teilweise schwierig zu kontrollieren. Dies hat damit zu tun, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Positionen aufgelistet ist. Diese sind nicht immer in den administrierten Tarifkatalogen zu finden (d.h. Tarmed, AL, MiGeL). Auch hier würde die Sanktionierungsmöglichkeit darauf abzielen, eine weitgehend standardisierte und nachvollziehbare Abrechnung zu erhalten, um die Überprüfung besser durchführen zu können.
---	<u>Gliederungstitel vor Art. 59b</u> 4a. Kapitel: Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung Art. 59b 1 Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen:		Ein Experimentierartikel kann eine Massnahme zur politischen Deblockierung darstellen und ist zu unterstützen. Die genannten Beispiele (Aufhebung/Lockerung Territorialprinzip, einheitliche Finanzierung von ambulant und stationär) könnten durchaus einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. <u>Die konkrete Ausgestaltung der hier genannten Vorschläge ist jedoch alleine entscheidend, um die Kostenentwicklung zu dämpfen. santésuisse unterstützt diesen Absatz deshalb nur unter Vorbehalt.</u>

			Das System darf auf keinen Fall übermässig kompliziert werden, da ansonsten allfällige Effizienzgewinne durch erhöhten Verwaltungsaufwand aufgehoben werden. Eine übermässige Föderalisierung, wonach faktisch jeder Kanton sein eigenes Gesundheitssystem hat, ist zu vermeiden. Die Experimente sollten daher namentlich hinsichtlich einer späteren gesamtschweizerischen Umsetzung durchgeführt (und evaluiert) werden.
---	<i>a. Leistungserbringung im Auftrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Naturalleistungsprinzip) anstelle der Vergütung der Leistungen</i>		<u>Bemerkung zu a.:</u> santésuisse unterstützt die Entwicklung von patienten- und nutzenorientierten Versorgungsmodellen. Der Versicherer hat so die Möglichkeit, den Patientenpfad zu steuern, wie dies in anderen Sozialversicherungen bereits heute gilt.
---	<i>b. Übernahme von Behandlungen im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2;</i>	<i>b. Übernahme von <u>Behandlungen-Leistungen</u> im Ausland ausserhalb der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit nach Artikel 34 Absatz 2;</i>	<u>Bemerkung zu b.:</u> santésuisse unterstützt die Massnahme zur Lockerung und Aufhebung des Territorialitätsprinzips. Dies darf sich aber nicht nur auf Behandlungen beziehen, sondern muss auch andere Leistungen wie Medikamente oder MiGeL beinhalten. Die Preise für medizinische Leistungen, Arzneimittel und Produkte der Mittel- und Gegenständen

			deliste sind bekannterweise vor allem im angrenzenden Ausland billiger. Die Vergütung solcher Leistungen führt zu einer Entlastung der OKP. Die Qualität der Leistungen ist sichergestellt, wenn diese über Apotheken oder andere Leistungserbringer im Ausland bezogen werden. santésuisse ist der Auffassung, dass es dem Versicherten freistehen sollte, im Ausland bezogene Leistungen oder Gesundheitsgüter zu vergüten. Mit dieser Lösung würde sichergestellt, dass die Kostenübernahme nur dann erfolgt, wenn die Produkte im Ausland effektiv günstiger bezogen worden sind.
---	<i>c. Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers;</i>		<u>Bemerkung zu c.:</u> santésuisse begrüsst Bestrebungen, die Vergütung der Leistungserbringer von zusätzlichen Bedingungen abhängig zu machen – auch ausserhalb der besonderen Versicherungsformen. Der Experimentierartikel sollte hier möglichst viele Möglichkeiten erlauben (Mitarbeit bei Qualitätsprogrammen, Führen von Patientendossiers etc.). Dies soll sowohl im Rahmen von besonderen Versicherungsmodellen, aber im Rahmen eines Pilotprojekts auch verpflichtend für

			alle Versicherten eines Versicherers oder eines Kantons möglich sein.
---	<i>d. einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen;</i>		<u>Bemerkung zu d.:</u> santésuisse fordert grundsätzlich eine einheitliche Finanzierung spitalstationärer und aller ambulanter Leistungen.
---	<i>e. Förderung der koordinierten und der integrierten Gesundheitsversorgung;</i>		<u>Bemerkung zu e.:</u> santésuisse begrüsst Massnahmen zur besseren Koordination der Leistungserbringer. Koordination und Denken in Behandlungsketten sind unbestritten und zu unterstützen. Damit können sowohl Qualität wie die Effizienz steigen, was zu einer Kostendämpfung beiträgt. Ein staatliches Diktat (zwangsweise Zuteilung in Managed-Care-Modelle) lehnt santésuisse jedoch ab. Der bisherige Bottom-up-Ansatz hat sich bewährt, die Teilnahme der Versicherten an Managed-Care-Modellen ist stetig gewachsen – ohne staatliche Zwangsmassnahmen. Übermässige Regulierung würde die Entwicklung innovativer Versicherungsmodelle behindern
---	<i>f. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten.</i>	<i>f. weitere Instrumente zur <u>Dämpfung des Anstiegs der Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</u> <u>Steuerung der Kosten.</u></i>	Das eigentliche Ziel sollte nicht die Steuerung der Kosten sein, sondern der Dämpfung der Leistungsentwicklung dienen. Dient die Steuerung der Dämpfung des

			Kostenwachstums, ist ein entsprechendes Pilotprojekt weiterhin zulässig.
---	<i>2 Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt</i>	<i>Zustimmung</i>	Es muss sichergestellt werden, dass konkrete Projekte genau definiert und abgrenzbar sind.
---	<i>3 Das EDI regelt die Abweichungen vom Gesetz sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Pilotprojekts in einer Verordnung.</i>	<i>3 Das EDI regelt <u>in Zusammenarbeit mit den Gesuchstellern des Pilotprojekts</u> die Abweichungen vom Gesetz sowie die Rechte und Pflichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Pilotprojekts in einer Verordnung.</i>	Es muss sichergestellt werden, dass konkrete Projekte genau definiert und abgrenzbar sind. Wichtig ist aber auch, dass die Verordnung unter Mitwirkung der Projektträger erfolgt.
---	<i>4 Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt.</i>	<i>4 Die Kantone, die Versicherer oder ihre Verbände und die Leistungserbringer oder ihre Verbände sowie die Versicherten können zur Teilnahme an einem Pilotprojekt verpflichtet werden, wenn sich mit einer freiwilligen Teilnahme nicht angemessen beurteilen lässt, wie sich eine spätere Verallgemeinerung des Pilotprojekts auswirkt. <u>Eine Verpflichtung setzt voraus, dass die Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer und Versicherer dem Projekt zustimmt.</u></i>	Mit Vorbehalt zu unterstützen. Für santésuisse ist die Freiwilligkeit zur Teilnahme wichtig. Eine Zwangsverpflichtung ist nur sinnvoll, wenn durch den Zwang statistisch wertvolle zusätzliche Erkenntnisse möglich sind um die Wirkung eines Projektes beurteilen zu können. Es ist zudem sicherzustellen, dass jeweils die Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer und Versicherer dem Projekt zustimmen. Die Verpflichtung soll nicht gegen den Willen einer Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer oder Versicherer durchgesetzt werden können.

---	<i>5 Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Evaluation und die Weiterverfolgung der Pilotprojekte.</i>	<i>Zustimmung</i>	Es muss sichergestellt werden, dass konkrete Projekte genau definiert und abgrenzbar sind.
---	<i>6 Nach Abschluss des Pilotprojekts kann der Bundesrat vorsehen, dass Bestimmungen nach Absatz 3 anwendbar bleiben, wenn die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt werden kann. Die Bestimmungen treten ein Jahr nach ihrer Verlängerung ausser Kraft, wenn der Bundesrat bis dahin der Bundesversammlung keinen Entwurf einer gesetzlichen Grundlage unterbreitet hat. Sie treten ausserdem ausser Kraft mit der Ablehnung des Entwurfs des Bundesrates durch die Bundesversammlung oder mit Inkrafttreten der gesetzlichen Grundlage.</i>	<i>Zustimmung</i>	Wirksame Modelle müssen dementsprechend auch umgesetzt werden.
---	II <i>Die Änderung anderer Erlasse ist im Anhang geregelt.</i>		
---	III Übergangsbestimmungen zur Änderung vom... <i>1 Die Organisation nach Artikel 47a ist innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung einzusetzen.</i>		

---	<i>2 Die gesamtschweizerisch geltenden Verträge für Massnahmen zur Steuerung der Kosten nach Artikel 47c Absatz</i>		
---	<i>1 sind dem Bundesrat innerhalb von zwei Jahren nach dem Inkrafttreten dieser Änderung zur Genehmigung vorzulegen.</i>		
---	<i>3 Ein Referenzpreis für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung wird nach Artikel 52b festgelegt:</i> <i>a. im ersten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für Arzneimittel, deren Marktvolumen in der Schweiz während drei Jahren vor dem Inkrafttreten dieser Änderung im Durchschnitt pro Jahr über 25 Millionen Franken liegt;</i> <i>b. im zweiten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für Arzneimittel, deren Marktvolumen in der Schweiz während drei Jahren vor der Festlegung des Referenzpreises im Durchschnitt pro Jahr über 16 Millionen Franken liegt;</i> <i>c. im dritten Jahr nach dem Inkrafttreten dieser Änderung: für die übrigen Arzneimittel.</i>		Im Interesse einer geordneten und die Versorgungssicherheit nicht gefährdenden Systemeinführung <u>soll das Referenzpreissystem stufenweise implementiert werden.</u> <u>santésuisse unterstützt eine gestaffelte Einführung des Referenzpreissystems über drei Jahre.</u> Die entsprechenden Vorarbeiten vor allem für die Durchführung von Preisverhandlungen sind entsprechend aufwändig.
---	IV <i>1 Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.</i> <i>2 Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.</i>		

	Änderung anderer Erlasse Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:		
	1. Bundesgesetz vom 19. Juni 19923 über die Militärversicherung (MVG)		
	Ersatz eines Ausdrucks In den Artikeln 27a und 75 wird «Bundesgesetz vom 18. März 19944 über die Krankenversicherung» ersetzt durch «KVG».		
Art. 18a Abs. 1 1 Bei Zahnschäden richtet sich die Leistungspflicht der Militärversicherung nach Artikel 31 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 (Fn.59) über die Krankenversicherung.	Art. 18a Abs. 1 1 Bei Zahnschäden richtet sich die Leistungspflicht der Militärversicherung nach Artikel 31 Absatz 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 (Fn.5) über die Krankenversicherung (KVG).		
Art. 26 Abs. 1 erster Satz und 3bis 1 Die Militärversicherung kann mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Abklärungsstellen, den Laboratorien, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen.	Art. 26 Abs. 1 erster Satz und 3bis 1 Die Militärversicherung kann mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Abklärungsstellen, den Laboratorien, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife <u>und Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen oder ihrer Kosten festlegen.</u>		

---	3bis Die Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 KVG ⁶ , die Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a KVG sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.		
	2. Bundesgesetz vom 20. März 19817 über die Unfallversicherung (UVG)		
Art. 56 Abs. 1 erster Satz und 3bis 1 Die Versicherer können mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife festlegen. ¹ ...	Art. 56 Abs. 1 erster Satz und 3bis 1 Die Versicherer können mit den Medizinalpersonen, den medizinischen Hilfspersonen, den Spitälern, den Kuranstalten sowie den Transport- und Rettungsunternehmen vertraglich die Zusammenarbeit regeln und die Tarife <u>und Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen oder ihrer Kosten festlegen.</u> 3bis Die Leistungserbringer nach den Artikel 36–40 des Bundesgesetzes vom 18. März 19948 über die Krankenversicherung (KVG), die Versicherer und die Organisation nach Artikel 47a KVG ⁹ sind verpflichtet, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Fest-		

	legung der Tarife und Preise notwendig sind. Der Bundesrat erlässt nähere Vorschriften zur Bearbeitung der Daten unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips.		
Art. 68 Abs. 1 Bst. c 1 Personen, für deren Versicherung nicht die Suva zuständig ist, werden nach diesem Gesetz gegen Unfall versichert durch: <u>c. Krankenkassen im Sinne des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung.</u>	Art. 68 Abs. 1 Bst. c 1 Personen, für deren Versicherung nicht die Suva zuständig ist, werden nach diesem Gesetz gegen Unfall versichert durch: <u>c. Krankenkassen im Sinne des KVG.</u>		
	3. Bundesgesetz vom 19. Juni 1959¹¹ über die Invalidenversicherung		
Art. 26 Abs. 4 zweiter Satz 4 ... Einen solchen Entzug darf nur ein kantonales Schiedsgericht nach Artikel <u>27bis</u> für eine von ihm festzusetzende Dauer aussprechen	Art. 26 Abs. 4 zweiter Satz 4 ... Einen solchen Entzug darf nur ein kantonales Schiedsgericht nach Artikel <u>27ter</u> für eine von ihm festzusetzende Dauer aussprechen		
---	Art. 27 Abs. 6 6 Die Leistungserbringer und die Organisation nach Artikel 47a KVG geben dem Bundesrat auf Anfrage kostenlos diejenigen Daten bekannt, die für die Festlegung und Anpassungen der Tarife nach den Absätzen 3–5 notwendig sind.		

---	Art. 27bis Massnahmen zur Steuerung der Kosten 1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände und das Bundesamt sehen in gesamt-schweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten vor. 2 Die Massnahmen nach Absatz 1 müssen pro Bereich, der für die jeweilige Art von Leistungserbringer relevant ist, mindestens regeln: a. die Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen, die für die Leistungen vorgesehen sind; b. die Überwachung der Entwicklung der abgerechneten Kosten. 3 Sie müssen Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und Kosten gegenüber dem Vorjahr vorsehen. 4 Der Bundesrat kann die Bereiche nach Absatz 2 definieren sowie Grundsätze für die Festlegung der Massnahmen zur Steuerung der Kosten aufstellen. 5 Können sich die Leistungserbringer oder deren Verbände und das Bundesamt nicht auf Massnahmen zur Steuerung der Kosten nach Absatz 1 einigen, so legt der Bundesrat diese Massnahmen fest. 6 Sämtliche Leistungserbringer eines Bereichs und das Bundesamt müs-		
-----	--	--	--

	sen sich an die nach Absatz 1 vereinbarten oder die nach Absatz 5 festgelegten Massnahmen zur Steuerung der Kosten im entsprechenden Bereich halten.		
<i>Ehemals Art. 27bis</i>	Art. 27ter <i>Bisheriger Art. 27bis</i>		
Art. 69 Abs. 3 <i>3 Gegen Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte nach Artikel <u>27bis</u> kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.</i>	Art. 69 Abs. 3 <i>Gegen Entscheide der kantonalen Schiedsgerichte nach Artikel <u>27ter</u> kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.</i>		

Schweizerische Eidgenossenschaft
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
3003 Bern

Per E-Mail an:

abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Zürich, 14. Dezember 2018

**Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 laden Sie uns ein, zum Vorentwurf und zum Bericht betreffend das Paket 1 der Massnahmen zur Kostendämpfung Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns für diese Möglichkeit, die wir gerne wahrnehmen. Der Schweizerische Versicherungsverband SVV ist der Dachverband der privaten Versicherungswirtschaft und äussert sich im Namen der Krankenzusatzversicherer.

Empfehlung des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV)

Der SVV begrüsst die Bemühungen des Bundesrates, die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) mit konkreten Massnahmen zu dämpfen. Die Zunahme der Steuern und der Prämien belastet auch die Zahlungsbereitschaft für die Zusatzversicherung. Der SVV ist an einem qualitativ guten und bezahlbaren Versorgungsniveau in der Grundversicherung interessiert. Darüber hinaus soll der private Gesundheitsmarkt individuelle Kundenbedürfnisse abdecken können.

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen begünstigen jedoch in ihrer Konzeption leider Bürokratie, anstatt Patientinnen und Patienten ins Zentrum der Diskussion zu stellen, und bevorzugen staatliche Steuerung anstelle von Anreizen für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die Zahl aktuell eingereichter Vorstösse, die das System destabilisieren können, ist hoch. Die Auswirkungen für das Gesundheitssystem sind nicht abschätzbar. Der SVV empfiehlt dem Bundesrat deshalb, sämtliche Massnahmen generell auf Kosteneinsparungen (konsequente Umset-

zung WZW-Kriterien) und die Stärkung der Tarifautonomie (mehr Freiheit bei der Tarifgestaltung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs) auszurichten.

Beurteilung

Primäres Ziel des Massnahmenpakets 1 des Bundesrates ist es, das Kostenwachstum und damit den Anstieg der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) zu dämpfen. Der SVV begrüsst diese Zielsetzung, zumal die Zunahme der Steuer- und Prämienbelastung die private Zahlungsbereitschaft und das Zusatzversicherungsgeschäft schwächt.

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen setzen aus Sicht des SVV zu stark auf staatliche Steuerung. Eine Kostendämpfung wird damit nicht erreicht. Der SVV nimmt aus VVG-Perspektive zu den relevantesten Massnahmen wie folgt Stellung:

Experimentierartikel (M02)

Innovative Projekte ausserhalb des engen Rahmens des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und mit Fokus auf Kosteneinsparungen in der OKP sind sinnvoll. Die Diskussionen über die Einführung eines Experimentierartikels zeigen aber auch, dass ausbleibende Innovation mitunter eine direkte Folge von starren gesetzlichen Vorgaben ist. Der Experimentierartikel ist folglich eine ambivalente Massnahme. Einerseits unterstreicht er den Willen, mehr Handlungsspielraum zuzulassen, andererseits zementiert er die fehlende Flexibilität des Systems, Innovationen durch eine massvolle Regulierung per se zuzulassen.

Neben der wissenschaftlichen Begleitung und der zeitlichen Befristung der Pilotprojekte muss die Reversibilität gewährleistet werden und es ist sicherzustellen, dass die Leistungsgarantie und das Solidaritätsprinzip für alle Versicherten eingehalten werden.

Der Artikel sieht zudem eine zentralistische Steuerung der Pilotprojekte durch den Bund vor, der Akteure sogar zur Teilnahme an einem Pilotprojekt zwingen kann. Für den SVV ist diese Konzeption nicht zielführend und entspricht auch nicht der Schweizerischen Werten der Freiheit und Eigenverantwortung. Ein Experiment kann nur dann erfolgsversprechend durchgeführt werden, wenn es von den beteiligten Akteuren mitgetragen wird.

Tarifstruktur aktuell halten (M25)

Der SVV kann der Datenlieferungspflicht für den ambulanten Bereich zustimmen, sofern diese den Zweck erfüllt, dem Bundesrat die Wahrnehmung seiner Aufgaben (Genehmigung der Tarifstrukturverträge oder subsidiäre Festsetzung) zu ermöglichen. Da diese Aufgaben bereits heute zur Kompetenz des Bundesrates gehören, stellt sich aus Sicht des SVV die Frage, ob eine zusätzliche Gesetzesgrundlage überhaupt notwendig ist. Wichtig ist, dass im Gesamtkonstrukt die Massnahme M25 und die neue Tariforganisation (M34) nicht zu einer staatlich zentralisierten,

nationalen Tariffestsetzungsbehörde über den gesamten ambulanten Versorgungsbereich mutieren. Der SVV wünscht hier eine Lösung, mit der Blockaden zwischen Tarifpartnern gelöst und die Tarifautonomie gestärkt werden – insbesondere die Aufhebung des Kontrahierungszwangs.

Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15)

Der Bundesrat schlägt vor, seine subsidiäre Kompetenz im Tarifbereich auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife zu erweitern. Auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife sollen sich künftig auf eine gesamtschweizerische, einheitliche Tarifstruktur stützen.

Nach geltendem Recht müssen Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen (Art. 43. Abs. 5 KVG). Auch Zeit- und Pauschaltarife sind nach geltendem Recht (Art. 43 Abs. 2 KVG) bereits erlaubt. Anders als der Einzelleistungstarif, müssen Zeit- und Pauschaltarife aber nicht auf einer national einheitlichen Tarifstruktur abstützen, sondern können individuell in Tarifverträgen vereinbart werden, was heute immer häufiger geschieht.

Es ist bekannt, dass die Verhandlungen der nationalen Tarifstruktur für ambulante ärztliche Einzelleistungstarife (TARMED) zu grossen Blockaden zwischen den Tarifpartnern und letztlich zur subsidiären Tariffestsetzung durch den Bundesrat geführt haben. Es besteht die Gefahr, dass die vom Bundesrat vorgeschlagene Ausweitung des Geltungsbereichs von Art. 43 Abs. 5 KVG auch bei den Pauschalen zu Blockaden führt. Der SVV lehnt diese Massnahme vor diesem Hintergrund ab.

Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf Pa. Iv. 17.402)

Der SVV unterstützt die Idee, dass dort, wo sachgerecht, kostendämpfende Instrumente (zum Beispiel degressive Tarife) in Tarifverträge aufgenommen werden können. In der Grundversicherung müssen die Tarife wirtschaftlich sein; sie können heute bereits Mengen- und Tarifvorgaben beinhalten. Die Verpflichtung, Massnahmen zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Tarifverträgen zu vereinbaren, ist jedoch nicht zielführend und abzulehnen. Schon heute ist es den Tarifpartnern möglich, Kostensteuerungsmechanismen in den Tarifverträgen einzubauen und es gibt auch bereits solche Verträge unter Tarifpartnern. Von einem Zwang sollte deshalb abgesehen werden, weil dieser sich letztlich negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt.

Der SVV empfiehlt dem Bundesrat, zur Kostendämpfung stärker auf Eigenverantwortung, Anreize für Qualität und auf einen klaren Leistungsumfang der Grundversicherung hinzuarbeiten (Durchsetzung der WZW-Kriterien).

Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22)

Der SVV begrüsst die Verankerung des Referenzpreissystems im KVG. Bei den Umsetzungsvarianten hat der SVV eine klare Präferenz für das wettbewerbliche Modell (Modell mit Meldesystem). Das Modell mit Preisabschlag ist zu wenig dynamisch und zu kompliziert. In den letzten zehn Jahren hat eine ähnliche Regulierung dazu geführt, dass das Fabrikabgabepreisniveau der Generika im Durchschnitt doppelt so hoch war wie im Ausland. Ein Grundproblem bei dieser Lösung ist, dass der Preis des Originalpräparates als Ausgangslage verwendet wird. Das Preisniveau nach Markteintritt der Generika in den Referenzländern wird dabei ignoriert und auch zu einem späteren Zeitpunkt basiert die Berechnung stets auf dem überhöhten Originalpreis. Aufgrund dieser Überlegungen befürwortet der SVV die Einführung des Referenzpreises gemäss Modell 2.

Rechnungskontrolle stärken (M09)

Die Krankenversicherer haben ein ureigenes Interesse an der Entwicklung wirksamer Rechnungskontrollen, da diese direkt die Höhe der Prämien beeinflussen. Die Kontrolle der Erstattung von OKP-Leistungen gehört zu ihren Kernkompetenzen und muss weiterhin in ihrer Verantwortung liegen.

Der SVV unterstützt die Massnahme der Rechnungskontrolle, solange den Krankenversicherern ermöglicht wird, die Qualität der Kontrolle zu verbessern und neue Kontrollmöglichkeiten zu entwickeln, ohne den vom Gesetzgeber festgelegten Wettbewerbsrahmen zu beeinträchtigen.

Die Einführung einer Rechnungskontrollbehörde, wie sie als mögliche Massnahme im Expertenbericht genannt wird, lehnt der SVV dezidiert ab, da sie den Krankenversicherern eine ihrer Hauptaufgaben entzieht.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Urs Arbter
Leiter Ressort Versicherungspolitik und
Regulierung, Stellvertretender Direktor



Dominik Gresch
Leiter Bereich Kranken- und Unfallversicherung



Dachverband Schweizerischer Patientenstellen

Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zürich, dvsp@patientenstelle.ch, Tel. 044 361 92 56, Fax: 044 361 94 34, PC 85-277600-0

Zürich, im Dezember 2018

**Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen
Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung Datum:
11.11.2018**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset
Sehr geehrter Herr Direktor Strubler
Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Gelegenheit zum ersten Kostendämpfungsmassnahmenpaket Stellung zu nehmen. Grundsätzlich begrüssen wir das Vorgehen mit einer Expertinnen- und Expertengruppe Kostendämpfungsmassnahmen zu eruieren und wir schätzen auch die Prioritätensetzung. Gerne gehen wir im Folgenden auf die einzelnen Punkt ein.

M02 – Experimentierartikel

Der DVSP unterstützt grundsätzlich die Idee eines Experimentierartikels, wenn er einer Besserstellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen dient. Die gegebenen Beispiele wie z.B. die Beschränkung der freien Arztwahl oder die Aufhebung des Territorialitätsprinzips lehnt er klar ab. Der Experimentierartikel soll vielmehr dazu dienen, die Qualitätsverbesserung, das Rückerstattungssystem und insbesondere die integrierte Versorgung zu verbessern. Er erlaubt den Entwicklungen der Medizin besser als heute Rechnung zu tragen. Er soll auch dazu dienen, dass industrie-unabhängige Anwendungsoptimierungen zum Beispiel für Projekte zur „Therapieoptimierung“ bezüglich zugelassener Medikamente bei bestimmten Indikationen, genutzt werden können. Der DVSP hält jedoch fest, dass als Zielgrösse eines Projekts die Massnahmen für die Patientin, den Patienten einen Nutzen generieren müssen. Selbstverständlich ist die kostendämpfende Wirkung wichtig, macht sie doch auch Mittel zur sinnvollem Umverteilung frei einerseits und andererseits kann sie dazu verhelfen, die Kosten zu kontrollieren. Der DVSP wird gerne zur gegebenen Zeit allenfalls auch mit Leistungserbringern zusammen Projektgesuche einreichen. Weiter gehen wir davon aus, dass der Bundesrat das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Auswertung und die Weiterverfolgung so regelt, dass sich auch unabhängige Patientinnen- und Patientenvertreterinnen beteiligen können. Weiter nimmt er selbstverständlich an, dass die Projekte hinsichtlich Qualität der Gesundheitsversorgung und der Patientinnen- und Patientensicherheit wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden, sowohl kurz- wie langfristig. Der DVSP geht davon aus, dass der Experimentierartikel insgesamt zur Steigerung der Qualität und der Patientinnen und Patientensicherheit beiträgt.

M09 – Rechnungskontrolle stärken

Gemäss Bericht zu den Kostendämpfungsmassnahmen ist laut EDI die Stärkung der Rechnungskontrolle eine der Hauptmassnahmen im ersten zur Vernehmlassung stehenden Pakets. Der DVSP teilt diese Ansicht und schlägt folgende Massnahmen vor.

Die Rechnungsabwicklung zwischen Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte, Patientin, Patient – sei dies im Tiers payant wie im Tiers garant – erfolgt aus Sicht des DVSP in unhaltbarem Zustand. Der dringende Handlungsbedarf ist bei beiden Systemen auf jeder Ebene gegeben. Der DVSP begrüsst die vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen der verstärkten Aufsicht des EDI/BAG und vermehrten Durchführung von Audits vor Ort deshalb sehr. Dies auch vor dem Hintergrund, dass Massnahmen zur verstärkten Rechnungskontrolle langjährigen Forderungen des DVSPs entsprechen.

Den Patientinnen und Patienten ist es heute kaum möglich, eine konsequente Rechnungskontrolle durchzuführen. Einerseits weil die Rechnungsstellung nur sehr schwer verständlich ist und andererseits weil das System die Rechnungskontrolle durch die Patientin, den Patienten und die versicherte Person nicht vorsieht. Die Rechnungskontrolle unterliegt heute in erster Linie den Versicherern. Diese entscheiden welche Rechnungen sie überprüfen und welche sie bezahlen. Verlangt die versicherte Person die Überprüfung der Rechnung wird sie meist nicht gehört oder beschwichtigt, die Rechnung sei bereits bezahlt. Die Rechnung zu monieren ist grundsätzlich mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Insbesondere dann, wenn ein Versicherer dem Leistungserbringer eine nicht korrekte Rechnung bereits bezahlt hat.

Der DVSP nimmt einen zunehmenden Bedarf für die Rechnungskontrolle der versicherten Personen bzw. der Patientinnen und Patienten wahr. Die Patientenstellen beraten Patientinnen, Patienten und Versicherten bei Fragen zu einer Rechnung oder sie bieten wenn nötig Unterstützung bei der Rückerstattung von ungültigen oder fehlbaren Rechnungen. Hierzu gehören auch für den Laien verständliche Angaben zu den geltenden Tarifverträge resp. Tarifstrukturen, die im Rahmen der Rechnungsstellung an die Schuldnerin, den Schuldner der Vergütung weitergegeben werden. Hilfestellungen zur besseren Verständlichkeit der Rechnung für die versicherte Person muss deshalb zwingend zur Verfügung gestellt werden. Die Patientinnen- und Konsumentenvertretungen (DVSP, SKS, ACSI, FRC, SPO) sind konfrontiert mit den Alltagsfragen der betroffenen Personen zu den Rechnungen. Da diese Massnahme keine Regelung auf Gesetzesstufe benötigt, begrüsst der DVSP sehr, dass sie auch unabhängig von dieser Vorlage weiterverfolgt werden kann.

Die Pflicht, eine detaillierte und verständliche Rechnung zu erstellen, besteht auf Gesetzesstufe (Art. 42 Abs. 3 KVG). Die Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen für die Schuldnerin, den Schuldner resp. für die versicherte Person sollen auf Verordnungsstufe weiter konkretisiert werden, was jedoch nicht zu einem doppelten Rechnungssystem einerseits für die Leistungserbringer und andererseits für die Patientinnen, Patienten und Versicherten führen darf. Diesbezüglich wird zu beachten sein, dass das System des Tiers payant sowohl bei der stationären als auch zunehmend bei der ambulanten Behandlung zur Anwendung gelangt, für diese beiden Bereiche aber nicht dieselben Vergütungsmodelle gelten.

Bereits nach geltendem Recht soll der versicherten Person im System des Tiers payant eine Rechnungskopie zugestellt werden. Damit wird bezweckt, das Kostenbewusstsein der versicherten Person zu stärken. Zudem kann die versicherte Person dadurch dazu beitragen,

die erbrachte Behandlung zu überprüfen. Tatsächlich ist es jedoch so, dass der versicherten Person im System des Tiers payant nicht immer oder erst auf Nachfrage eine Rechnungskopie zugestellt wird. Mit den vorgesehenen gesetzlichen Anpassungen soll die Zustellung einer Rechnungskopie an die versicherte Person sichergestellt werden, indem die Zustellung der Rechnungskopie nicht wie bis anhin auf Verordnungsstufe geregelt wird, sondern im Gesetz. Der DVSP begrüsst es sehr, dass sich an der Zuständigkeit grundsätzlich nichts ändert, jedoch die grundsätzliche Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie klarer festgehalten und auf Gesetzesstufe verankert werden soll. Leistungserbringer sollen sanktioniert werden können, wenn sie es im System des Tiers payant unterlassen, der versicherten Person eine Rechnungskopie zuzustellen. Die in Artikel 59 KVG vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten werden daher auf Verstösse gegen diese Bestimmungen ausgeweitet. Schliesslich ist darauf zu achten, dass die Leistungserbringer nicht zunehmend über das Tiers payant-System abrechnen. Der DVSP regt deshalb an, die Anwendung der beiden Systeme zu überprüfen und die zuständigen Bereiche zu definieren.

M35 – Unabhängige Rechnungskontrollstelle

Das EDI/BAG schlägt eine Rechnungskontrollbehörde nur für den Fall vor, dass die Massnahmen der intensiveren Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle nicht den gewünschten Effekt entfaltet würde. Der DVSP ist dezidiert der Ansicht, dass die verstärkte Rechnungskontrolle mit der Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde einhergehen sollte. Die Schaffung derselben könnte umgehend an die Hand genommen werden, weil sie gemäss Bericht des EDI keine gesetzliche Anpassung benötigen würde. Dies vor allem auch, weil sich das System durch eine Vielfalt der Versicherer auszeichnet und dadurch ohne unabhängige Kontrollbehörde zu einem unverhältnismässig hohen Aufwand mit erheblichen Lücken führen würde.

Im Legiferierungsprozess bzw. –anpassung könnten die Patientinnen- und Patienten-, Konsumentinnen- und Konsumentenvertretungen (DVSP, SPO, SKS, FRC, ACSI) als Gremium eingesetzt werden, welches den betroffenen Personen bei der Rechnungskontrolle beratend zur Seite steht und sie im Schlichtungsverfahren unterstützt. Gemäss Bericht des Bundesrates könnte die gesetzliche Grundlage geschaffen werden. Weiter müsste der Auftrag vom EDI finanziert werden (Vgl. M09).

Die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollstelle würde zudem die Datenanalyse vereinfachen. Diese ist heute wegen der Fragmentierung mit zahlreichen Versicherern sehr erschwert. Für ein zielführendes Monitoring des Gesundheitswesens, das auch im Sinne einer öffentlichen Gesundheitspolitik ist, wäre eine solche Datenanalyse sehr geeignet.

M34 – Nationale Tariforganisation / M25 – Tarifstruktur aktuell halten

Der DVSP unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros, welches sowohl für den stationären wie den ambulanten Bereich gleichermassen verpflichtet wäre. Allerdings ist er der Ansicht, dass die Tariforganisation auch für neue Tarifstrukturen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich erarbeitet werden sollten. Insbesondere müsste an Stelle von Abgeltungsmodellen, welche sich auf Einzelleistungen stützen, neue Formen wie beispielsweise eine Komplexpauschale geprüft werden. Dies vor allem auch deshalb, weil die Einzelleistungsstrukturen möglichst rasch mit Pauschalen wie bsp. Komplexpauschale ersetzt werden sollte. In diesem Punkt ist die Gesetzesvorlage zu wenig konkret und zielorientiert formuliert.

Zu diesen Massnahmen gehört auch, dass die Tarifpartner dem Bundesrat die entsprechenden Daten liefern, damit dieser die Tarife und Preise festlegen, anpassen und genehmigen kann. Beim Umsetzen der Massnahme soll zwar das Mengenwachstum eingedämmt werden, sich jedoch immer am Nutzen einer Leistung für die Patientinnen und Patienten orientieren. Der DVSP begrüsst die Absicht des Bundesrates, dass, sollte die Tariforganisation nicht innert Frist eingesetzt werden, er die Tarifpartner verpflichtend einsetzt und sich bei nicht Einhalten der Datenlieferung Sanktionen ermöglicht. Schliesslich gilt es anzumerken, dass die Tarifstruktur engmaschig – die Expertengruppe schlägt ein Jahr vor – aktualisiert wird.

M15 – Pauschalen im ambulanten Bereich fördern

Der DVSP begrüsst die im M15 geplanten Massnahmen explizit. Eine nationale Tarifstruktur, welche sowohl für Einzelleistungsstrukturen wie Patientenpauschaltarifstrukturen oder neu zu schaffende Strukturen (Komplexpauschalen) und die Aktualisierung derselben zum Ziel hat. Zudem hält er fest, dass er die Möglichkeit der Subsidiarität des Bundesrates, sowie dessen Möglichkeit, gesamthaft Tarifstrukturen festzulegen, als notwendig erachtet. Der DVSP weist jedoch darauf hin, dass Pauschaltarife so gestaltet werden müssen, dass die Selektion von lukrativen Fällen verhindert wird.

M22 – Referenzpreissystem bei Arzneimitteln

Der DVSP begrüsst grundsätzlich die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel. Wir könnten es jedoch nur unterstützen, wenn die Versicherer keine zusätzlichen Kompetenzen bekommen würden und die Hoheit zwingend beim BAG verbleiben würde. In diesem Kontext könnten er – gemäss heutigem Wissensstand - tendenziell das Abgeltungsmodell 2 unterstützen, behält sich aber vor, sich zur gegebenen Zeit detailliert zu äussern.

Bei einem neuen System gilt es in erster Linie die vermehrte Abgabe von Generika und patentabgelaufenen Originalpräparaten zu fördern. Ob das System mit Preisabschlag oder mit Meldesystem eingeführt werden soll, kann der DVSP nicht abschliessend beurteilen. Wichtig bei der Wahl des Systems ist die Sicherheit der Patientinnen und Patienten bei den Medikamenten wie bei den Wirkstoffen zu gewährleisten. Auch sollte zwischen Erstlinientherapie und Zweitlinientherapie unterschieden werden. Sinnvoll wäre eine alte Forderung des DVSP, dass vor allem bei Erstlinientherapien z.B. im Spital der Wirkstoff und nicht das Medikament verschrieben würde. Ausnahmen sollten möglich, jedoch medizinische begründet sein und die Ausnahme bleiben. Auch dürfen Zusatzkosten bei Abgabe von Originalpräparaten nicht auf die Patientinnen und Patienten abgewälzt werden. Die Patientinnen und Patienten haben in der Regel keine Kenntnisse darüber, ob ein Generikum erhältlich wäre und sind auf die Informationen durch die Ärztinnen und Apotheker angewiesen. Die Umstellung auf ein neues Abgeltungssystem hätte demzufolge gegenüber heute bereits den Vorteil, dass dieser Mangel behoben würde. Unabhängig von der vorliegenden Vorlage sollte die Meldestelle der Swissmedic für die Patientinnen und Patienten verbessert werden, da die heutigen Möglichkeiten nur ungenügend umgesetzt werden. Ebenfalls unabhängig von der Vorlage ist die grundsätzliche Medikamentensicherheit bzw. der Wirkstoffe zu verbessern (Bezug in Billiglohnländern).

Beschwerderecht Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime

Wenn die Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime das Beschwerderecht erhalten, sollte es auch auf die Patientinnen- und Patientenvertretungen ausgeweitet werden. Dies vor allem auch, weil deren Interessen längst nicht immer deckungsgleich sind.

Fazit

Der DVSP begrüsst das Vorgehen, mit einer Expertinnen- und Expertengruppe die einzelnen Bereiche zu prüfen und detaillierte Massnahmen vorzuschlagen. Jedoch dürfen keine Massnahmen umgesetzt werden, die eine implizite oder explizite Rationierung, einen Qualitätsabbau, die Patientinnen- und Patientensicherheit gefährden oder die freie Arztwahl einschränken würden. Wir bitten den Bundesrat, unsere Stellungnahme möglichst einzubeziehen, denn im Gesundheitswesen ist die Position der Patientinnen- und Patientenvertretungen ebenso so schwach vertreten, dass sie unbedingt gestärkt und mindestens Aufträge finanziert werden müssen. Der DVSSP regt weiter an, die delegierte Mitbestimmung – wie sie dem Bundesrat bereits vorgestellt wurde – wieder aufzunehmen. Sei dies im Rahmen der Kostendämpfungsmassnahmen oder in einer separaten Vorlage.

Besten Dank und freundliche Grüsse



Erika Ziltener
Präsidentin DVSP

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interessengemeinschaft Prämienzahler IGPZ

Abkürzung der Firma / Organisation : IGPZ

Adresse : Walchestrasse 30

Kontaktperson : Gudrun Busch

Telefon : +41 79 204 37 70

E-Mail : gb@igpz.ch

Datum : 01.01.2019

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Sehr geehrte Damen und Herren Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung ``KVG - Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1`` einschliesslich der Fristverlängerung. Gerne nehmen wir Stellung zu den Vorschlägen. Im bestehenden System fehlt die Stimme des Prämienzahlers. Solange derjenige, der das System zahlt, keine Stimme hat, wird der lukrative Gesundheitsmarkt weiterwachsen und Fehlanreize weiter ausgebaut. Mit Datum 16.02.2018 haben wir die Interessengemeinschaft Prämienzahler gegründet, um dem Prämienzahler eine Stimme zu geben. Wir setzen uns ein für ein faires, solidarisches und zahlbares Gesundheitswesen und unterstützen dementsprechend Massnahmen, die Fairness, Solidarität und Zahlbarkeit gleichzeitig stärken. Gerne engagieren wir uns für mehr Balance im Gesundheitssystem und leisten unseren Beitrag, die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Anstieg der Prämien zu senken, ohne Fairness und Solidarität zu vernachlässigen. Aus dieser Perspektive betrachten wir die vorliegende Neuregelung und bringen unsere Vorschläge ein. Nachfolgend zeigen wir unsere Haltung zu den Neuregelungen im Überblick auf. Im Anschluss bringen wir unsere Alternativvorschläge oder Ergänzungen ein.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	In vollem Umfang unterstützen wir den Experimentierartikel, regen jedoch an, die Kriterien für Projekte anzupassen. Als ein wesentliches Element einer zielführenden Entwicklung betrachten wir die Stärkung der Rechnungskontrolle, sind jedoch der Meinung, dass der vorliegende Vorschlag, keinen relevanten Einfluss auf eine Stärkung haben wird. Hier ist es u.E. wesentlich, eine vereinfachte und einheitliche Abwicklung, verständliche Rechnungen (Translator) und die Beteiligung der Prämienzahler bei Kontrolle und Freigabe (Vereinfachung-Verständlichkeit-Beteiligung) in den Fokus einer zukünftigen Entwicklung zu stellen.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Den Aufbau einer Tariforganisation unterstützen wir grundsätzlich, schlagen jedoch vor, auch die Verbände der Versicherten einzubinden. Das Beschwerderecht sollte ebenfalls auf die Verbände der Versicherten ausgeweitet werden. Zudem braucht es ein Beschwerde- sowie Antragsrecht für die Verbände der Versicherten im Zusammenhang mit der Preisfestsetzung durch das BAG.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Referenzpreise lehnen wir ab (beide Varianten) und ersuchen Sie, einen alternativen Vorschlag zu erarbeiten. Bei den nicht patengeschützten Arzneimitteln sollten Massnahmen auf Konkurrenzförderung und eine Verhinderung von Monopolisierung zielen. Wir denken, dass Referenzpreise einen gegenteiligen Effekt haben können und Versorgungsthemen weiterhin an Relevanz zunehmen. Insbesondere, wenn festgelegt wird, dass drei wirkstoffgleiche Arzneimittel für den Referenzpreis entscheidend sind. Dadurch wird ein Anreiz gesetzt, der die Marktzulassung nur für zwei Hersteller interessant macht. Wir halten es für sinnvoller, eine weitgehend preisunabhängige Vertriebsmarge zu fördern und z.B. einen zweiten Auslandpreisvergleich einzuführen, dieser soll mind. sieben Länder ausserhalb der EU/EFTA, welche ein qualitativ gleichwertiges

Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

werden.	Gesundheitswesen aufweisen, einbeziehen. Die Relevanz der Preise für patentabgelaufene Arzneimittel ist zudem marginal gegenüber den patentgeschützten Arzneimitteln. Hier sehen wir den vorrangigen Handlungsbedarf. Der Fokus sollte auf die patentgeschützten Arzneimittel verschoben werden, da diese verhältnismässig wenigen Arzneimittel zwischen 70-80% der Kosten im Arzneimittelbereich verursachen und eine weitere Steigerung absehbar ist. Es braucht erweiterte Kriterien für die Preisfestlegung und volle Transparenz der Preiskalkulation (Pharmaunternehmen). Wir halten eine Aufschlagskalkulation mit Kriterien, die sich ausschliesslich an Realkosten orientieren, für einen möglichen Diskussionsansatz. Das Kriterium des Marktvolumens darf nur einen minimalen Einfluss auf die Preisbildung haben, allerdings braucht es zusätzlich zum bestehenden Auslandpreisvergleich einen weiteren Auslandpreisvergleich - wie oben erwähnt. Auch die Gewichtung des TQV sollte zumindest bei der Erstaufnahme höher gewichtet werden. Weiterhin sollte bei der Preisüberprüfung, die Lieferfähigkeit der letzten drei Jahre berücksichtigt werden und bei Versorgungsproblemen zu einem Preisabschlag führen. Wir können uns auch vorstellen, die Art der Zulassung bei der Preisfestsetzung zu berücksichtigen, z.B. können bedingte oder beschleunigte Zulassungsverfahren mit einem Faktor unter eins bewertet werden, sofern natürlich die Aufnahme auf die SL positiv entschieden wurde. Dabei wird die ordentliche Zulassung mit Faktor eins bewertet. Unsere detaillierten Ausführungen und Vorschläge finden Sie in dem Abschnitt: Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln. Gerne stehen wir für Fragen oder zusätzliche Informationen zur Verfügung.
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 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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.IGPZ	Art 43	5	Erster Satz	Wir begrüssen national einheitliche Patientenpauschaltarife, vorausgesetzt, dass damit gleichzeitig die Anzahl der Einzelleistungstarife reduziert wird.	...ein Vorschlag für die Rechtsanpassung ist zu erarbeiten
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 44	1	erster Satz	Wir erachten Referenzpreise als unsolidarisch und nicht zielführend für eine nachhaltige Kostendämpfung im Kostenblock Arzneimittel. Gleichzeitig halten wir Referenzpreise für problematisch im Bereich der Versorgung. (siehe Art. 52, 52a, 52b)	.. eine entsprechende Ergänzung kann hier gestrichen werden
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 47a	1		Beim Aufbau einer Tariforganisation sollen die Verbände der Versicherten eingebunden werden.	Die Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die der Versicherten...
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.		3			...so setzt der BR sie für die Verbände der Leistungserbringer, diejenigen der Versicherer und die der Versicherten ein
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 47b	1,2,3		Insbesondere im Zusammenhang mit einer Umsetzung von EFAS, sollen die Daten auch den Kantonsregierungen bekanntgegeben werden. Die Datenübermittlung sollte grundsätzlich in elektronischer Form erfolgen.	3... dem BR und den KR ...

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 47c		1	Auch hier sollen die Verbände der Versicherten ergänzt werden. Kostensteuerung mit dem Ziel der Eindämmung von Kosten ist wünschenswert, allerdings müssen Massnahmen zur Kostensteuerung gleichzeitig Solidarität und Angemessenheit der medizinischen Leistung stärken.	.. und die Verbände der Versicherten sehen Massnahmen zur Mengensteuerung einschliesslich Kostenentwicklung, Stärkung der Solidarität und Angemessenheit der medizinischen Leistungen vor.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.			3,4,5,6,7	Ein Monitoring System für die Wirkung der Massnahmen soll aufgebaut werden. Der Bundesrat setzt für das Monitoring eine unabhängige Kommission ein und bestimmt die Kriterien nach denen das Monitoring aufgebaut wird. Die Tariforganisation wird regelmässig informiert. Werden Mengenausweitungen, Entsolidarisierungstendenzen oder eine Über- Unterversorgung mit medizinischen Leistungen aufgezeigt, erarbeitet die Tariforganisation Massnahmen zur Korrektur, die vom Bundesrat genehmigt werden müssen.	Streichen 3-7... ein Vorschlag für die Rechtsanpassung gemäss Bemerkungen wäre zu erarbeiten.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.52		1b	Wir lehnen die Einführung von Referenzpreisen ab, gemäss vorliegendem Vorschlag sind sie ungeeignet für eine nachhaltige Kostendämpfung, fördern dagegen Monopolisierung, bevorzugen indirekt Originalhersteller, vermindern ein breites Angebot, provozieren Versorgungsprobleme und Complianceprobleme, verhindern guten Wettbewerb und belasten den Prämienzahler stärker, da er gezwungen wird, zusätzlich privat zu zahlen, wenn er keinen Therapiewechsel bzw. Präparatewechsel möchte. Es werden mehrere Kategorien geschaffen, welche unweigerlich zu einer Entsolidarisierung beitragen.	Streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art 52		1bis	Grundsätzlich können wir uns vorstellen, dass das BAG Höchstpreise festlegt, allerdings nicht im Sinne eines Referenzpreises, sondern im Sinne des Vorschlags 1bis b. Die Höchstpreise entsprechen damit gleichzeitig den Preisen der	Ein Rechtsvorschlag ist zu erarbeiten

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Arzneimittel auf der SL. Diese Höchstpreise sollen sich an bestehenden und zusätzlichen Kriterien für die Preisfestsetzung orientieren und beschränken sich nicht auf patentabgelaufene Arzneimittel (siehe allgemeine Bemerkungen). Weiterhin sollen Faktoren eingeführt werden, die Abschlüsse ermöglichen, z.B. bei Lieferschwierigkeiten, Zulassung auf der Basis vereinfachter Zulassungsverfahren, somit können Generika immer weit unter dem Höchstpreis liegen, ohne dass ausschliesslich ein Referenzpreis vergütet wird. Dies entspricht dem WZW Prinzip. Ein weiteres Anliegen ist die Transparenz bei der Preiskalkulation (siehe allgemeine Bemerkungen und Art.52b)	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 52a			Vorschlag ist nicht zielführend	streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art.52b			Vorschlag ist nicht zielführend Grundsätzlich soll bei den Arzneimittelpreisen der Fokus auf patentgeschützte Arzneimittel gelegt werden, diese umfassen ein relevantes Kostenvolumen, welches beträchtlich zu Steigerungen im Kostenblock Arzneimittel beitragen. Die Preiskalkulation muss transparent sein und darf sich nur an Realkosten der Unternehmen orientieren, die ``wünsch Dir was`` Mentalität in diesem Bereich kann von den Prämienzahlern nicht unterstützt werden.	streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 53			Das Beschwerderecht soll auch auf Verbände der Versicherten ausgeweitet werden. Zudem braucht es ein Beschwerde- sowie Antragsrecht für die	Ergänzen gemäss Bemerkung

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

werden.				Verbände der Versicherten im Zusammenhang mit der Preisfestsetzung durch das BAG. Heute haben nur die Hersteller ein Beschwerderecht. Die Zahlenden sind stark betroffen, haben jedoch kein Beschwerderecht.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 59			Der versicherten Person steht heute schon eine Kopie der Rechnung zu, wir unterstützen die Möglichkeit von Sanktionen bei Unterlassung. Allerdings hat dies u.E. wenig Wirkung auf eine Stärkung der Rechnungskontrolle. Wir schlagen vor, eine vereinfachte und einheitliche Abwicklung, verständliche Rechnungen (Translator) und die Beteiligung der Prämienzahler bei Kontrolle und Freigabe (Vereinfachung-Verständlichkeit-Beteiligung) in den Fokus einer zukünftigen Entwicklung zu stellen. Eine Einbindung des Prämienzahlers über ein ERD (elektronisches Rechnungsdossier) halten wir für zielführend. Wir entwickeln ein Projekt, welches dieses Thema aufnimmt und können uns vorstellen z.B. im Rahmen des Experimentierartikels, dieses Projekt als Pilot umzusetzen.	Keine Änderungen, allerdings im Sinne der Bemerkung Rechtssetzungsbedarf im KVG, EPD...
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art 59b			Wir unterstützen den Experimentierartikel. Alle Pilotprojekte sollen gleichzeitig Solidarität stärken, Fairness fördern und Kosten senken. Pilotprojekte, welche ausschliesslich von rein finanziellen Überlegungen ausgehen, sollen ausgeschlossen sein. Pilotprojekte müssen direkt oder indirekt auf die Fehlanreize im System zielen.	c streichen
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden	Art. 59b	1 Bst.c		Mit Pilotprojekten zur Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers schafft man z.B. immer mehr Kategorien von Versicherten, dies führt auf Dauer zum Bruch des	streichen

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

werden.				Solidarsystems und zudem zu weiterhin unkontrollierbaren Kostensteigerungen, da sie weder indirekt noch direkt Fehlanreize angehen.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 59b	1 Bst. g	neu	Ergänzen	Förderung der Transparenz von Rechnungen und Rechnungskontrolle
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 59b	1 Bst. h	neu	Ergänzen	Stärkung der Solidarität

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Krebsliga Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : KLS

Adresse : Effingerstrasse 40, 3008 Bern

Kontaktperson : Franziska Lenz, Leiterin Politik & Public Affairs

Telefon : 031 389 93 17

E-Mail : franziska.lenz@krebsliga.ch

Datum : 13. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Die Krebsliga begrüsst 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. Für uns von noch grösserer Wichtigkeit ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet werden. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Steigerung der Qualität entscheidend. Eine qualitativ bessere Versorgung führt gleichzeitig zu tieferen Kosten. Dies bedingt, dass Patientinnen und Patienten Zugang zu validen umfassende Informationen erhalten, um evidenzgeleitete Entscheidungen zu treffen und damit auch Kosten zu sparen. Leider fehlen im vorliegenden Paket Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Die stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte und eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten sind wichtige Ziele der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Wir plädieren für ein Patienteninformationsgesetz, welches die rechtliche Grundlagen schaffen würde, damit sich Patientinnen und Patienten durch umfassende Information in der Komplexität des Gesundheitswesens besser zurechtfinden und die richtigen Entscheidungen treffen können – was wiederum positive Auswirkungen auf Kosten und Qualität hat.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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. 42	Abs. 3		Wir begrüssen die gesetzliche Anpassung, damit die Zustellung der Rechnungskopie an die versicherte Person sichergestellt wird. Damit wird die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem und insbesondere die Eigenverantwortung als auch das Kostenbewusstsein gestärkt – eine wiederholte Forderung des Parlaments. Eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten ist zentral. Das muss auch für bildungsferne Schichten gewährleistet werden. Dies bedingt bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten.	
	Art. 59b	Abs. 1		Die Krebsliga begrüsst den Experimentierartikel, insbesondere die Intention des wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisgewinns zugunsten des Gesundheitssystems. Aus unserer Sicht scheint der Fokus allerdings zu stark auf Kostenoptimierung, anstatt auf effiziente, effektive und dem Patientenwohl optimierte Abläufe (z.B. bedarfsgerechte Nachsorge) gelegt. Die Projekte im Rahmen des Experimentierartikels müssen auch der Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsqualität dienen. Insbesondere sollen Projekte basierend auf Ergebnissen der Versorgungsforschung oder aus der akademischen klinischen Forschung ermöglicht werden. Gerade onkologische Patientinnen und Patienten bedürfen einer ganzheitlichen Versorgung und ein gut funktionierendes Zusammenspiel von stationärer und vor allem ambulanter Versorgung. Ebenso müssen Projekte im Bereich der Nachsorge von Krebsbetroffenen (Cancer Survivors) gefördert werden, um	Art. 59b Abs. 1 ¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen: [...] f. finanzielle Unterstützung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Projekte im Bereich Therapieoptimierung, welche einen Erkenntnisgewinn zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von in bestimmten Indikationen zugelassenen Medikamenten und somit eine optimierte Ressourcenausnutzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstreben, insbesondere mittels einer Verminderung von

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

			medizinische, aber auch soziale und psychische Folgen der Krebserkrankung zu berücksichtigen. Dadurch können Komplikationen und Folgeerkrankungen vermieden werden, was längerfristig eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Mit den in Absatz 59 Absatz 1 definierten Projektbereichen sind wir grundsätzlich einverstanden, schlagen aber noch eine Ergänzung für Projekte im Bereich der Therapieoptimierung vor. Bisher herrschten seitens der Krankenversicherer Unsicherheit und unterschiedliche Interpretationen, ob Projekte im Bereich Anwendungsoptimierung unterstützt werden dürfen, obwohl wichtige Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit, bzw. grosse Ersparnisse zugunsten Versicherer und Patienten zu erwarten wären. Diese Rechtsunsicherheit könnte behoben werden, wenn solche Projekte im Rahmen des Experimentierartikels durchgeführt werden könnten. Wichtig erscheint uns in diesem Sinne auch die Abdeckung von Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten und Behandlung bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten, da die heutige Situation durch den generell schlechten Zulassungsstatus von Medikamenten für Kinder klar den Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs aller Patientinnen und Patienten zu Gesundheitsleistungen verletzt. Deshalb schlagen wir einen neuen Buchstaben f vor, der finanzielle Unterstützung aus der OKP für Projekte im Bereich Therapieoptimierung unter bestimmten Bedingungen ermöglicht. Im Weiteren sollte die Bewilligung der Projekte nicht zu restriktiv erfolgen, damit Innovation auch tatsächlich möglich ist. Die Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt lehnen wir ab. Der Erfolg eines Projekts ist abhängig von einer guten Zusammenarbeit aller Akteure, dies ist bei einer unfreiwilligen Teilnahme erschwert. Absatz 4 ist deshalb zu streichen.	Nebenwirkungen, einer Reduktion der verabreichten Dosis, oder einer Anwendung in lebensbedrohlichen pädiatrischen Indikationen; g. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten. [...] ⁴ <i>streichen</i>
--	--	--	--	--

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



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

Eidgenössisches Departement
des Innern (EDI)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 13. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,
sehr geehrte Damen und Herren

Die Krebsliga Schweiz engagiert sich als gemeinnützige Organisation in der krebsrelevanten Gesundheitsförderung, in der Prävention und Früherkennung von Krebs, in der Beratung und Begleitung von Betroffenen und deren Angehörigen sowie in der nicht-kommerziellen Forschungsförderung. Gerne nutzen wir die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den beiden vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen Experimentierartikel und Rechnungskontrolle, welchen wir beiden im Grundsatz zustimmen.

Die Krebsliga begrüsst 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. Für uns von noch grösserer Wichtigkeit ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet werden. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Steigerung der Qualität entscheidend. Eine qualitativ bessere Versorgung führt gleichzeitig zu tieferen Kosten. Dies bedingt, dass Patientinnen und Patienten Zugang zu validen umfassende Informationen erhalten, um evidenzgeleitete Entscheidungen zu treffen und damit auch Kosten zu sparen.

Leider fehlen im vorliegenden Paket Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Die stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte und eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten sind wichtige Ziele der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Wir plädieren für ein Patienteninformationsgesetz, welches die rechtlichen Grundlagen schaffen würde, damit sich Patientinnen und Patienten durch umfassende Information in der Komplexität des Gesundheitswesens besser zurechtfinden und die richtigen Entscheidungen treffen können – was wiederum positive Auswirkungen auf Kosten und Qualität hat.

Krebsliga Schweiz
Effingerstrasse 40, Postfach 8219, CH-3001 Bern
Tel +41 (0)31 389 91 00, Fax +41 (0)31 389 91 60, info@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch
Credit Suisse AG, Zürich, IBAN CH34 0483 5015 5480 0100 0, CHE-107.818.640 MWST





krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Rückmeldungen. Bei Fragen zur Stellungnahme stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Krebsliga Schweiz

PD Dr. med. Gilbert Zulian
Präsident

Dr. Kathrin Kramis
Geschäftsführerin

Beilage: Antwortformular Krebsliga Schweiz zur KVG Revision Massnahmen zur Kosten-
dämpfung – Paket 1

Eidgenössisches Departement
des Innern (EDI)
CH-3003 Bern

Per E-Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 14. Dezember 2018

Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Sehr geehrter Herr Bundespräsident,
sehr geehrte Damen und Herren

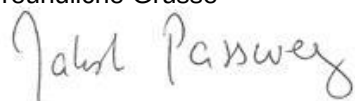
Die Schweizerische Vereinigung gegen Krebs, Oncosuisse, ist ein Zusammenschluss von Schweizer Organisationen, die sich der Bewältigung der Krebskrankheit widmen: die Krebsliga Schweiz KLS, die Stiftung Krebsforschung Schweiz KFS, die Schweizer Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung SAKK, die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe SPOG, das Nationale Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung NICER, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO und die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie SGH. Gerne nutzen wir die Möglichkeit zur Stellungnahme zu den beiden vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen Experimentierartikel und Rechnungskontrolle, welchen wir beiden im Grundsatz zustimmen.

Die Oncosuisse begrüsst 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. Für uns von noch grösserer Wichtigkeit ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet werden. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Steigerung der Qualität entscheidend. Eine qualitativ bessere Versorgung führt gleichzeitig zu tieferen Kosten. Dies bedingt, dass Patientinnen und Patienten Zugang zu validen umfassende Informationen erhalten, um evidenzgeleitete Entscheidungen zu treffen und damit auch Kosten zu sparen.

Leider fehlen im vorliegenden Paket Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Die stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte und eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten sind wichtige Ziele der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Wir plädieren für ein Patienteninformationsgesetz, welches die rechtlichen Grundlagen schaffen würde, damit sich Patientinnen und Patienten durch umfassende Information in der Komplexität des Gesundheitswesens besser zurechtfinden und die richtigen Entscheidungen treffen können – was wiederum positive Auswirkungen auf Kosten und Qualität hat.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Rückmeldungen. Bei Fragen zur Stellungnahme stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Prof. Dr. med. Jakob R. Passweg
Präsident



Dr. Kathrin Kramis
Geschäftsführerin

Beilage: Antwortformular Krebsliga Schweiz zur KVG Revision Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Oncosuisse

Abkürzung der Firma / Organisation : OS

Adresse : Effingerstrasse 40, 3008 Bern

Kontaktperson : Franziska Lenz, Leiterin Politik & Public Affairs Krebsliga Schweiz

Telefon : 031 389 93 17

E-Mail : franziska.lenz@krebsliga.ch

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	Fehler! Textmarke nicht definiert.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Die Oncosuisse begrüsst 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. Für uns von noch grösserer Wichtigkeit ist, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit aufgrund der kostendämpfenden Massnahmen nicht gefährdet werden. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend die Steigerung der Qualität entscheidend. Eine qualitativ bessere Versorgung führt gleichzeitig zu tieferen Kosten. Dies bedingt, dass Patientinnen und Patienten Zugang zu validen umfassende Informationen erhalten, um evidenzgeleitete Entscheidungen zu treffen und damit auch Kosten zu sparen. Leider fehlen im vorliegenden Paket Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Die stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte und eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten sind wichtige Ziele der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Wir plädieren für ein Patienteninformationsgesetz, welches die rechtliche Grundlagen schaffen würde, damit sich Patientinnen und Patienten durch umfassende Information in der Komplexität des Gesundheitswesens besser zurechtfinden und die richtigen Entscheidungen treffen können – was wiederum positive Auswirkungen auf Kosten und Qualität hat.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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. 42	Abs. 3		Wir begrüssen die gesetzliche Anpassung, damit die Zustellung der Rechnungskopie an die versicherte Person sichergestellt wird. Damit wird die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem und insbesondere die Eigenverantwortung als auch das Kostenbewusstsein gestärkt – eine wiederholte Forderung des Parlaments. Eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten ist zentral. Das muss auch für bildungsferne Schichten gewährleistet werden. Dies bedingt bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten.	
	Art. 59b	Abs. 1-4		Die Oncosuisse begrüsst den Experimentierartikel, insbesondere die Intention des wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisgewinns zugunsten des Gesundheitssystems. Aus unserer Sicht scheint der Fokus allerdings zu stark auf Kostenoptimierung, anstatt auf effiziente, effektive und dem Patientenwohl optimierte Abläufe (z.B. bedarfsgerechte Nachsorge) gelegt. Die Projekte im Rahmen des Experimentierartikels müssen auch der Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsqualität dienen. Insbesondere sollen Projekte basierend auf Ergebnissen der Versorgungsforschung oder aus der akademischen klinischen Forschung ermöglicht werden. Gerade onkologische Patientinnen und Patienten bedürfen einer ganzheitlichen Versorgung und ein gut funktionierendes Zusammenspiel von stationärer und vor allem ambulanter Versorgung. Ebenso müssen Projekte im Bereich der Nachsorge von Krebsbetroffenen (Cancer Survivors) gefördert werden, um	Art. 59b Abs. 1 ¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen: [...] f. finanzielle Unterstützung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Projekte im Bereich Therapieoptimierung, welche einen Erkenntnisgewinn zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von in bestimmten Indikationen zugelassenen Medikamenten und somit eine optimierte Ressourcenausnutzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstreben, insbesondere mittels einer Verminderung von

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

			medizinische, aber auch soziale und psychische Folgen der Krebserkrankung zu berücksichtigen. Dadurch können Komplikationen und Folgeerkrankungen vermieden werden, was längerfristig eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Mit den in Absatz 59 Absatz 1 definierten Projektbereichen sind wir grundsätzlich einverstanden, schlagen aber noch eine Ergänzung für Projekte im Bereich der Therapieoptimierung vor. Bisher herrschten seitens der Krankenversicherer Unsicherheit und unterschiedliche Interpretationen, ob Projekte im Bereich Anwendungsoptimierung unterstützt werden dürfen, obwohl wichtige Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit, bzw. grosse Ersparnisse zugunsten Versicherer und Patienten zu erwarten wären. Diese Rechtsunsicherheit könnte behoben werden, wenn solche Projekte im Rahmen des Experimentierartikels durchgeführt werden könnten. Wichtig erscheint uns in diesem Sinne auch die Abdeckung von Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten und Behandlung bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten, da die heutige Situation durch den generell schlechten Zulassungsstatus von Medikamenten für Kinder klar den Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs aller Patientinnen und Patienten zu Gesundheitsleistungen verletzt. Deshalb schlagen wir einen neuen Buchstaben f vor, der finanzielle Unterstützung aus der OKP für Projekte im Bereich Therapieoptimierung unter bestimmten Bedingungen ermöglicht. Im Weiteren sollte die Bewilligung der Projekte nicht zu restriktiv erfolgen, damit Innovation auch tatsächlich möglich ist. Die Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt lehnen wir ab. Der Erfolg eines Projekts ist abhängig von einer guten Zusammenarbeit aller Akteure, dies ist bei einer unfreiwilligen Teilnahme erschwert. Absatz 4 ist deshalb zu streichen.	Nebenwirkungen, einer Reduktion der verabreichten Dosis, oder einer Anwendung in lebensbedrohlichen pädiatrischen Indikationen; g. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten. [...] ⁴ <i>streichen</i>
--	--	--	--	--

Wenn Sie einzelne Tabellen 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: [Patrick Hofer](#)
An: [BAG-Proches-Aidants](#); [BAG-Abteilung Leistungen](#); [BAG-GEVER](#)
Betreff: Antwort auf Vernehmlassungen von Pro Aidants – der neuen Interessenvertretung für Helfende
Datum: Donnerstag, 15. November 2018 14:59:22
Anlagen: [Umfrage.pdf](#)
[Versorgungssituation.pdf](#)
[04_180627_Fragebogen_BG_Vereinbarkeit_Angehörigenbetreuung_DE \(3\).pdf](#)

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Hinblick auf die nachfolgenden legislatorischen und parlamentarischen Ansätze, hat der Verein Pro Aidants in einer Online Befragung die Ansichten von 340 betreuenden und pflegenden Angehörigen eingeholt.

- Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung, [‘Proche Aidants’](#) vom 15.11.18
- [KVG-Revision: Massnahmen zur Kostendämpfung](#) vom 14.12.18.
- Den im BAG diskutierten ‘Experimentierartikels’ gemäss [Expertenbericht 2017 S 32 ff](#) “Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung”.
- Die parlamentarische Diskussion zur [Volksinitiative „Für eine starke Pflege“](#).

Das Resultat der Befragung und die Antworten auf die Frage, wie das Versorgungssystem im Alter verbessert werden kann, finden Sie angefügt.

Die folgenden Punkte finden durchwegs grosse Zustimmung:

- Betreuende und pflegende Angehörige sollen finanziell besser entschädigt werden.
- Zeitliche Entlastung für Proche Aidants ist tendenziell wichtiger als Geldleistungen.
- Der Bund sollte Pilotprojekte zur Zeitersparnis und Kosteneindämmung fördern.
- Die Wahlfreiheit bei ambulanten Anbietern soll ausgebaut werden
- Assistenz und Koordination als erweiterte experimentelle Abrechnungsposition.
- Ausweitung der Entscheidungsbefugnisse von Pflegenden
- Wenn Unterstützungsgelder fliessen, müssen davon auch die am stärksten belasteten Proche Aidants und verletzlichsten Personengruppen profitieren.
- Zudem muss im 21. Jahrhundert auf ein zeitgemässes Familienbild abgestellt werden.
- Hilfsbedürftige Menschen sollen - ungeachtet der verwandtschaftlichen Situation selber entscheiden können, wer ihre betreuenden und pflegenden Personen sind. Diese vertraglich eingebundene Assistenzpersonen sollen unkompliziert eine Betreuungsentschädigung einfordern können.
- Die verletzlichsten Personen sind diejenigen, die entweder keine Partner oder Kinder haben oder diese nicht in der Nähe wohnen oder aus anderen Gründen für eine Betreuung nicht in Frage kommen. Sie sind hilflos und alleine zu Hause. Deshalb muss die Gutschrift auf nicht im gleichen Haushalt lebende Nächste, sogenannte

„Sandwich Pflegende“ mit der grössten Belastung (Kinder, berufliche Verpflichtungen, Wegzeit) ausgedehnt werden.

Beitrag des experimentellen Pilotprojekts „We+Care“:

Erprobung wie ein nationales Betreuungs- und Koordinationsnetz zur Nutzung von Synergien zwischen Privatpersonen und professionellen Anbietern gestaltet, betrieben und organisiert wird.

Hilfestellung für Anbieter und den Staat, es den Nächsten einfacher zu machen, ihrer in ZGB Art. 328 geregelten Pflicht Angehörige zu betreuen nachzukommen.

Deshalb soll eine Anschubfinanzierung durch einen neu zu schaffenden Innovationsfonds analog der Nationalen Forschungsprogramme (NFP) erfolgen.

Daraus soll schliesslich ein gemeinschaftliches Auffangnetz zur Betreuung- und Pflege entstehen, das so selbstverständlich sein wird, wie die AHV. Mit dem Unterschied, dass es Hilfsbedürftige und deren Pflegende nichts kostet.

Das Betreuungs- und Koordinationsnetz trägt sich nach der Anschubfinanzierung selbst. Finanziert wird die soziale Infrastruktur durch eine jährlichen Umsatzabhängigen Obolus der Anbieter zur Koordination, dem sogenannten „Swiss Care Promille“.

Stellungnahme für die Helfenden von Pro Aidants

Viel relevanter als Geldleistungen ist es, die Proche Aidants in der Koordination der Betreuung und Pflege zeitlich zu entlasten. Indem sie zielgerichtetes Wissen und personalisierte Handlungsanleitungen erhalten, wie ein gemeinschaftliches Versorgungssystem für eine bestimmte Person am effizientesten und effektivsten organisiert werden kann.

Dazu gehören, konkrete Informationen und Handlungsanweisungen um sich im unübersichtlichen System des Sozialhilfe-, Pflege und Gesundheitssystem besser zurechtzufinden.

Deshalb begrüsst der Verein Pro Aidants, die im KVG - Paket 1 genannten Massnahmen „Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben“ vollumfänglich.

Für das Massnahmenpaket 2 regt der Verein Pro Aidants an, den folgenden Punkt in die Vernehmlassungsdiskussion aufzunehmen:

- Mehr Flexibilität im Bezug von Grundpflegeleistungen durch die obligatorische Krankenversicherung (OKP), um pflegende Nächste, Assistenzpersonen oder privat angestellte Hilfskräfte mit entsprechender Grundpflegeausbildung, den ambulanten Dienstleistungsanbietern gleichzustellen. Dadurch wird eine echte Wahlfreiheit gewährleistet, um komplexe Situationen, wie die 24/7-Betreuung in der eigenen Wohnung zu gewährleisten.

Der Verein Pro Aidants bewirbt sich mit dem angelaufenen experimentellen Pilotprojekt We+Care als Anwendungsfall im Sinne des momentan durch das BAG diskutierten Experimentierartikels gemäss Expertenbericht 2017 S 32 ff “Kosten-dämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP”:

- Temporäre Schaffung einer Abrechnungsposition „Assistenz und Koordination“ zulasten der Krankenkassen für bereits anerkannte oder vorübergehend anzuerkennende

Leistungserbringer, die sich während der Pilotphase dem We+Care Projekt anschliessen. Dies mit dem Ziel, das Kostensenkungspotenzial einer besser integrierten und koordinierten Gesundheitspflegeversorgung für die Anbieter, Krankenkassen und die Proche Aidants in einem Forschungsbericht nachzuweisen. Dazu gehört es, während der Pilotphase führungsstarke und initiative Sozialarbeiter, medizinisch Pflegende und Hausärzte zu fördern.

Pro Aidants unterstützt die eidgenössische Volksinitiative für eine starke Pflege:

- Personen, die Hilfsbedürftige in deren Wohnung unterstützen und täglich Zeit mit Ihnen verbringen, wissen am besten was zu tun ist. Die Entscheidungsbefugnisse für medizinisch Pflegenden sind daher auszuweiten. Zudem soll dieses wertvolle Wissen gesammelt, geteilt und anonym ausgewertet werden. Selbstverständlich wird dafür das Einverständnis der Pflegenden und Hilfsbedürftigen vorab eingeholt.

Für weitere Informationen zum angelaufenen experimentellen Pilotprojekt We+Care steht Ihnen das provisorische Organisationskomitee gerne zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Patrick Hofer

Pro Aidants
Sihlquai 133
CH-8005 Zürich
<http://proaidants.ch>
+41445867964
<https://twitter.com/proaidants>
<https://facebook/proaidants>

Patrick Hofer
Executive MBA HSG
+41788842434
<https://twitter.com/socbizengineer>
<https://linkedin.com/in/hofer>

Ich will selbst entscheiden, wer meine Betreuenden sein sollen. Unabhängig von verwandtschaftlichen Beziehungen, sollen diese Personen Anspruch auf die geplanten Entschädigungen haben.

340 von 340 Personen haben diese Frage beantwortet

1	Ja	333 / 98%
2	Nein	7 / 2%

Auch für Hilfsbedürftige, die alleine zuhause wohnen, soll es eine Pflegegutschrift geben. Sie soll denjenigen zugute kommen, die mit der grössten Belastung konfrontiert sind. Konkret: Der Generation «Sandwich» (Kinder, Job, Anfahrtswege)

340 von 340 Personen haben diese Frage beantwortet

1	Ja	325 / 96%
2	Nein	15 / 4%

Der Bund soll Pilotprojekte, die erheblich dazu beitragen, Zeitaufwand und Kosten in der Betreuung Hilfsbedürftiger zu senken, fördern.

340 von 340 Personen haben diese Frage beantwortet

1	Ja	311 / 91%
2	Nein	29 / 9%

Sozialarbeiter, Spitex und Hausärzte sollen dabei helfen, die Dienstleistungen für Hilfsbedürftige zu optimieren. Dafür sollen sie von den Krankenkassen entschädigt werden.

340 von 340 Personen haben diese Frage beantwortet

1	Ja	310 / 91%
2	Nein	30 / 9%

Pflegende, die am meisten Zeit mit den hilfsbedürftigen Menschen verbringen, wissen oftmals am besten, was diese im Alltag benötigen. Dieses Wissen soll gesammelt, geteilt und anonym ausgewertet werden.

340 von 340 Personen haben diese Frage beantwortet

1	Ja	325 / 96%
2	Nein	15 / 4%

Man sollte:

den Helfenden/Spitex/KrakenpflegerInnen mehr Zeit für Sozialekompetenzen einräumen. Älteren Menschen muss mehr menschliche Würde gegeben werden und dazu braucht es mehr Zeit um mit offenen Ohren für sie da zu sein. Menschen sind nicht Ware die man abfertigt sondern fühlende geistigsittliche Wesen. Gebt dem Menschen die Würde zurück.

eine gute Übersicht der verschiedenen Möglichkeiten haben.

eine Koordinationsstelle schaffen, die im Bedarfsfall (meist Notfall) rasch die nötige Hilfe organisieren kann. Dies würde pflegende Angehörige wie auch Betroffene, die in einer Notlage die Hilfe nicht mehr selber organisieren können, stark entlasten. Unterstützung muss rasch, flexibel und unkompliziert erreichbar sein.

Pflegende Angehörige müssten entschädigt werden.

Man sollte mehr Informationen verbreiten über verschiedene Social Media mit Anlaufstellen.

Wohneinheiten

Bessere Kommunikation und Info-Austausch zwischen Kasse Ärzten Organisationen und Klienten.
Bessere Aufklärung für die Klienten. Da sie vielfach zu wenig Info bekommen.

Auch Nachbarschaftshilfe vergüten

die Finanzierung klar und transparent klären

Zb neue Wohnformen fördern, Alters-Wg fördern

Neue Wohnformen (Alt und Jung) noch mehr fördern. Pflegende und Betreuende besser entschädigen.

Man sollte, wenn man hilfsbedürftig wird, nicht bis aufs Hemd ausgezogen werden! Die mögliche Selbständigkeit sollte jedem Menschen gelassen werden. Keine absolute Bevormundung!

erfassen, welche Lücken bestehen. Zuhause-Notfalleinweisung-Ferienbett-zuhause....etc. Wie kann dieses ewige notfallmässige abklären und erfassen vermindert werden? Anamnese durch Pflege?

Pflegende besser entschädigen und entlasten

Für Demente Menschen kleinere Institutionen mit Alltagsbeschäftigungen eröffnen. Mehr Angebote wie Shiatsu, Fussreflexzonenmassage etc. anbieten.

Die alten Leute zu Hause betreuen

Schon Betreuende aber auch Pflegende der zu Hause lebenden Personen entschädigen

Hilflosenentschädigung erhöhen. Steuerfreiheit bei Personen mit tiefen Renten, da Ehepartner fehlt, Single oder geschieden

Es sollte für jeden möglich sein zu Hause betreut werden zu können

Gemeinde-Quartier-nahe Projekt und Sozialpsychiatrie fördern. Finanzielle Ungleichheiten angehen (ambulant/stationär oder Akut/Langzeit)

Angehörige die helfen zu pflegen oder betreuen sollten wenigstens die aufwandskosten erstattet bekommen.

Und vielleicht sollte man auch überlegen ob es sinnvoll ist alte Menschen mit immer mehr Medis vollzupumpen und noch Operationen zu machen.ich denke einfach das ein Mensch mit 90 Jahren das nicht mehr zugemutet werden sollte und das auch hilft die Krankenkassen zu entlasten die man heute sowieso kaum mehr bezahlen kann

Es gibt keine einfachen Antworten auf komplexe Fragestellungen!

Mit entsprechender Entlohnung der meistens familiären Betreuenden.

Ein wenig mehr mit offenen Augen durch die Welt gehen...es gibt viele ältere die hilfe brauchen

Das Pflegepersonal aufstocken

Eine qualitative Betreuung braucht viel Zeit. Zeit wird heute negativ bewertet. Das müsste sich ändern.

Professionelle stärken und Angehörige und Freiwillige unterstützen und entgelten

Pflegende Angehörige mit einem Lohn entschädigen. V.a. wenn es noch Fachpersonen sind.

Die Dienstleistungen besser koordinieren und die Kosten nach finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen staffeln.

indem man das alles umsetzt was in den vorherigen Fragen mit Ja beantwortet wurde

....die hilfsbedürftigen Menschen und dessen Familie mehr unterstützen, besonders auch finanziell, damit ein bedürftiger Mensch möglich lang in seinem gewohnten Umfeld zu Hause bleiben kann. Diese wirkt sich allgemein positiv auf den Bedürftigen aus und kostet zudem einiges weniger als in einer Institution zu vereinsamen.

Mut haben zu fragen, ARZT Praxen, Apotheken wissen oft Bescheid, wo Hilfe geleistet wird.

Sie möglichst lange zu hause betreuen

Die pflegenden ausreichend endlöhnen

Weniger Bürokratie

nicht immer alle gelder kürzen.... iv etc.

Freiwilligenarbeit fördern

die betreuenden Familienangehörigen entschädigen

hilfe den pflegenden (emotional und finanziell)

die Unterstützung ernst nehmen und ihr einen Wert geben.

Durch Vernetzung und konstruktive Zusammenarbeit.

Mehr die Betreuten mit einbeziehen

Freiwilligenarbeit

indem man auch nach ihren Wünschen sich erkundigt

besser hin schauen .statt nur wegschauwn

Die hilfsbedürftigen bei den Entscheidungen mit einbeziehen. Sie wissen am besten, was es zu verbessern gibt

Es hat bereits gute Angebote, oft liegt es an der Finanzierungsmöglichkeit

viel mehr Informationen an Rentner weitergeben bevor sie bedürftig werden. TV-Spots

Auch im ersten vereandtschaftsgrad den Assistenz Eintrag gewähren. Den Freunden und Angehörigen die scheu nehmen das wohlverdiente Geld anzunehmen. Wer hilft wird pro rata entlohnt

weiss nicht

Es gibt viele Personen die gerne etwas soziales leisten würden doch leider ist es so das man heute nur anerkannt ist wenn man, weis ich was für eine ausbildung hat !!

Wohnraum für hilfsbedürftige Personen unterstützen und fördern von gemeinschaftlichem Wohnraum.

Auf sie hören

Unbedingt mehr Zeit geben, dem Fachpersonal!

Bedarfsabklärungen mit hilfsbedürftigen Menschen machen. In der direkten Nachbarschaft nachfragen für Botengänge, meistens ist Jemand gerne behilflich!

Henügend Personal und bezahlbare Heimplätze

Indem man auch interessierte u motivierte Quereinsteiger gut ausbildet u fen hilfsbedürftigen gut zuhört u diese ernst nimmt..ein Verbund von Arzt u Fachstellen inkl.Pfleger u Angehörigen

Die pflegenden und betreuenden Angehörigen mehr estimieren. Sie leisten Gratisarbeit welche die Krankenkassen u.a. Versicherungen stark finanziell entlasten.

mit weniger Bürokratie auskommen!

Die Helfer entlasten

den angehörigen ihre einsätze bezahlen!

Mehr Aktivitäten und mehr soziale unterstützung für Alte Menschen.

Danke

die Pflege zuhause genauso finanziell unterstützen wie man es in den Heimen tut!

Hilfsbedürftigen einen Assistenten zur Seite stellen, der die Koordination, Vermittlung, Begleitung, Übersicht, Bedürfnisse leitet, erkennt usw.

Beibehalten familienähnlicher Strukturen...

Sie ernsthaft nehmen

WG eröffneb

Oft sind ältere Menschen finanzielle nicht so auf Rosen gebettet. Da sind Angehörige gefordert

Hinhören&handeln
Die bürokratischen Wege sind zu lang und zu kompliziert. Ohne fachkundige Hilfe oft nicht zu bewältigen. Ärzte machen betagte Menschen zu wenig auf Hilfsangebote aufmerksam
Betreuung soll besser ausgebaut und die Betroffenen sollten Entschädigung erhalten
Altersheime u Pflegeheime attraktiver machen oder andere Wohnformen möglich machen. Nicht am Personal sparen. Die Nächstenliebe bräuchte neues Feuer
Normierte Leistungen mit Pauschalpreisen machen
Das Umfeld eindeutig mit Hilfe entlasten....sei es mit Haushaltshilfen, so dass der Pflege mehr Zeit eingeräumt werden kann
Infos schreiben über was man machen kann. Viele wissen nicht mal was es für Hilfsbedürftige gibt.
Mehr Pflegepersonal
WGs die durch Spitex oder ähnliche Organisationen unterstützt werden. Ärzte die Hausbesuche machen.
Zeitgutschriften vom Arbeitgeber erhalten.
mehr Pflegekräfte
Keine gewinnorientierten Alterswohn- und pflegeeinrichtungen mehr. Bessere Arbeitsbedingungen für Pflegendе.
Begleitetes Wohnen anbieten unter Mithilfe der noch nicht so hilfsbedürftigen älteren Personen der Wohngemeinschaft.
Für zu betreuende Personen private Spitex haben, die zu Hause betreut.
Generationen Häuser ausbauen
Unterstützung für pflegende Angehörige finanziell, Krankenkassen sollten nicht nur Pflege in Institutionen unterstützen! Bessere Koordination der verschiedenen unterstützenden Institutionen. Nachbarschaftshilfe fördern!
Mehr Zeit für Patienten, weniger für Administration
Gemeinsame Wohnsituationen (zB wie bei Dementen Wohngruppen) und die Fähigkeiten die jede Person hat in der Gemeinschaft fördern/ unterstützen

Angehörige entlasten
Einsamkeit minimieren

Plegende Angehörige entschädigen auch wenn sie nicht gelernt sind

Betreuende sollten vom Staat ordentlich entschädigt werden auch Ehefrauen.

Svp FDP und Cvp sägen alle 3 am sozialen Ast, keine deren unsozialen Vorlagen mehr annehmen.

Mehr geld dafür zur Verfügung stellen

Die Vernetzung aller Beteiligten systematisch stark erhöhen

Die arbeit von meist pflegenden frauen schätzen und anerkennen lernen. Meine Herren. Danke

die Koordination rund um die pflegebedürftige Person entscheidend verbessern (im Sinne eines ganzheitlichen Case-Managements, das konsequent systemisch von den PatientInnen und den An- und Zugehörigen ausgeht)
Bezugspflegesysteme einführen (ggf. nach Buurtzorg Modell aus NL)

in der Spitex hervorragend ausgebildete Leute anstellen (incl. MScN Pflege)
sich konsequent auf die Stützung/Empowerment der Angehörigen einlassen (auch wenn sie bspw. nicht im Haushalt sind, Distance Caregivers usw.)

Auch die sozialen Belange sehr ernst nehmen, u.a. durch Einbeziehung von Sozialarbeitenden in der Abklärung/Assessment/Case Management.

Frühen Zugang zu Hilfen bahnen - damit es nicht zur Erschöpfung kommt (ggf. auch durch zugehende aufsuchende Dienste)

Stärkung der Ausbildung in der Spitex

sie in der bestehenden Situation befähigen, indem man ihnen Wissen vermittelt und ihnen hilft, das Wissen mit ihren Erfahrungen und Eindrücken zu verbinden

Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige ausbauen, Tageskliniken, stundenweise Betreuung im Alltag

Unbedingt höhere Löhne! Für Ihren unermüdlichen Einsatz, für vielfach komplizierte, fremde Personen zu angaschieren!!!

So wird dieser Beruf automatisch interessanter! Mit diesem Hungerlohn hätte ich auch keine Lust mich für fremde Personen, derart einzusetzen□

Anerkennen der Helfer

Bessere tranbarenz

Den ganzen Papierkram vereinfachen.

Sie mehr in die Familie integrieren

vermehrt auf ambulante Betreuung mittels spezifisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (APN) setzen. APN begleiten die Betroffenen und ihre Angehörigen und können ihre Bedürfnisse erörtern und spezifisch darauf reagieren.

man sollte menschlicher, statt vorschriftlicher handeln.

Die unterschiedliche Finanzierung von ambulant und stationärer Versorgung aufheben. Nur so wird eine integrierte und somit verbesserte Versorgung möglich.

Die ambulante Pflege ausbauen, um die pflegenden Angehörigen genügend entlasten zu können. Die Krankenkassen müssen durch politischen Druck diese ambulante Pflege bezahlen. So würde auch dem Grundsatz "Ambulant vor stationär", den der Bundesrat gefasst hat, endlich Genüge getan.

Mehr Fachkräfte einsetzen, bessere Löhne an die pflegenden bezahlen und genügend Zeit für jeden einzelnen Pflegepatient zur Pflege einplanen!!

Es sollte die professionelle Pflege als gleichwertiger Partner in die Entscheidungen integriert werden. Im Weiteren sollten pflegerische Versorgungsleistungen gleichwertig betrachtet werden, wie medizinische (pharmakologische) und diagnostische Interventionen.

Betreuende Angehörige finanziell entschdigen, wenn diese wegen der Betreuung nicht arbeiten können oder aufören zu arbeiten. D.h wenn es finanziell nötig ist.

Besser informieren. Die ältere Generation schämt sich oft

Angehörigenarbeit honorieren mit Krankenkassen prämienvverbilligung, Ferienaufenthalt, auch für pensionierte betreuende.

1. Schritt: Hilfsbedürftige Menschen stellen auf ideale Weise ihr eigenes Pflegenetzwerk zusammen. 2. Schritt: Eine '(Pflege-)Kombination des Machbaren' wird erstellt unter aktiver Beteiligung der hilfsbedürftigen Person. 3. Schritt: Alle beteiligten Personen und Körperschaften vernetzen sich untereinander und erstellen ein dadurch personen- und bedürfniszentriertes Versorgungssystem für die betreffende hilfsbedürftige Person.

Die einzelnen Institutionen sollten besser zusammenarbeiten.

Die Menschen in den Pflegeberufen besser entlohnen

Mal den eigenen Leuten in unserem Land das ermöglichen was sie wünschen

Mehr Personal, weniger Kosten (Krankenkasse) so lange, wie möglich daheim sein können!

Mehr Zeit haben

Kosten übernehmen. Im Alters- oder Pflegeheim müssen diese Kosten auch übernommen werden wenn die Hilfsbedürftige Person kein Geld hat.

Hohes Budget einplanen Personal aufstocken nicht nur Fachpersonal

das EL-Gesetz entsprechend revidieren, das Curaviva-Wohn- und Pflegemodell 2030 umsetzen

Evtl.einen Verein gründen mit freiwilligen Vorleser Begleiter für Spaziergänge
ein bisschen Zeit für Kaffeplaudern.

Die hilfsbedürftige Klienten wirklich,reak mit einbeziehen und nicht alles verallgemeinern.

Netzwerke niederschwellig zugänglich machen.

Hausärzte nehmen sich mehr Zeit für Beratungsgespräche mit Angehörigen.

...die Banken dazu auffordern, für einen notwendigen behindertengerechten Umbau einen bevorzugten Kredit zu vergeben.

Mehr Nachbarschaftshilfe, freiwillige Mitarbeiter, betreutes Wohnen, Alterswg

Mehr Geld

Eine Liste anfertigen in jeder Gemeinde und nach den hilfsbedürftigen Menschen schauen, auch im Sie kümmern, hingehen und telefonieren.

mehr auf Nachbarschaftshilfe bauen.

Generationenwohnen und Nachbarschaftshilfe fördern

Gut vernetzen, z.B. mit Chat-Gruppen, damit es keine Doppelspurigkeiten gibt.

das Versorgungssystem ist ausreichend. Die Information und Koordination ist zu optimieren.

wesentlich gezielter und konkreter die Fachkompetenz und Erfahrung vom Pflegepersonal in Planung, Entscheidung und Umsetzung mit einbeziehen!

besser auf die Angehörigen, die Spitex, den Hausarzt, den zu betreuenden Diensten hören. Ihnen zu hören was sie über den Menschen erzählen, auf die Wünsche der betroffenen Menschen eingehen. Aktiv Patientenverfügung ausfüllen lassen um letzte Wünsche zu klären. Mehr Personen einstellen anstelle zu entlassen. Statt einem Chef mehrer Tausend Franken Lohn pro Monat zu zahlen, den Leuten die pflegebedürftige Menschen betreuen mehr zahlen

aktiv die Probleme lösen und nicht neue Probleme suchen.

staatlicherseits genügend Mittel bereitstellen, dass ein jeder so lange wie möglich zu Hause in Würde alt werden und sterben kann. Gepflegt von Menschen, die er sich selbst ausgesucht hat. Die er sympathisch findet. Die ihn nicht nur waschen und bekochen und ihm Medikamente geben, sondern Zeit für ihn haben, ihn auch am gesellschaftlichen Leben teilhaben lassen, ihm zuhören, vorlesen, die Hand halten, mit ihm spazieren gehen, ihn an ein Ziel begleiten (das Ziel muss keine Arztpraxis sein!)

Die Arbeit der helfenden Menschen sollte anerkannt und gewertschätzt werden, was sich sehr gern endlich in der Entlohnung widerspiegeln darf.

man sollte nicht "man sollte" sagen sondern etwas tun. direkt Betroffene: darüber reden, was es heisst, pflegende Angehörige zu sein. Politik: die Fragmentierung in der Betreuung reduzieren, (Spitex)Pflege ausreichend finanzieren und komplexen Abläufe vereinfachen, mit denen Unterstützung beantragt werden kann/muss.

Die Dienstleistungen verbessern

all die bereits bestehenden Dienstleistungen zusammenführen und koordinieren. Und man sollte Betreuungsleistungen auch via Krankenkasse abrechnen können. Die hilfsbedürftigen Menschen mögen Betreuungsleistungen oft nicht zahlen, dabei sind es genau die Betreuungsleistungen (wie Begleiten beim Essen, Struktur im Alltag, Kontaktpflege), welche den hilfsbedürftigen Menschen zu Hause fehlen.

Bessere Verknüpfung und Austausch der beteiligten Stellen wie Ärzte, Spitäler etc

beginnen best practise zu fördern und umzusetzen, nationales Netzwerk best practise gründen um voneinander zu lernen und Wissen weiterzugeben, freiwilligenarbeit fördern und unterstützen, neue Finanzierungsmodelle schaffen, digitalisierung und technologien unterstützend einsetzen, koordination der anbieter und dienstleistungen fördern

Schon vor der eigenen Pensionierung ein Netzwerk von Menschen Aufbauen. Sich in jüngeren Jahren für junge Familien engagieren. Damit bleibt mein eigenes Netzwerk altersdurchmischt

Weniger heterogene Angebote für kurze PR Effekte, sondern mehr Zusammenarbeit. Im Spital hören interprofessionelle/interdisziplinäre Careprojekte beim Austritt aus. Danach ist man auf sich allein gestellt. Spitex nutzt auch zu wenig bestehende Angebote zur zusätzlichen Betreuung und baut eher eigene Strukturen auf.

... Leute wie diejenigen von Proaidants ernst nehmen , und auch als „etablierte Organisation“ mit ihnen zusammenarbeiten!

Mehr casemanager

Mehr Angehörigenschulung

Austauschplattform

Case management bei chronischen Erkrankungen von Anfang an. Ein fixer Ansprechpartner für Fragen rund um Versicherungen, Leistungen die beantragt werden müssen, Überblick über das patientendossier hat, Überversorgung vermeidet, alle behandelnden und betreuenden vernetzt und koordiniert

mehr Menschlichkeit und weniger provlt□

Die pflegende Person unterstützen , ernst nehmen + und ihr 1- 2 × im Jahr Ferien = Auszeiten gönnen !!

vom Hausarzt auf Angebote aufmerksam gemacht werden. In der Presse öfters informieren.

Menschlichkeit mehr und weniger den profit

Betreuung durch Organisationen sind in der Schweiz viel zu teuer. Das kann sich fast niemand leisten. Spitex ist zwar eine gute Alternative, aber die Strukturen und Abläufe sind dort viel zu kompliziert. Für die Angehörigen ist der Aufwand mit der Spitex manchmal viel zu gross, man würde es teilweise besser selber machen

Pflegende und unterstützende Anwendungen, wie warme Wickel und gesundes schmackhaftes essen. Gespräche und Sorgfalt. Verbessern.

Genügend geschultes Personal, Entlastungsangebote und Schulung sowie Bezahlung der Helfenden

Mehr Menschlichkeit sehen und wenig den Profit davon aussen

Es darf nicht gespart werden.

Die Leute, die helfen gut entschädigen, so dass dies auch gerne tun

Die Angehörigen entlönnen und sie unterstützen. Tagesheime zur Entlastung fördern.

Nicht am falschen Ort sparen

Gut

Gute und schwierige frage

In dem die hilfsbedürftige solange wie möglich zu Hause die adequate Pflege von Profis oder Angehörige erhalten.

Mehr Geld zur Verfügung stellen

Mehr auf die Menschen eingehen !

Sie besser respektieren und miteinbeziehen

Man sollte die pflegende Angehörige entlohnen!

mit genügend Zeit und attraktiven Bedingungen.

All die vorangegangenen JAs realisieren

Ihnen zeit und aufmerksamkeit und vor allem sicherheit geben

Mehr Zeit für sie

selbstbestimmung

angehörige fragen

Mann sollte Fachpersonen für Pflegemehr schätzen und besser entschädigen, damit diesen Berufen attraktiver werden

Vermeehrt informieren (Zeitungen, GMD.-Info, Info-Veranstaltungen durchführen, Radio und Internet-Plattformen

Pro Senectute sollte mehr Dienstleistungen u.individuelle Hilfe z.B.nach Operationen..zu Hause anbieten ! Nicht nur für den Haushalt u."stur" das vorgeschriebene Programm anbieten ! Bei den meisten Fragen um Hilfe hiess es immer wieder : das dürfen/können wir nicht machen !!! Z.B.war ich am zügeln nach Hüft-u.Knie OP...nur der übliche Hauskehr sei erlaubt !! Hilfe beim packen...Einkauf

Nicht ! Ja für was heisst es dann: Pro Senectute ??? Wenn vieles gar nicht angeboten wird ?? Bedenklich !!! Und schade !!!

möglichst zu Hause betreut
Pensionierte einsetzen für Tagesbetreuung und Unterhaltung
Bessere Spitex haben
in dem Alle miteinander kommunizieren Arzt Spitex ... Altersheim Spital und Angehörige oder sonstige Betreuung
Finanzielle Unterstützung bei Hilfsmitteln zur gerechten Einrichtung der Wohnung.
Mehr Mensch sein
Indem man Betreuung besser bezahlt und ihre Arbeit steuerlich abgezogen werden kann ☐
Einfachere und vor allem günstigere Transportmöglichkeiten
Spontane Hilfsmöglichkeiten wenn Bedarf statt Dauerbetreuung
den pflegenden Angehörigen analog zu Assistenzbeiträgen eine Entschädigung gewähren.
... dafür sorgen, dass sie solange wie möglich zu Hause gepflegt werden können. Das entlastet auch die Kosten, denn eine Pflege zu Hause, muss auch entschädigt werden, kostet viel weniger als ein Alters- und Pflegeheim. Solange Angehörige bereit sind zuhause zu pflegen, sollte das möglich sein und angemessen entschädigt werden. Siehe Österreich !
zusammen arbeiten die verschiedenen Institutionen
Mehr Betreuung und aktivieren in den Pflegeheimen und nicht nur in den Rollstuhl setzen
GeWo, Generationen Wohnsiedlungen, grössere Mietzuschüsse. Wenn ein Ehepartner im Altersheim wohnt, lebt der andere am Existenzminimum.
Mit Wertschätzung und Anerkennung ; auch in Form finanzieller Mittel für die Hilfe der Betreuenden.
... die Hilfe, bzw. die Unterstützung (!) ARBEIT (!) nennen und sie honorieren. Wie heisst es doch: „Jeder Arbeiter ist seines Lohnes wert“. DANKE ist ein schönes Wort, ein selbstverständliches, meine ich, aber essen kann man es nicht ...
Es sollte bezahlbar sein und den Patienten nicht arm machen
Gezielter Wohnungsbau, regelmäßige Anrufer, Schaffung eines neuen Berufes: selbständige medizinisch und sozial ausgebildete Assistenten für Bedürftige Personen
Mehr Spitex personal
die Leistungsentscheidung in die kleinstmögliche Einheit (Quartier/Nachbarschaft) transferieren.

Angehörige besser schulen und entschädigen

Freie Zeit im Job zu Verfügung gestellt bekommen wie es der Fall ist beim Eltern werden.

....Rücksicht nehmen auf Wünsche und Gewohnheiten der hilfsbedürftigen Personen

Die Menschen im Umfeld einspannen und neue Jobs bringen - für Menschen die solche Sachen machen wollen und Zeit haben - man muss ja nicht immer aus der Pflege sein- wäsche waschen- erledigungen machen- boten gänge

In dem nicht irgend wer daher kommt ein paar fragen stellt den menschen nicht kennt und entscheidet.SVA als beispiel.abgelehnt man kann ans versicherungsgericht gehen kosten 100 -1000.-fr.bum fertig.

Bessere Löhne. Freiwillige unterstützen

Höhere Hilfslosenentschädigung für pflegende Familien gehörige und Partner. Besonders dann wenn Partner das Arbeitspensum reduzieren um den Partner zu pflegen

Man sollte sich im nahen umfeUm orientieren was Sache ist. Vorsorgeauftrag Vollmacht Patientenverfügung ect

Ihnen zuhören und auch die nötige Zeit die es braucht wie für die Abklärung bereit sein. In der Schweiz finde ich unser Hilfssystem mehr als dürftig. Jeder Mensch sollte gleich behandelt werden und wenn jemand von der Familie die Pflege oder die Hilfe gibt, sollte das finanziell unbedingt unterstützt werden. Nicht nur die Krankenkassen sind gefragt, sondern der Bund!!!! ZB betreutes Wohnen, muss es unbedingt mehr geben!!!!

Durch günstige unterstützung,da manche menschen die teure versorgung oft nicht leisten können.

mehr leute haben wo sich für einsätze zur verfügung stellen

Von den Krankenkassen oder IV mehr Unterstützung,das heisst weniger Hürden und mehr Geld erhalten.Auch Firmen,die kompetente und liebevolle Betreuung anbieten sollen über die Kk abrechnen dürfen.Die Zustände in div. Altersheimen sind fürchterlich....und die werden fürstlich bezahlt.Diese Ungerechtigkeit soll schnellstmöglichst per Gesetz geregelt werden.

Man sollte mehr Personal in der Pflege einstellen zu besseren Arbeitsbedingungen. Mehr Geld, Zeit = glücklicheres Personal

Mehr Personal = Glückliches Personal und zufriedene Bewohner

Bessere Kontrolle durch Ärzte. ..auch wenn Spitex pflegt

Auch private oder nicht der Kk angeschlossene engagierte Leute bezahlen

1. Den Kantonen mal in den Arsch treten was zu machen.

Pflegende ihren Job, bei der Unterstützung von Pflegenden Angehörigen machen lassen und als Präventivmassnahme Vergüten. Ohne Ärztlichen Startschuss

Verbesserte Koordination der verschiedenen Players

Die bestehenden Barrieren zwischen öffentlich finanzierten und privatwirtschaftlichen Dienstleistern müssen abgebaut werden und ein Zusammenspiel ermöglicht werden. Dies bedingt bei vielen Stellen ein fundamentales Umdenken. Der laufende Ausbau öffentlich finanzierter Angebote dürfte relativ bald an der Finanzierungsfrage scheitern. Eigenverantwortung beginnt beim individuellen Sparen / Versichern der Altersrisiken - unsere Kinder werden uns danken.

Möglichst viele und einfach erreichbare Dienstleistungen und Produkte zur Auswahl stellen.

Mehr private spitex betreuung ..und die kosten an dem steuern abziehen können

Angehörige besser unterstützen. Hilfe anbieten und ...

Neue Wege gehen-

Und warum nicht auch Menschen mit Down Syndrom in der Pflege einsetzen?

Gibt tolle Projekte

Mehr Häuser für 3 Generationen bauen

Famillien mehr unterstützen

Einbezogen in Intergenerationenhäuser und die zuvor erwähnten Punkte.

sich mehr Zeit für sie nehmen. Sei es nur für ein kurzes Gespräch

Zuwendung - Zeit für Pflegebedürftige - bessere Bezahlung für PP

Man sollte nicht mehr als zwei -drei Pflegende, bei einem Pflegefall einsetzen. Neue Leute müssen immer wieder instruiert werden !

Höhere Löhne für das Pflegepersonal und intensiveres Controlling.

niederschwellige Hilfestellungen

Mehr Informationen

Prämien senken für ältere Menschen. In den jungen Jahren mit Job könnten mehr einzahlen dafür im Alter dann weniger. Helfer/innen sollten gerecht vom Bund entschädigt werden

Pflegende besser entlohnen

Mehr Angebote zu fairen Preisen oder durch Krankenkassen oder Staat finanziert
In dem man auch vermehrt auf Nachbarschaftshilfe setzt, die auch einspringen bis die Angehörigen zur Stelle sind
Man sollte auf individuelle Bedürfnisse eingehen.
Die Familie unterstützen
Angepasste, vielseitige Entlastungsdienste anbieten, die bezahlbar sein sollten!
W
Unnötige Ueberadministration verhindern Pflegegeld zahlen
Den Entlastungsdienst bekannter machen.
Weniger bürokratie dafür mehr Zeit für Pflege. Nicht x verschiedenes, eingestuftes Personal. Die Pflegehilf sollte verschiedenes können. Wie früher halt. Sollen Zeit um zuzuhören haben.
Flexible Lösungen sollten finanziert werden
Nicht nur durch Leute ohne Bezahlung oder Angehörige
Den Hilfsbedürftigen zuhören und sie weiterhin als vollwertig anschauen und die Personen, die sie am meisten betreuen Ernst nehmen und am Prozess teil haben lassen .
Hilfsbedürftige ernst nehmen
Die Arbeit der Pflegenden gebührend wertschätzen. Erleichterungen durch mehr gut ausgebildetes Personal schaffen. Anreize setzen durch faire Entlohnung. Keine Sparmassnahmen mehr für die Pflegeberufe mehr genehmigen.
..
Ergänzungsleistungen auch für Pflege zuhause gewähren
ein breites Netz bestehend aus fachpersonen aus dem bereich sozialarbeit, pflege, gesundheit und betriebswirtschaft aufbauen, freiwilligenarbeit mit gutschriften fördern, und über supervision sicherstellen, dass professionell und menschlich ethisch gearbeitet wird
Ihnen so lang wie möglich helfen, zu Hause versorgt zu werden.
eine geeignete Stelle haben die alle Helfenden (Hausarzt, Spitex, Angehörige, Freunde etc.) koordiniert und dass auch alle entsprechend honoriert werden durch die Krankenkasse oder die AHV
Solange sie möglich zu Hause betreut werden.

hilfsbedürftige in entscheidungen miteinbeziehen und entsprechend handeln. bessere entlohnung für pflegende = höhere motivation!

Es mehr öffentlich machen

Die Versorgung auch auf dem Lande sicherstellen

wieder vermehrt lokal und auf nachbarschaftlicher Ebene Kontakte knüpfen und sich lokal "vernetzen"! Initiative "deine Umgebung, dein zu Hause!"

Die betreuenden und pflegenden Angehörigen entschädigen

3 Säulen. Privates Umfeld als erstes. Wenn dies nicht vorhanden ist, Pflegeheime

Mehr öffentliche Unterstützung bei Pflege der Angehörigen

Mehr zeitt für solche menschen haben

...die Kommunikation und Kollaboration zwischen den (formellen und informellen) Versorgern verbessern. Aktivitäten die auf mehr Lebensqualität und Betreuung älterer Menschen zu Hause ausgerichtet sind, mehr Anerkennung und Förderung zukommen lassen.

Indem man erfasst wer alles Hilfsbedürftig ist und in welchem Masse Hilfe benötigt wird

Abklärungen alljährlich durchführen und auswerten.

Abfederung von Problemen beim Eintritt in AHV Alter Hilfsmittel müssen bezahlt werden, wenn sie neu benötigt werden (ElektroRollstuhl, wenn mit manuellem nicht mehr geht)

Pflegende Angehörige müssen entschädigt werden, damit sie keine Nachteile in der Altersvorsorge erleiden - Altersarmut aufgrund von informeller Hilfestellung



Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung: Fragebogen zum Vernehmlassungsverfahren

Absender

Name und Adresse des Kantons oder der Organisation
Verein Pro Aidants (In Gründung)

Kontaktperson für Rückfragen: *[Name, E-Mail, Telefon]*
Patrick Hofer, patrick.hofer@proaidants.ch, +41445867964

1. Kurzzeitige Arbeitsabwesenheiten

- 1.1. Sind Sie mit der Verankerung der Lohnfortzahlung für diese kurzzeitigen Arbeitsabwesenheiten im Obligationenrecht (Art. 329g OR) für kranke oder verunfallte verwandte oder nahestehende Personen einverstanden?

☒ Ja ☐ Ja mit Vorbehalt ☐ Nein (d.h. kein neuer Artikel im OR)

Anmerkungen:

- 1.2. Falls Sie Frage 1.2. mit «Ja mit Vorbehalt» beantwortet haben: Wären Sie mit einer Variante einverstanden, bei der die Lohnfortzahlung bei der Betreuung von erwachsenen verwandten und nahestehenden Personen auf eine bestimmte Anzahl Tage pro Jahr beschränkt wird?

☒ Ja ☐ Nein

Wenn ja, schlagen Sie eine Anzahl Tage pro Jahr vor.
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Anmerkungen:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- 1.3. Haben Sie Anmerkungen zur Formulierung von Artikel 329g OR?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

2. Entschädigung für die Betreuung eines wegen Krankheit oder Unfall gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes

- 2.1. Sind Sie mit der Einführung eines Urlaubs für Eltern, die ein wegen Krankheit oder Unfalls gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen, einverstanden?

☒ Ja ☐ Ja mit Vorbehalt ☐ Nein

Anmerkungen:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- 2.2. Haben Sie Anmerkungen zur Formulierung von Artikel 329h OR sowie zu den flankierenden Änderungen in Artikel 329b Absatz 3, Artikel 336c sowie Artikel 362 Absatz 1 OR?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- 2.3. Sind Sie mit der Einführung einer Betreuungsentschädigung analog zum Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (EOG) einverstanden?

☒ Ja ☐ Ja mit Vorbehalt ☐ Nein

Anmerkungen:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

2.4. Haben Sie Anmerkungen zu den neuen Bestimmungen im EOG (Art. 16j ff)?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

2.5. Haben Sie Anmerkungen zur Ergänzung des Betreuungsurlaubs in anderen Bundesgesetzen gemäss den Ziffern 5 und 6 des Erlasses?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3. Erweiterung der Betreuungsgutschriften in der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

3.1. Sind Sie mit der Ausweitung des Anspruchs auf Betreuungsgutschriften auf leichte Hilflosigkeit einverstanden?

☒ Ja ☐ Ja mit Vorbehalt ☐ Nein

Anmerkungen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3.2. Sind Sie mit der Ausweitung des Anspruchs auf Betreuungsgutschriften auf Konkubinatspaare einverstanden?

☒ Ja ☐ Ja mit Vorbehalt ☐ Nein

Anmerkungen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3.3. Haben Sie Anmerkungen zur neuen Formulierung von Artikel 29^{septies} Absatz 1 AHVG?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme der Vernehmlassung. Bitte senden Sie Ihre Antwort als pdf und als Worddokument per Mail bis spätestens am **16. November 2018** an proches.aidants@bag.admin.ch



Häringstrasse 20
8001 **Zürich**

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zürich, 3. Dezember 2018

**SPO-Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zur Teilrevision KVG
„Massnahmen Kostendämpfung“, Paket 1**

Sehr geehrter Herr Direktor
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zur o.g. KVG-Teilrevision Stellung nehmen zu dürfen.

1. Experimentierartikel (M02); neuer KVG Artikel 59b

Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz (SPO) begrüsst die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, wie von der Expertengruppe vorgeschlagen (M02). Der nach geltendem Recht bereits existierende Handlungsspielraum für Innovationen, welche die betroffenen Akteure nutzen könnten, um Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums zu ergreifen, wurde bis anhin nur ungenügend genutzt. Wichtig ist jedoch, dass der nun neu eingeführte Experimentierartikel **ausschliesslich** für Projekte zur Verfügung steht, die tatsächlich zu einer Kostensenkung führen. Denn es besteht die Gefahr, dass Innovationen getestet werden, die zu einer (zusätzlichen) Mengenausweitung führen, die Kosten anderwärtig an-steigen lassen oder diese zumindest so hoch belassen wie es heute der Fall ist, ohne dass dabei ein Qualitätsgewinn für die PatientInnen resultiert. Falls gleichzeitig mit der angestrebten Kostensenkung ein Qualitätsgewinn für die Patientinnen erreicht werden kann, sollte dieser - mit vor dem Beginn des Pilotprojektes festgelegten Instrumenten - in der Evaluation mit hochstehenden wissenschaftlichen Methoden zusätzlich zur Kostensenkung nachgewiesen werden. Auf jeden Fall muss bei der Evaluation nachgewiesen werden, dass eine Kostensenkung nicht zu einem Rückschritt in der Qualität führen wird.

Insbesondere wenn Versicherte bzw. Patienten – gemäss Absatz 4 Artikel 59b – zur Teilnahme an Projekten verpflichtet werden können, ist der Miteinbezug dieser Stakeholdergruppen in die Projektplanung, -begleitung und Evaluation als zwingend anzusehen. Bisherige Erfahrung mit Kostendämpfungsmassnahmen zeigen eine Gefahr für die Qualität der Patientenbehandlung auf. Deshalb müssen Patientengruppierungen zwingend miteinbezogen werden, um ihre Perspektive einbringen zu können. Schliesslich sollen diese Projekte tiefere Kosten und somit tiefere Prämien bei zumindest gleichbleibender Qualität der Leistungen für die Patienten bewirken. Dies ist nur zu bewerkstelligen, wenn die Sicht und die Erfahrungen der Patienten miteinbezogen werden. Auch lässt sich dadurch verhindern, dass

einmal mehr die Leistungserbringer die Qualität für die Patienten definieren, eigentlich aber nur mehr finanzielle Abgeltungen für sich erreichen möchten. Die gleichbleibende Qualität aus Patienten- und medizinischer Sicht sollte zudem zwingend in der Evaluation belegt werden.

2. Rechnungskontrolle

a. Rechnungskopie Patient (Vorschlag EDI)

Um die Rechnungskontrolle zu stärken, schreibt die Vernehmlassungsvorlage vor, dass die Verpflichtung des Leistungserbringers zur Zustellung der Rechnungskopie an den Patienten klarer festgehalten und auf Gesetzesstufe verankert wird, statt wie bis anhin auf Verordnungsstufe. Die SPO sieht hierin eine längst überfällige Massnahme. Das Bundesamt für Gesundheit hat bisher versagt, dies gegenüber den Leistungserbringern einzufordern. Wir begrüssen die stärkere Verankerung dieser Pflicht auf Gesetzesstufe und ebenso, dass Sanktionsmöglichkeiten auf Verstösse eingeführt werden. Doch alle gesetzlichen Vorgaben sind wirkungslos, wenn der Vollzug fehlt. Es ist daher unverzichtbar, dass die gesetzlichen Vorgaben endlich vollzogen werden, der Vollzug überprüft wird und bei Bedarf Sanktionen ausgesprochen werden.

b. Verständlichkeit der Rechnung

Zudem bleibt das Anliegen praktisch wirkungslos, wenn die Rechnungen für den Patienten wie bis anhin unverständlich sind. Die Pflicht für eine bessere Verständlichkeit ist bisher zwar auf Gesetzesstufe festgehalten, wird jedoch ungenügend umgesetzt. Dem Vorschlag, dass die Vorgaben zur besseren Verständlichkeit der Rechnungen für den Patienten auf Verordnungsstufe weiter konkretisiert werden, muss deshalb unbedingt und unverzüglich Folge geleistet werden. Hier lohnt es sich, das Wissen der Patientenorganisationen aber auch der Versicherer abzuholen.

c. Rechnungskontrolle stärken (M09)

Den Patientinnen und Patienten ist es heute kaum möglich, eine konsequente Rechnungskontrolle durchzuführen. Einerseits weil die Rechnungsstellung nur sehr schwer verständlich ist und andererseits, weil das System die Rechnungskontrolle durch die Patientin, den Patienten und die versicherte Person nicht vorsieht. Die Rechnungskontrolle unterliegt heute in erster Linie den Versicherern. Diese entscheiden welche Rechnungen sie überprüfen und welche sie bezahlen. Verlangt die versicherte Person die Überprüfung der Rechnung, wird sie nicht gehört oder beschwichtigt, die Rechnung sei bereits bezahlt. Die Rechnung effektiv zu beanstanden, ist grundsätzlich mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Insbesondere dann, wenn ein Versicherer dem Leistungserbringer eine nicht korrekte Rechnung bereits bezahlt hat.

Die SPO stellt einen zunehmenden Bedarf für die Rechnungskontrolle der versicherten Personen bzw. der Patienten fest. Die SPO berät Patienten und Versicherte bei Fragen zu einer Rechnung oder unterstützt sie bei der Rückerstattung von ungültigen oder fehlerhaften Rechnungen. Diese Leistungen tragen sehr zur Stärkung der allgemeinen Rechnungskontrollen bei. Die SPO stärkt damit direkt die betroffenen Personen, fördert deren individuelle Mitverantwortung und stärkt damit das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt, weil damit die Rechnungskontrolle in vielen Fällen ohne Dritte durchgeführt werden kann. Damit diese Leistungen von den PatientInnen- und KonsumentInnenvertretungen (SPO, DVSP, SKS, ACSI, FRC) erbracht werden können, sollen sie vom EDI/BAG beauftragt werden, die Rechnungen auf Anfrage von Ratsuchenden zu kontrollieren, diese zu beraten und die folglich nötigen Massnahmen zu treffen. Dies mit dem Ziel, dass die Ratsuchenden im Verfahren kostenlos unterstützt werden und die Rechnungskontrollen, wenn nötig im Schlichtungsverfahren durchgeführt werden können.

Zu prüfen ist, wie die vorgeschlagenen Leistungsvereinbarungen mit den PatientInnen- und KonsumentInnenvertretungen zu finanzieren sind. Wir schlagen dafür eine naheliegende

Lösung vor. Diese besteht darin, dass im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsverfahren¹ ein Teil der getätigten Rückzahlungen von Leistungserbringern dafür zu verwenden ist.

Heute ist es in inakzeptablerweise so, dass diese Rückzahlungen direkt den jeweiligen Versicherern zufließen, ohne dass Beträge den Patienten, welche Teile davon durch ihre Franchise und Selbstbehalte mitfinanziert haben, zukommen. Da es sich bei diesen Rückzahlungen um hohe Millionenbeträge handelt, werden zur Zeit diese Patientengelder (Anteile Franchise und Selbstbehalte) in unzulässiger Weise von den Versicherern angeeignet.

d. Unabhängige Rechnungskontrollbehörde (M35)

Das EDI/BAG schlägt eine Rechnungskontrollbehörde nur für den Fall vor, dass die Massnahmen der intensiveren Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle nicht den gewünschten Effekt entfalten würde. Die SPO ist dezidiert der Ansicht, dass die verstärkte Rechnungskontrolle einhergehen sollte mit der Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde. Es müsste nicht zwingend eine neue Behörde geschaffen werden. Zielführend wäre auch eine gezielte Zusammenarbeit mit bestehenden Akteuren, wie z.B. tarifsuisse.

Die Schaffung der obgenannten Behörde oder eine gezielte Zusammenarbeit mit bereits bestehenden Fachstellen wäre von Vorteil. Dies insbesondere auch, weil sich das System durch die Vielfalt der Versicherer auszeichnet und dadurch ohne unabhängige Kontrollinstanz zu einem unverhältnismässig hohen Aufwand mit erheblichen Lücken führen würde. Im Legiferierungsprozess bzw. -anpassung könnten die Patienten- und Konsumentenvertretungen als Gremium eingesetzt werden, welche die Ratsuchenden bei der Rechnungskontrollen berät und ihnen im Verfahren zur Seite steht. Gemäss Bericht des Bundesrates könnte die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden. Als wichtiger Nebeneffekt würde die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollstelle die Datenanalyse vereinfachen. Diese ist heute wegen der Fragmentierung mit zahlreichen Versicherern sehr erschwert. Für ein zielführendes Monitoring des Gesundheitswesens, das auch im Sinne einer öffentlichen Gesundheitspolitik ist, wäre eine solche Datenanalyse sehr geeignet.

3. Tarife und Kostensteuerung

a. Schaffung eines nationalen Tarifbüros (M34)

Die SPO unterstützt die Schaffung eines nationalen Tarifbüros grundsätzlich. Wir bemängeln jedoch, dass bloss Versicherer und Leistungserbringer in diesem Gremium vertreten sein sollen. Es fehlen die Kantone und natürlich die Patienten- und Konsumentenorganisationen. Denn die Interessen der Versicherer sind nicht immer deckungsgleich mit denen der PatientInnen und KonsumentInnen.

b. Tarifstruktur aktuell halten (M25)

Dass die Tarifpartner auch im ambulanten Bereich zur Datenlieferung an den Bundesrat gesetzlich verpflichtet werden sollen, ist ein Schritt in die richtige Richtung, denn es ist wichtig, dass die Tarife regelmässig durchleuchtet werden. Doch kritisieren wir, dass der Vorschlag der Expertengruppe verwässert wird und der Bundesrat die Anpassung der TARMED Tarifstruktur nicht jährlich vornehmen soll. Mit dieser Massnahme hätte der Bundesrat ein starkes Instrument zur Kostensteuerung in der Hand. Es ist auf die Wechselwirkungen mit anderen Massnahmen (M34) hinzuweisen.

¹ Gemäss Art. 56 Abs. 1 KVG haben Leistungserbringer ihre Leistungen auf das Mass zu beschränken, das im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Die Norm richtet sich auch an die Krankenversicherer. Ihnen obliegt die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise. Ist die unwirtschaftliche Leistungserbringung erwiesen, wird der Leistungserbringer zur Rückzahlung desjenigen Betrags verpflichtet, der die Grenze der wirtschaftlichen Behandlungsweise überschreitet.

4. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln; neuer KVG Artikel 52a und b

Die in die Vernehmlassung geschickte Vorlage schlägt zwei Modelle für die Ausgestaltung eines Referenzpreissystems bei Arzneimitteln vor. Die beiden Modelle müssen in ihren Auswirkungen gut gegeneinander abgewogen werden. Diesbezüglich bietet das Meldesystem grundsätzlich das höhere Potential für Kosteneinsparungen. Allerdings könnte dies bei umsatzschwachen Medikamenten dazu führen, dass aufgrund von wenigen Herstellern kein richtiger Wettbewerb entsteht und gar die Versorgungssicherheit bzw. auch die Patientensicherheit (z. B. verunreinigte Wirkstoffe aus Billiglohnländern mit tieferen Sicherheitsstandards) gefährdet werden könnte. Ob diesbezüglich dann mit dem Zuschlag nach Absatz 2 genügend schnell reagiert werden kann ist fraglich. Diesbezüglich könnte das System mit Preisabschlag den Vorteil bieten, dass bei den umsatzstärksten Medikamenten die grössten Einsparungen ohne die negativen Nebeneffekte wie beim Meldesystem auf die umsatzschwächeren Medikamente erreicht werden können. Allerdings sind die Nachteile, dass nur weniger Einsparungen erreicht werden und kein richtiger Wettbewerb zustande kommt. Grundsätzlich befürwortet die SPO die Einführung eines Referenzpreissystems ohne eines der Modelle vorzuziehen. Allerdings müssten beim Meldesystem nach unserer Ansicht weitere Massnahmen bezüglich Versorgungs- und Patientensicherheit geplant werden.

Unabhängig vom Modell, aber beim Meldesystem dringlicher, erachten wir die Schaffung einer Ansprechstelle für Patienten bezüglich unerwünschter Nebenwirkungen und verminderter oder vermehrter Wirksamkeit – im Hinblick auf die notwendigen Wechsel zwischen verschiedenen Präparaten, welche den gleichen Wirkstoff beinhalten – für notwendig. Es geht darum Signale zum Beispiel für Nebenwirkungen aufgrund verschiedener Galenik nach den Umstellungen frühzeitig zu erfassen und unter Umständen notwendige Rückumstellungen mit entsprechender Abgeltung durch die obligatorische Krankenversicherungen zu gewährleisten. Prädestiniert als Anlaufstelle für Patienten, die Erfassung und Einordnung der Nebenwirkungen sowie der Erfassung der oben erwähnten Signale wäre Swissmedic bzw. die Pharmakovigilanzzentren. Es geht dabei bei der Einordnung der Nebenwirkungen zum Beispiel um die Frage, ob diese der Umstellung zugeordnet werden können und bei der Erfassung von Signalen zum Beispiel darum, mehrere gleichartige Nebenwirkungen zu erfassen. Das Heilmittelgesetz sieht bereits eine Meldemöglichkeit für Patienten vor, welche aber durch Swissmedic zum jetzigen Zeitpunkt ungenügend umgesetzt wird oder sich für die Zukunft erst in Planung befindet. Rein die diesbezügliche Meldepflicht der Leistungserbringer (ÄrztInnen und ApothekerInnen) reicht – wie bereits vorhanden Daten zur Meldedisziplin zeigen - leider nicht aus. Selbstverständlich können aber Leistungserbringer im Sinne von ergänzenden Meldungen – im Einverständnis mit den Patienten – nachträglich miteinbezogen werden, um die Qualität und Vollständigkeit der ursprünglichen Meldungen zu erhöhen.

Nur wenn eine solche Anlaufstelle geschaffen wird, kann das Referenzpreissystem seine volle Kostensenkung bei gleichzeitiger Überwachung der medizinischen Auswirkungen und somit breiterer Akzeptanz entfalten.

Zweiter wichtiger Punkt ist die – zumindest stichprobenartige – Intensivierung der Überwachung von Billigstprodukten bezüglich Sicherheit (vergleiche Beispiel Valsartan 2018). Diesbezüglich ist auch wieder Swissmedic prädestiniert, um diese intensivierten Überwachungen – selbstverständlich – in Kooperation mit Zulassungs- bzw. Marktüberwachungsbehörden in anderen Ländern mit vom Qualitätsniveau her ähnlichen Gesundheitssystem.

Dritter wichtiger Punkt, welcher nach unserer Ansicht fehlt, ist in Artikel 52a eine Ausnahmeregelung für (wenige) medizinisch begründete Fälle. Dies muss zwingend bei einem Referenzpreissystem ergänzt werden. Allerdings sollte – anderes als im momentan noch geltenden Artikel 52a – eine Kostengutsprache an den Vertrauensarzt der obligatorischen Krankenversicherungen eingereicht werden. Während der Zeit der Entscheidung durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse, während laufenden Fristen und einem möglichen Einspruch gegen eine Verfügung sowie dessen allfälligem Weiterzug müsste allerdings das teurere Präparat bezahlt werden.

Zusammenfassend ist zentral zu bemerken, dass es bei der Einführung des Referenzpreissystems bei allen Stakeholdern, mit Ausnahme der Patienten, um mögliche finanzielle Einbussen geht. Bei den Patienten aber geht es um Gesundheitsrisiken bzw. im schlimmsten Fall um eine dauerhafte Schädigung. Somit ist bei der Einführung eines Referenzpreissystems vor allem diese Gruppe zu berücksichtigen und vor möglichen negativen Auswirkungen zu schützen.

5. Beschwerderecht von Versichererverbänden gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen

Der Patientenschutz begrüsst die vorgeschlagene Ausweitung des Beschwerderechts, was einen verbesserten Schutz der Interessen der OKP gewährleistet. Allerdings fordern wir, dass auch PatientInnen und KonsumentInnen einbezogen werden. Es ist nicht immer klar, dass die Versicherer auch deren Wohl vertreten.

Fazit

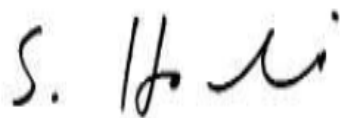
Die SPO begrüsst das Paket 1 zu den Massnahmen Kostendämpfung. Wir stellen fest, dass zumindest ein Punkt der Kernbotschaften der SPO, die rasch und wirkungsvoll zu einer Kostendämpfung führen würden, angepackt worden ist: Rechnungskontrolle stärken (M09).

Nach wie vor erhoffen wir uns, dass folgende Punkte rasch auf der Agenda des Bundesrates erscheinen und bearbeitet werden:

1. keine unnötigen Behandlungen, d.h. keine finanziell motivierten Behandlungen.
2. Prozesse und Infrastrukturen konsequent auf Patientennutzen ausrichten, d.h. den Menschen in Zentrum stellen, z.B. mit Vernetzung der Leistungserbringer (integrierte Versorgung).
3. Gesundheitskompetenz:
 - a. Patienten können Präferenzen formulieren und die Behandlung muss sich nach ihren Präferenzen ausrichten;
 - b. Entscheidungskompetenz: Patienten brauchen vollständige Informationen, insbesondere auch über Alternativen;
 - c. Patienten benötigen Daten, d.h. Transparenz mit sinnvollen Daten schaffen, z.B. mit Erfassungen des Patientenoutcomes.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen im Namen der Patienten.

Freundliche Grüsse



Susanne Hochuli
Präsidentin SPO



Barbara Züst
Geschäftsführerin SPO

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker

Abkürzung der Firma / Organisation : VASK Schweiz

Adresse : Langstrasse 149

Kontaktperson : Bruno Facci

Telefon : 078 793 40 20

E-Mail : info@vask.ch

Datum : 5. Dezember 2018

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Wir befürchten, die 38 Massnahmen, welche der Expertenbericht 2017 zur Kostendämpfung vorschlägt in erster Linie die Administration weiter aufbläht und damit die in der Behandlung, Pflege und Betreuung Tätigen zu noch mehr fragwürdigem administrativen Aufgaben zwingt. Folge davon wird sein, dass diese Personalgruppen noch weniger Zeit für und am Patienten zur Verfügung haben. Unserer Ansicht nach ist das KVG gescheitert das 1996 eingeführt und seither mehrmals revidiert wurde. Es hat seinen Anspruch nie erfüllt, dass mit wettbewerblichen Massnahmen die Kosten gedämpft werden können. Das Obsan hat den Auftrag, die Einführung der neuen Spitalfinanzierung zu evaluieren. In seinem Bulletin 3/2017 hält es folgendes fest: «Ob mit der Revision das Kostenwachstum mittel- und langfristig gebremst wird, lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten und Auswertungen noch nicht beurteilen. Weitere Erkenntnisse dazu, ob sich das Kostenwachstum auf dem niedrigeren Niveau einpendeln wird, wie das Wachstum über den gesamten Zeitraum seit der Revision einzuschätzen ist und inwieweit die beobachteten Entwicklungen auf die Revision beziehungsweise andere Faktoren zurückzuführen sind, werden die Schlussberichte des Obsan sowie des Evaluationsmandats im Themenbereich «Kosten und Finanzierung» bis 2019 liefern». Für uns ist die mit den Massnahmen vorgeschlagene Vorgehensweise nicht nichtvollziehbar. Sie ignoriert die Tatsache, dass die dem KVG zu Grunde gelegten Annahmen keinen Erfolg zeitigen. Für uns kann die Devise nur lauten: geordneter Rückzug aus dem KVG mit gleichzeitigem Suchen nach Alternativen. Wir betrachten das KVG als Ursache für die im Gesundheitswesen herrschende Masslosigkeit (z. B. Novartis verlangt vier Millionen für eine einzige Behandlung – Sonntagszeitung vom 11.11.18), Geltungssucht, Profitorientierung (z. B. Missstände bei Implantaten) und mangelnde Demut. Darin wird dem Kriterium Wirtschaftlichkeit alles unterordnet. Das zerstört die Medizin als soziale Einrichtung. Ein Umdenken tut Not.
	Wir empfinden es als Mangel, dass in der Expertengruppe keine Vertretungen von Angehörigen aus der Psychiatrie mitwirkten.
	Gestört hat uns, dass im Faktenblatt zum Expertenbericht die Einführung der neuen Tarifstruktur TARPSY als Massnahme zur Kostendämpfung aufgeführt wurde. Diese Einführung, die seit Jahren schrittweise vonstatten ging, war verbunden mit einer Zunahme der Stellen in der Administration von 27 % innerhalb von 5 Jahren. Es mag ja sein, dass sich mit TARPSY Kosten dämpfen lassen. Die damit einhergehenden Einsparungen gehen aber einseitig zu Lasten der Patienten und Angehörigen. Als Angehörige sind wir sehr nah am Geschehen in der stationären und ambulanten Psychiatrie. Uns erreichen immer wieder Klagen, dass Behandelnde und Pflegende nicht die nötige Zeit für Gespräche und Kontakte mit Patienten und Angehörigen haben, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie immer mehr administrativen Aufgaben zu erledigen haben.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

In dieser Tabelle teilen wir bis auf wenige Ausnahmen nur kurz unsere Meinung / Haltung mit. Sie sollen einen Eindruck vermitteln, wie wir über die entsprechende Massnahme denken. Wir geben so Anregungen zu den Detaildiskussionen darüber. Unser nicht vorhandenes Expertenwissen drängt uns zu diesem Vorgehen.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Massn	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag auf Umsetzung von Vorschlägen
	02			Experimentierartikel: Aus unserer Sicht ist das die wichtigste Massnahme aus dem ganzen Paket. Sie regt dazu an, aus den immer gleichen Bahnen auszuscheren und Neues zu erproben. (Die Astrophysikerin Kathrin Altwegg sagte in der Sendung «Persönlich» von SRF1 vom 11.11.18 dazu sinngemäss: «Die Phantasie ist anzuregen, indem man sich fragt, was könnte sein, statt dem was gerade ist. Wenn man auf eine einzelne Meinung getrimmt ist, findet man nichts Neues. Es braucht Querdenken») Wir betrachten die folgenden Massnahmen als kostendämpfend und deshalb sehr geeignet zur Durchführung von entsprechenden Projekten, um diese Kostensenkung zu verifizieren. Für eine erhebliche Anzahl von psychisch Kranken ist die Behandlung zu Hause (Hometreatment) nicht nur eine wirkungsvolle Alternative zur stationären Behandlung, sondern sie ist auch wesentlich kostengünstiger. Das BAG selbst hat festgestellt in seinem Bericht «Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie»	In den Gremien, die über die Auswahl der Experimente entscheiden, müssen zwingend auch kritische Vertretungen aus der Praxis von Medizin, Pflege und der Therapeutischen Berufe vertreten sein. Zudem müssen die Patienten und Angehörigen darin einen Platz erhalten. Das BAG ist zu beauftragen Projekt anzustossen im Sinne seines Berichtes «Erfolgskriterien mobiler

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				(<i>siehe Beilage</i>), dass aufsuchende Hilfe und Behandlung ein grosses kostendämpfendes Potential beinhalten. Der Chefarzt der Integrierten Psychiatrie Winterthur schätzt dieses Potential für die Schweiz auf mindestens 100 Millionen Franken. Dies entspricht genau dem Betrag den das BAG am 2.11.2018 zu Recht mit Stolz als Einsparungen bei den Medikamenten für das Jahr 2018 verkündete. • Errichtung und Betrieb von Pflegegeleiteten Institutionen bzw. Stationen. • Der Einsatz von Open-Dialogue trägt zu einer Verminderung von stationären Behandlungen bei. So können stationäre Kapazitäten abgebaut und Kosten gesenkt werden. • Kompetenzgerechter Einsatz von Clinical Nurses[*] oder Pflegeexpertin APN (Advanced Nursing practice^{**} bei gleichzeitiger, angemessener Reduktion der Arztstellen in Spitälern, Kliniken, Ambulatorien und Arztpraxen. [*]<i>In der Schweiz entsteht die Funktion Physician Assistant, in gewissen Institutionen auch als Clinical Nurse bezeichnet, die delegiert klinisch-medizinische Aufgaben übernimmt.</i> ^{**}<i>Eine Pflegeexpertin APN ist eine registrierte Pflegefachperson, welche sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur</i>	Dienste in der Psychiatrie». Das BAG ist zu beauftragen, entsprechende Projekte zu unterstützen, zu realisieren und zu evaluieren. Dabei sind Experten unterschiedlicher Auffassungen und insbesondere der Sozialpsychiatrie beizuziehen. Zudem sollten Peers, Pflegende, Heilpädagogen, Sozialarbeiter und Angehörige mitwirken, um deren Erfahrungen aus dem praktischen Alltag zu nutzen. dito Das BAG ist zu beauftragen, entsprechende Projekte zu realisieren, zu unterstützen und zu
--	--	--	--	--	---

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				<i>Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Pflegeexpertinnen APN sind fähig, in unterschiedlichsten Settings vertiefte und erweiterte Rollen zu übernehmen und diese in eigener Verantwortung im interprofessionellen Team auszufüllen. Die Kernkompetenzen einer Pflegeexpertin APN sind: direkte klinische Praxis, Experten-Coaching, Beratung, Ethische Entscheidungsfindung, interdisziplinäre Zusammenarbeit, klinisches und fachspezifisches Leadership und Forschungskompetenz.</i> • Gesundheitskasse mit Prämiensplitting. Dieses Modell wurde anfangs der 2000-er Jahre lanciert, aber nie erprobt --> siehe Beilage «Eigenverantwortung in der Krankenversicherung.pdf» • Analyse und Beurteilung der Zielerreichung des 1996 eingeführten KVG durch ein unabhängiges Gremium. In dieses Gremium gehören auch Patienten- und Angehörigenorganisationen. Die Aufträge an dieses Gremium sind im Besonderen ○ Erreichungsgrad der finanziellen und qualitativen Ziele beurteilen ○ Zufriedenheit der Patienten, der leistungserbringenden Berufsgruppen wie Ärzte, Pflegenden, Therapeuten und der Angehörigen erfassen ○ Zufriedenheit der Versicherer und der Politik erfassen ○ Durchführen einer Art Delphi-Umfrage bei allen im	evaluieren. Dabei sind nicht nur Experten aus den «Elfenbeintürmen» beizuziehen, sondern auch Experten aus Medizin und Pflege, sowie Peers bei denen die praktische Tätigkeit zur täglichen Routine gehört. Insbesondere müssen Angehörige der beiden Berufsgruppen Clinical Nurses und Pflegeexpertin ANP darin vertreten sein. Das BAG ist zu beauftragen, das Modell Gesundheitskasse mit Prämiensplitting als Projekt entweder selber durchzuführen oder ein solches in Auftrag zu geben. Einsetzung eines Gremiums, das die aufgeführten Aufträge wahrnimmt.
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Gesundheitswesen beteiligten Akteuren der Leistungserbringer, der Patienten- und Angehörigenorganisationen, um herauszufinden, wie sie sich zur Erarbeitung eines neuen KVG stellen, in dem die Kriterien Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Genügsamkeit die tragenden Säulen sind. ○ Laufende und transparente Information über den Verlauf der Auftragserfüllung, verbunden mit der Möglichkeit, dass interessierte Personen und Kreise ihre Meinung und eigene Vorschläge einbringen können. Literaturempfehlungen zum Thema «Notwendigkeit von Veränderungen im Gesundheitssystem» Giovanni Maio: Medizin ohne Mass Giovanni Maio: Den kranken Menschen verstehen- Für eine Medizin der Zuwendung Giovanni Maio: Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft Bernhard Lown: Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken Werner Bartens: Heillose Zustände – Warum die Medizin die Menschen krank und das Land arm macht. Werner Bartens: Körperglück - Wie gute Gefühle gesund machen Werner Bartens: Glücksmedizin – Was wirklich wirkt David Servan-Schreiber: Die neue Medizin der Emotionen	
--	--	--	--	---	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				David Graeber: Bürokratie – Die Utopie der Regeln Ulrich Strunz: Das Geheimnis der Gesundheit – verblüffende Erkenntnisse aus der Welt der Medizin Paul Unschuld: Ware Gesundheit – Das Ende der klassischen Medizin Matthias Binswanger: Sinnlose Wettbewerbe Dietrich Grönemeyer: Gesundheit – Für eine menschliche Medizin	
	34			Nationale Tariforganisation Das ist unserer Meinung nach auch mit viel administrativem Aufwand verbunden und fraglichem kostendämpfenden Effekt.	Wir lehnen diese Massnahme ab.
	25			Tarifstruktur aktuell halten	Die 2018 eingeführte neue Tarifstruktur Tarpsy wird schon aktuell gehalten und ist nicht zuletzt deshalb ein Bürokratiemonster. Deshalb lehnen wir diese Massnahme ab.
	15			Pauschalen im ambulanten Bereich fördern	Wir unterstützen diese Massnahme für die Psychiatrie, wenn die Pauschalen nicht zu eng, zu differenziert und nicht auf Diagnosen basieren.
	Pa.IV. 17.402			Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten An sich auch ein bürokratisches Instrument. Falls darin auch die Patienten- und Angehörigenorganisationen einbezogen werden, erhielten diese immerhin ein Mitentscheidungsrecht an diesem entscheidenden Hebel.	Umsetzung nur wenn dabei die Patienten- und Angehörigenorganisationen einbezogen werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	22			Referenzpreissystem bei Arzneimitteln Unserer Meinung nach könnte ein solches System kostendämpfend wirken.	Wir stimmen der Umsetzung dieser Massnahme zu.
				Rechnungskopie für Versicherte Wir halten diese Massnahme für ungeeignet. Wahrscheinlich ist nur eine kleine Minderheit der Patienten in der Lage die komplizierten Rechnungen überhaupt zu lesen. Um diese dazu zu befähigen, wäre ein grosser Aufwand zu betreiben.	Wir lehnen diese Massnahme ab.
	09			Rechnungskontrolle stärken Leider wird es unumgänglich sein, diese Massnahme einzuführen. Das wird solange bleiben müssen, als die Leistungserbringer Codierer anstellen dürfen, die nichts anderes zu tun haben, als die Grenzen des Verrechenbaren auszuloten. Auf der anderen Seite müssen deshalb die Kostenzahler ihr Instrumentarium ständig erweitern, um die von den Codierern der Leistungserbringern erprobte Ausweitung der Grenzen in Schach zu halten. Aus ökonomischer Sicht (im Sinn von «Ökonomie ist die Lehre vom guten Haushalten») ist das ein Unsinn. Die Zeche bezahlen wir alle mit der Krankenkassenprämie und den Steuern. Für diese erhalten wir nicht einmal einen realen Gegenwert. Von diesem System profitieren nur die entsprechenden Experten in allen Lagern und die mit ihnen die verbandelte «Beraterindustrie».	Das herrschende System benötigt leider eine solche Kontrolle. Wir stimmen dieser deshalb murrend zu. Wir befürworten hingegen nicht allzu eng gefasste Pauschalen (siehe Massnahme 15).
				Beschwerderecht Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler,	Wir lehnen die Umsetzung dieser Massnahme ab.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Geburtshäuser und Pflegeheim Solange die Versicherungen und Leistungserbringer mit ihrer zum Teil aggressiven Werbung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fördern, soll den Versicherungen kein Beschwerderecht zugestanden werden. Im Übrigen gibt es im Zusatzversicherungsgeschäft Anbieter, die zwar eine freie Wahl anpreisen, gleichzeitig aber eine Liste von Ärzten und Spitälern führen, die für Patienten gesperrt sind. Die Krankenkasse zahlt Operation und Aufenthalt trotz Zusatzversicherung nicht.	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
	Allgemein	Wir unterstützen die Pflegeinitiative und bedauern, dass der Bundesrat diese zur Ablehnung empfiehlt. Die Pflegeinitiative enthält unseres Erachtens Elemente, die kostendämpfend wirken. In erster Linie denken wir dabei an den kompetenzgerechten Einsatz von Pflegefachpersonen. Unserer Erfahrung nach ist die Pflege immer noch stark ausgerichtet darauf, den Anweisungen des Arztes zu folgen und viel zu wenig darauf den eigenen Kompetenzbereich selbständig auszufüllen. Grund dafür ist die nach wie vor die gesetzlich sanktionierte ärztliche Vormachtstellung im Gesundheitswesen. Diese ist in keiner Art und Weise mehr gerechtfertigt. Auch hier drängen sich deshalb Pilotprojekte auf. Dabei ginge es darum herauszufinden, wie die Aufgabenteilung zwischen Pflege, Arzt, Psychologe, Angehörigen und Peer in Spitälern und Kliniken auf neue Beine gestellt werden kann und wie all deren Kompetenzen den ihnen zustehenden Entscheidungsspielraum erhält und wie sich dieser neue Entscheidungsspielraum auf die finanziellen Belange auswirkt.	Das BAG beauftragt eine Studiengruppe mit der Durchführung von Projekten im Sinne der nebenstehend skizzierten Pilotprojekte.

Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie

Schlussbericht

Im Auftrag des
Bundesamts für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Dr. Désirée Stocker, Jolanda Jäggi, Victor Legler, Kilian Künzi

Bern, 28.02.2018

Impressum

Vertragsnummer: 17.006812 / 704.0001-869/1

Laufzeit: 01.07.2017 – 31.03.2018

Leitung des Projekts im BAG: Dr. Lea Meier, Direktionsbereich Gesundheitspolitik,
Sektion Nationale Gesundheitspolitik

Projektzuständige von Seiten
Gesundheitsdirektorenkonferenz: Diana Müller

Kontakt: Bundesamt für Gesundheit BAG
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Zitiervorschlag: Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*. Bern: Bundesamt für Gesundheit

Der Inhalt dieses Berichtes entspricht nicht zwangsläufig der Sichtweise der Auftraggeber.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Zusammenfassung	II
1 Ausgangslage	1
1.1 Zielsetzungen	1
1.2 Definition «Mobile Dienste in der Psychiatrie»	1
1.3 Vorgehen	2
1.3.1 Kantons- und Anbieterbefragung	2
1.3.2 Workshop	3
1.3.3 Berichterstattung	3
2 Organisationsstrukturen mobiler Dienste in der Psychiatrie	4
2.1 Fachpersonen und Fachdisziplinen	4
2.2 Organisation, Leistungserbringung und Auslastung	5
3 Zielgruppen	9
3.1 Altersgruppen und Wohnort	9
3.2 Erkrankung und Einschränkung	10
4 Leistungen und Finanzierung	13
4.1 Grundlagen der Finanzierung von Leistungen mobiler Dienste	13
4.2 Leistungen mobiler Dienste in der Psychiatrie	17
4.3 Modalitäten der Leistungserbringung und -finanzierung	18
5 Erfolgsfaktoren und Herausforderungen	21
5.1 Erfolgsfaktoren und spezifische Leistungen	21
5.2 Herausforderungen und Handlungsbedarf	25
6 Synthese und Diskussion	30
6.1 Typisierung mobiler Dienste in der Psychiatrie	30
6.2 Diskussion der relevanten Faktoren und Schlussfolgerungen	32
6.2.1 Faktoren zur Verankerung mobiler Dienste	32
6.2.2 Erwartete und beobachtete Auswirkungen mobiler Dienste	35
6.2.3 Schlusswort	37
7 Literaturverzeichnis	38
Anhang	39
7.1 Programm Workshop	39
7.2 Übersicht Mobile Dienste Psychiatrie	40

Zusammenfassung

Ausgangslage

Nationale und internationale Studien verweisen auf das Potential intermediärer Angebote wie Tageskliniken, Ambulatorien und aufsuchenden Diensten als **Ergänzung zur stationären und ambulanten Versorgung** psychisch erkrankter Menschen. In der Schweiz sind in den letzten Jahren vermehrt entsprechende Angebote und Modellprojekte entstanden, ein substanzieller Ausbau intermediärer Behandlungskapazitäten ist jedoch erst zögerlich erfolgt (BAG, 2016).

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit BAG – in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektor/innen GDK ein Projekt in Auftrag gegeben, das sich auf mobile psychiatrische Dienste als eine Form intermediärer Angebote konzentriert.

Zielsetzung und Vorgehen

Ein erstes Ziel des Projekts war es, einen Überblick zu vorhandenen Angeboten bzw. Angebotstypen mobiler psychiatrischer Dienste in der Schweiz zu erstellen. Dazu wurden eine **Kantonsbefragung** (n=26) und eine **Befragung von Leistungserbringern** (n=265) durchgeführt. Zweites Ziel war die Vernetzung von Kantonen, Anbietern und weiteren Stakeholdern und die gemeinsame Diskussion von Erfolgsfaktoren und Herausforderungen für den bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler Dienste in der Psychiatrie. Dazu wurde ein **nationaler Workshop** organisiert, der am 27.11.2017 in Bern stattgefunden hat.

Definitionskriterien «mobile Dienste» im Bereich Psychiatrie

- Angebot zur Unterstützung **psychisch erkrankter Personen** (Behandlung, Begleitung, Abklärung).
- Das Angebot ist **aufsuchend**, d.h. die Betroffenen werden in ihrem (häuslichen) Umfeld von Fachpersonen behandelt
- Aufsuchende Angebote können sich an **alle Altersgruppen** richten und umfassen nebst der Akutbehandlung auch die **Übergangsbehandlung**, die **Nachbetreuung** nach stationärem Aufenthalt und den Bereich der **Langzeitbehandlung** (z.B. psychiatrische Pflege).¹

¹ Nicht im Fokus der Untersuchung standen Angebote spezifisch für Demenz-Erkrankte, aufsuchende Familienhilfen ohne Bezug zur psychischen Gesundheit sowie nicht-aufsuchende intermediäre Angebote wie Tageskliniken und Ambulatorien.

Typologie mobiler Dienste in der Schweiz

Basierend auf den Ergebnissen der Anbieterbefragung zu den Organisationsstrukturen, den involvierten Fachpersonen, den Zielgruppen und den angebotenen Leistungen können drei Kategorien mobiler psychiatrischer Dienste unterschieden werden:

■ **Typ 1: Ambulante psychiatrische Pflege** von freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen und Spitex-Diensten. Hauptsächlich monodisziplinär organisiert, jedoch Zusammenarbeit mit verordnenden Ärztinnen und Ärzten. Im Fokus stehen häufig Langzeitbehandlungen. Unter den befragten Anbietern gehören über drei Viertel zu dieser Kategorie. Obwohl die Befragung nicht repräsentativ ist, lässt sich festhalten, dass Pflegefachpersonen die grösste und wichtigste Berufsgruppe in der mobilen psychiatrischen Versorgung darstellt, auch in multiprofessionellen Teams.

■ Typ 2: Mobile psychiatrische Dienste von Spitälern und Psychiatrien:

2a: Konsiliar- und Liaisondienste

2b: Mobile Einheiten von Spitälern und psychiatrischen Kliniken

Dieser Angebotstyp ist institutionell an Spitäler oder Kliniken gebunden, die Leistungserbringung erfolgt jedoch (unter anderem) aufsuchend. **Mobile Konsiliar- und Liaisondienste** nehmen häufig nicht nur Abklärungen vor, sondern sind in Settings wie Pflegeheimen oder Gefängnissen auch direkt in die Behandlung und Begleitung von Patient/innen involviert.

Mobile Einheiten gemäss Typ 2b sind in der Regel multiprofessionell aufgestellt und verfügen je nach Zielgruppe und Angebotsspektrum über verschiedene Bezeichnungen, z.B. Home Treatment, mobile Krisenintervention, gemeindeintegrierte Akutbehandlung oder Intensive Case Management. Bei einem Teil dieser Angebote handelt es sich um Alternativen zu stationären Klinikaufenthalten und insofern um Behandlungen von begrenzter Dauer. Andere sind auf längerfristige Begleitung angelegt.

■ Typ 3: Mobile Dienste anderer Anbieter

Bei dieser Restkategorie handelt es sich um aufsuchende Angebote, die von Stiftungen oder Vereinen erbracht werden und primär von der Invalidenversicherung, Sozialdiensten oder über Steuergelder finanziert werden, z.B. Wohnbegleitung.

Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Die nachhaltige Verankerung und der Behandlungserfolg mobiler psychiatrischer Dienste sind eng mit **folgenden vier Schlüsselfaktoren** verbunden:

■ **Vernetzung:** Sowohl auf **Einzelfallebene** wie auch generell an den **Schnittstellen** zwischen ambulanten, intermediären und stationären Behandlungsformen ist die Zusammenarbeit zwischen Akteuren des Gesundheitswesens zentral. Diesem Aspekt wird vielerorts bereits Rechnung getragen. Die Angst vor Konkurrenz, die Klärung des Zusammenspiels verschiedener Angebotsformen, die noch geringe Bekanntheit mobiler Versorgungsangebote und deren konsequente Einbindung sowie die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zwischen **Gesundheits- und Sozialwesen** stellen jedoch Herausforderungen dar.

■ **Finanzierung:** Ein wichtiger Erfolgsfaktor – und gleichzeitig eine zentrale Herausforderung für mobile psychiatrische Dienste – ist eine gesicherte und langfristige Finanzierung. Gewisse Finanzierungsmöglichkeiten sind dabei durchaus vorhanden, insgesamt aber stellen die ungenügende **Finanzierung gewisser Einzelleistungen** (v.a. Wegzeiten, Koordinationsaufwand, zeitliche Limitierung der Vergütung nichtärztlicher Fachpersonen im TAR-MED) sowie die **Planungsunsicherheit** von Angeboten, die auf öffentliche Finanzierungsbeiträge der Kantone angewiesen sind, grosse Herausforderungen dar. Die unterschiedlichen Regelungen im Bereich der **Pflegefinanzierung** (Normkosten, Restfinanzierung) sind ein weiterer Faktor, der dazu beiträgt, dass die **Verfügbarkeit** mobiler psychiatrischer Versorgungsangebote je nach Wohnort mehr oder weniger gut gewährleistet ist.

■ **Fachpersonen:** Das bestehende Angebot an mobilen psychiatrischen Diensten wird durch **gut ausgebildete** Fachpersonen bereitgestellt. Diese müssen sich hierzu **spezifisches Know-how** aneignen; wichtig sind auch der kontinuierliche Fachaustausch und Weiterbildungen. Als zentraler Faktor für den Behandlungserfolg gilt die Behandlungs- und **Beziehungskontinuität**.

■ **Niederschwelligkeit:** Der niederschwellige Zugang zum Versorgungssystem ist eine spezifische Leistung aufsuchender Dienste. Davon profitieren insbesondere Personen, die krankheitsbedingt oder aufgrund ihres Funktionsniveaus ein besonderes Risiko für Unterversorgung aufweisen. Dabei ist nicht nur das aufsuchende Element zentral: ebenso wichtig scheint die zeitliche **Flexibilität** und die kurzfristige **Erreichbarkeit** der Fachpersonen, um Unsicherheiten und Fragen rasch klären zu können. In urbanen Gegenden gelingt es den Anbietern in der Regel, bei Bedarf innert nützlicher Frist bei den Patient/innen vor Ort zu sein – in ländlichen Gebieten sind die weiten

Wege und die unbezahlten **Wegzeiten** hingegen eine Herausforderung.

Schlussfolgerungen

Mobile Dienste verfolgen in der Regel einen **patientenzentrierten Ansatz**. Zielgruppe aufsuchender Behandlungsangebote sind dabei oft Patientengruppen, die ein erhöhtes Risiko für Unterversorgung und Desintegration aufweisen (u.a. Personen mit stark eingeschränktem Funktionsniveau, Suchtproblemen, psychischen und/ oder somatischen Komorbiditäten). Darüber hinaus werden Angehörige als «zweite Zielgruppe» mobiler psychiatrischer Dienste bezeichnet, da sie stärker als in anderen Settings eingebunden und informiert sind, was in vielen Fällen entlastend wirkt.

Eine grundsätzliche Herausforderung in der Psychiatrie ist der Umgang mit Patient/innen, die krankheitsbedingt oder aufgrund psychosozialer Probleme die Behandlung verweigern, Termine nicht einhalten etc. Die medizinische oder psychosoziale **Stabilisierung der Patient/innen**, die Früherkennung und Abfederung von Krisen und die Senkung des Suizidrisikos gehören zu den Hauptzielen mobiler psychiatrischer Dienste. Im Zentrum vieler Angebote steht das Ziel, die Behandlung und Betreuung auf die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen auszurichten. Dies entspricht den Prinzipien einer Gesundheitsversorgung, wie sie in der Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten festgehalten sind.

Gemäss aktuellem Forschungsstand gelingt es auch in der Schweiz, mit mobilen Akut- und Krisenteams **stationäre Behandlungstage zu reduzieren** – mit tendenziell weniger Kostenaufwand. Durch regelmässige Kontakte können Krisen rechtzeitig erkannt und ggf. Klinikaufenthalte vermieden werden. Welche Formen der Kosteneinsparung effektiv möglich sind – bei gleichwertiger oder erhöhter Behandlungsqualität – müsste in wissenschaftlichen Studien für den Schweizer Versorgungskontext vertieft untersucht werden.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse des vorliegenden Projekts, dass mobile Dienste in der Psychiatrie als komplementäre Ergänzung zu klassischen Behandlungsstrukturen dazu beitragen können, **Versorgungslücken zu schliessen** und im Sinne einer integrierten, patientenzentrierten Versorgung die Behandlungsqualität zu verbessern. Bei der Weiterentwicklung sollte dabei ein Augenmerk auf die verschiedenen Angebotstypen gelegt werden, welche je ihre spezifische Funktion im Versorgungssystem übernehmen können.

1 Ausgangslage

Der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitete Postulatsbericht Stähelin (10.3255) zur Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz verweist auf das Potential von sogenannten intermediären Versorgungsstrukturen, welche zwischen den klassischen Angeboten im ambulanten Bereich (Sprechstunde bei niedergelassenen Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen) und der stationären Behandlung in psychiatrischen Kliniken angesiedelt sind (BAG, 2016). Auch die Ergebnisse der vom BAG in Auftrag gegebenen Studie zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz (Stocker et al., 2016) zeigen eine Unterversorgung bezüglich intermediärer Angebotsstrukturen wie Tageskliniken, Ambulatorien oder aufsuchenden Diensten wie Psychiatrie-Spitex und mobile Equipen. Zwar sind in den letzten Jahren entsprechende Angebote und Modellprojekte entstanden, ein substanzieller Ausbau intermediärer Behandlungskapazitäten und die Überführung von erfolgreichen Pilotprojekten ins Regelangebot sind bislang jedoch erst zögerlich erfolgt (BAG, 2016).

Vor diesem Hintergrund hat das BAG – in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) – ein Projekt in Auftrag gegeben, das sich auf *mobile psychiatrische Dienste* als eine Form intermediärer Angebote konzentriert.

1.1 Zielsetzungen

Ziel des Projekts ist es erstens, einen Überblick über die verschiedenen in der Schweiz vorhandenen mobilen psychiatrischen Dienste zu erhalten. Dabei geht es nicht um eine repräsentative Strukturerhebung mit einer abschliessenden Darstellung aller Angebote, sondern primär um eine Übersicht zu den verschiedenen *Typen* mobiler Dienste, die in der Schweiz existieren. Zweitens soll das Projekt, basierend auf den Erfahrungen der Kantone beim Auf- und Ausbau unterschiedlicher mobiler psychiatrischer Dienste, den Austausch über Erfolgskriterien und Herausforderungen fördern. Die *wichtigsten Zielsetzungen* sind:

- Überblick über vorhandene Angebote/Angebotstypen im Bereich mobile Dienste in der Psychiatrie
- Vernetzung von Kantonsverantwortlichen, Anbietern und weiteren Akteuren für Austausch und Diskussion von Erfolgsfaktoren und Herausforderungen
- Definition von Erfolgskriterien zum bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler Dienste

1.2 Definition «Mobile Dienste in der Psychiatrie»

In der Schweiz bestehen keine gesetzlich verankerten Vorgaben, was unter «mobilen psychiatrischen Diensten» zu verstehen ist. Auch in der Forschungsliteratur existiert keine einheitliche und allgemein gültige Definition, welche für das vorliegende Projekt hätte genutzt werden können. Basierend auf den bereits bestehenden Beschreibungen im Bundesratsbericht zum Postulat Stähelin (BAG, 2016) wurde deshalb eine erweiterte Definition und Abgrenzung des Gegenstandes vorgenommen.

Definition: Unter «mobile Dienste» im Bereich Psychiatrie verstehen wir folgendes:

- Angebot zur Unterstützung **psychisch erkrankter Personen** (Behandlung, Begleitung, Abklärung)
- Zentrales Kriterium ist, dass das Angebot **aufsuchend** ist, d.h. die Betroffenen werden in ihrem (häuslichen) Umfeld von Fachpersonen behandelt
- Aufsuchende Angebote können sich an **alle Altersgruppen** richten und umfassen nebst der **Akutbehandlung** (z.B. Notfall-Triage, Krisenintervention) auch die **Übergangsbehandlung** sowie die **Nachbetreuung** nach stationärem Aufenthalt sowie den Bereich der **Langzeitbehandlung** (z.B. psychiatrische Pflege)

Beispiele bzw. Bezeichnungen für solche mobilen Dienste sind: Mobile Equipe, Home Treatment, Psychiatrische Spitex, mobiler Konsiliar- und Liaisondienst, freiberuflich tätige Psychiatrie-Pflegefachperson. **Nicht im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen** Angebote spezifisch für Demenz-Erkrankte, aufsuchende Familienhilfen ohne Bezug zur psychischen Gesundheit sowie nicht-aufsuchende intermediäre Angebote wie Tageskliniken und Ambulatorien.

1.3 Vorgehen

Zwei Befragungen und ein Workshop bildeten die Hauptbestandteile des Projekts (vgl. **Abbildung 1**).

Abbildung 1: Projektablauf



Quelle: Darstellung BASS

In einem ersten Schritt wurden im Sommer/Herbst 2017 Kantone und Leistungserbringer zu mobilen Diensten in der Psychiatrie befragt. Ziel war, anhand der Befragungen zu erfahren, welche aufsuchenden psychiatrischen Angebote in den verschiedenen Kantonen vorhanden sind, wie sie sich organisieren und finanzieren, welche Patientengruppen versorgt werden und welche Erfolgskriterien und Herausforderungen für eine nachhaltige Sicherung mobiler Dienste relevant sind.

In einem zweiten Schritt wurden Kantonsverantwortliche, Anbieter, Verbände und weitere Akteure zu einem *Workshop* zum Thema «mobile Dienste in der Psychiatrie» eingeladen. In diesem Workshop (27.11.2017) wurden die Ergebnisse der Befragungen präsentiert und anhand von Inputreferaten die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen zum bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste vertieft beleuchtet und diskutiert.

1.3.1 Kantons- und Anbieterbefragung

Zur Erhebung bestehender Angebote in den Kantonen wurde zunächst eine kurze Kantonsbefragung (de/fr/it) durchgeführt. Angeschrieben wurden alle kantonalen Verantwortlichen für die psychiatrische Versorgung. *Alle Kantone* haben an der Befragung teilgenommen.

Ergänzend zu den Ergebnissen dieser Befragung wurde anschliessend eine etwas ausführlichere Anbieterbefragung (de/fr/it) durchgeführt, in der auch Fragen zum Angebotsspektrum, den behandelten Patient/innen und den konkreten Finanzierungsmodalitäten gestellt wurde. Insgesamt haben 265 *mobile psychiatrische Dienste* an der Anbieterbefragung teilgenommen.

Zur Anbieterbefragung eingeladen wurden alle von den Kantonsverantwortlichen genannten Personen bzw. Angebote. Zusätzlich wurden alle Mitglieder des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP), die Mitglieder vom Fachverband für freiberufliche Pflege (CURACASA; darunter auch Mitglieder ohne Spezialisierung in Psychiatrie), alle psychiatrischen Kliniken sowie alle öffentlichen kantonalen Spitex-Verbände angeschrieben und auf die Befragung aufmerksam gemacht. Angefragt wurden folgende Gruppen:

- Psychiatrische Kliniken (universitär, kantonal, regional) (*rund 35*)
- Spitex-Dienste (öffentlich und privat) (*rund 40*)
- Freiberufliche Pflegefachpersonen (VAPP, CURACASA) (*rund 2000*)
- Weitere Organisationen / gemeinnützige Institutionen (*rund 25*)

Eine genaue Zahl der angeschriebenen Personen bzw. Organisationen kann aus verschiedenen Gründen nicht definiert werden. So wurden die Verantwortlichen der Spitex-Kantonalverbände gebeten, den Link allen im Verband vorhandenen spezialisierten Einheiten im Bereich Psychiatriepflege (z.B. Team, Abteilung, Standort) weiterzuleiten, wobei pro mobilen psychiatrischen Dienst (Team / Abteilung / Organisation) die Befragung nur einmal auszufüllen war. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse freiberuflich tätige Pflegefachpersonen in beiden Verbänden Mitglied sind und deshalb doppelt kontaktiert wurden.

1.3.2 Workshop

Mit dem Ziel, den Austausch zwischen verschiedenen Akteuren zu fördern, wurden Kantonsverantwortliche, Anbieter und Verbände am 27.11.2017 zu einem Workshop zum Thema «Erfolgskriterien für mobile Dienste in der Psychiatrie» ins BAG nach Bern eingeladen.

In einem ersten Schritt wurden Kantonsverantwortliche sowie Vertreter/innen ausgewählter Verbände (Dachverbände von Versicherungen, Leistungserbringern, Betroffenen und Angehörigen)² eingeladen. In einem zweiten Schritt ging die Einladung an alle Leistungserbringer, die sich an der Befragung beteiligt hatten. Rund 100 Personen haben am Workshop teilgenommen.

Im Workshop wurden die Ergebnisse der Kantons- und Anbieterbefragung vorgestellt und anhand von Inputreferaten im Plenum und in Diskussionsgruppen verschiedene Aspekte mobiler psychiatrischer Dienste behandelt. Anhand konkreter Angebote und ausgewählter Fragestellungen wurden Erfolgsfaktoren und Herausforderungen zum bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste diskutiert (vgl. Programm des Workshops im Anhang).

1.3.3 Berichterstattung

Im vorliegenden Bericht werden die wichtigsten Erkenntnisse des Projekts zusammengefasst. Im Vordergrund steht dabei die Darstellung der Ergebnisse aus der Kantons- und Anbieterbefragung. Zentrale Punkte aus den Referaten und Diskussionen anlässlich des Workshops vom 27.11.2017 fliessen punktuell in die Ergebnisdarstellung ein.

Im Folgenden werden zunächst die Charakteristika der mobilen psychiatrischen Dienste in der Schweiz hinsichtlich Organisationsstrukturen (Kapitel 2), Zielgruppen (Kapitel 3) sowie Leistungsspektrum und Finanzierungsmodalitäten (Kapitel 4) beschrieben. Kapitel 5 beschreibt die wichtigsten Erfolgsfaktoren und Herausforderungen aus Sicht der verschiedenen involvierten Akteure. In Kapitel 6 wird eine Kategorisierung der verschiedenen Angebotstypen vorgenommen und ein abschliessendes Fazit zu Erfolgskriterien, Handlungsbedarf und möglichen weiteren Schritten gezogen.

² Pro Mente Sana, Vereinigung der Angehörigen von psychisch Kranken (VASK), tarifsuisse ag, curafutura, Swiss Mental Health Care (SMHC), Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz (CURACASA), Spitex Schweiz, Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP), Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (FMPP), Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).

2 Organisationsstrukturen mobiler Dienste in der Psychiatrie

Im vorliegenden Kapitel werden die Merkmale mobiler Dienste in der Psychiatrie dargestellt. Die Informationen basieren primär auf den Ergebnissen der Anbieterbefragung. Obschon nicht von einem für die Schweiz repräsentativen Bild ausgegangen werden kann, geben die Zahlen Hinweise auf Schwerpunkte, Tendenzen und Grössenverhältnisse.

2.1 Fachpersonen und Fachdisziplinen

Insgesamt haben 265 einzelne mobile psychiatrische Dienste, welche der eingangs erwähnten Definition entsprechen, an der Anbieterbefragung teilgenommen. Mehr als die Hälfte (55%) davon sind Einzelpersonen-Dienste, werden also von einer einzelnen Fachpersonen erbracht. Konkret sind dies freiberuflich tätige Psychiatrie-Pflegefachpersonen (bis auf eine Ausnahme). Auch in den Mehrpersonen-Diensten ist die Pflege die am häufigsten vertretene Berufsgruppe, wie sich in der **Tabelle 1** zeigt. In der ersten Spalte ist die Zahl (bzw. in Klammern der Prozentanteil) der Dienste angegeben, in denen mindestens eine Fachpersonen der jeweiligen Disziplin tätig ist.

In knapp 90 Prozent der Dienste sind Pflege- und Betreuungsfachpersonen mit Tertiär A/B-Abschluss tätig. Nimmt man die Fachkräfte mit Sek II-Abschluss hinzu, sind Pflege- und Betreuungsfachpersonen in 247 (96%) mobilen Diensten vertreten. Ärzt/innen sind in 20 Prozent der Dienste tätig. Neben Pflege und Ärzteschaft sind es primär Fachpersonen aus der Sozialarbeit, Psychologie und Sozialpädagogik, welche in den mobilen psychiatrischen Diensten Leistungen erbringen. Zusätzlich genannt wurden Fachpersonen mit administrativen und koordinativen Aufgaben (6 Personen), Peers (4), Sozialbegleiterinnen (2), Wohn-Coach (3), Berater im psychosozialen Bereich (2), Hauspflege (2) und Heilpädagogin (1).

Bei mobilen Diensten, in denen mehr als eine Person tätig ist (45%), ist die Hälfte der Teams interdisziplinär zusammengesetzt, die übrigen monodisziplinär, mit Fachpersonen aus dem Bereich Pflege und Betreuung.

Tabelle 1: Fachdisziplinen der befragten mobilen psychiatrischen Dienste

	Anzahl (%) Dienste mit mind. 1 Person dieser Fachdisziplin	Anzahl (%) Personen	Vollzeitstellen Total
Pflege- und Betreuungsfachpersonen Tertiär A/B-Abschluss	228 (89%)	553 (60%)	131
Ärzt/innen mit Facharztstitel und Assistenzärzt/innen	52 (20%)	154 (17%)	30
Pflege- und Betreuungsfachpersonen Sek II-Abschluss	43 (17%)	93 (10%)	20
Sozialarbeiter/innen	23 (9%)	36 (4%)	14
Psycholog/innen mit Fachtitel	21 (8%)	59 (6%)	12
Sozialpädagog/innen	9 (4%)	21 (2%)	5
Ergotherapeut/innen	1 (0%)	1 (0%)	1
Total	257=100%	917	214

Anmerkungen: n (pro Spalte) = 257; 257; 218 (von übrigen Diensten fehlen Angaben zum Fachpersonal); keine Nennung der Fachdisziplin «Physiotherapeut/innen»

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Was die Anzahl Personen anbelangt, wurden 917 in den mobilen Diensten tätige Fachpersonen gemeldet (siehe Spalte 2 in Tabelle 1), was einem Mittelwert von 3.5 Fachpersonen pro Dienst entspricht. 60 Prozent aller aufgeführten Fachpersonen sind Pflege- und Betreuungsfachpersonen mit

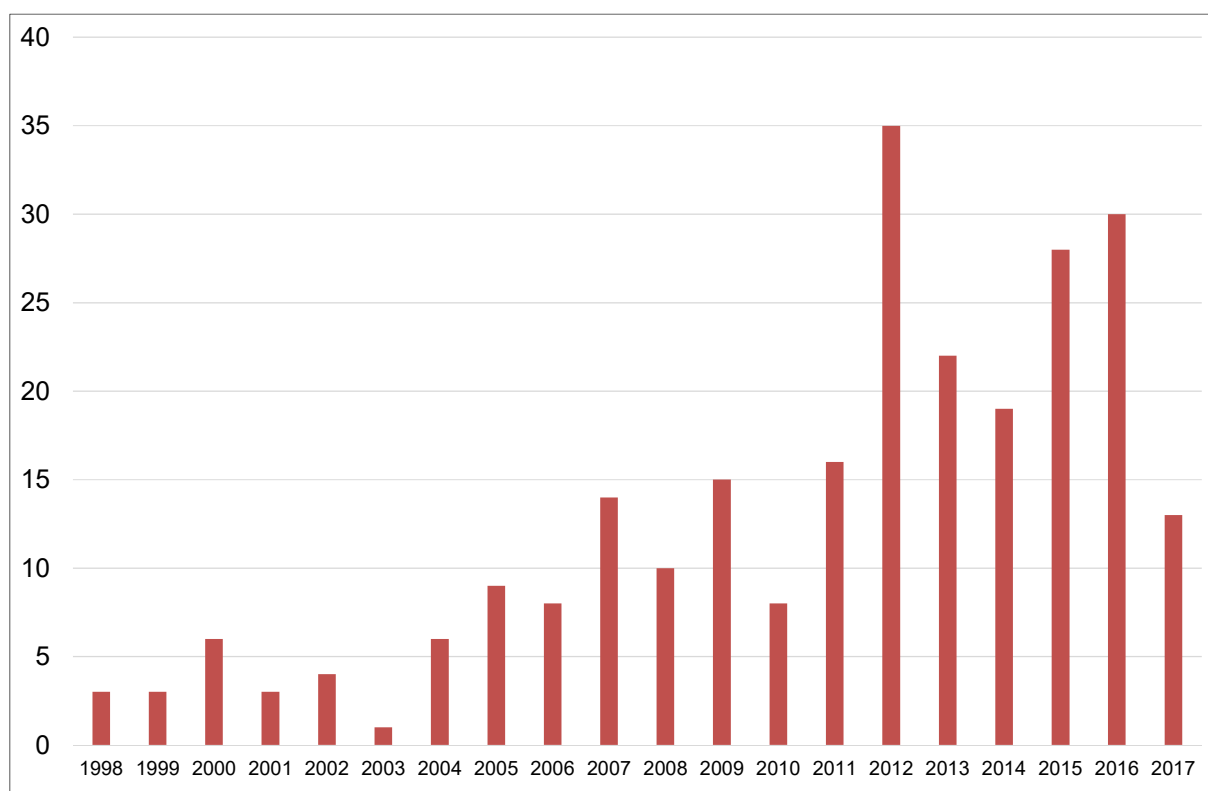
Tertiär A/B-Abschluss. In der letzten Spalte in Tabelle 1 ist aufgeführt, wie viele Vollzeitstellen von den befragten Diensten berichtet wurden. Im Durchschnitt ergeben die Berechnungen einen Beschäftigungsgrad von 68 Prozent. Da bei dieser Frage die Zahl der Missings besonders hoch war (47, n=218), sind diese Angaben jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

2.2 Organisation, Leistungserbringung und Auslastung

Bestehensdauer, organisatorische Einbettung und Versorgungspflicht

Die Befragung der Anbieter zeigt, dass die 265 mobilen psychiatrischen Dienste im Mittel seit 7 Jahren bestehen. Die gesamte Bandbreite der Bestehensdauer beträgt 0 bis 75 Jahre, wobei 80 Prozent aller Dienste maximal 10 Jahre alt sind. Die Verteilung der Dienste mit Bestehen seit weniger als 20 Jahren ist in der **Abbildung 2** dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass die grosse Mehrheit der mobilen Dienste in der Schweiz erst seit wenigen Jahren existiert und zudem in den vergangenen Jahren eine grössere Anzahl neuerer Dienste hinzugekommen ist.

Abbildung 2: Verteilung der befragten Anbieter nach Bestehensdauer (< 20 Jahre)



Frage: «Seit welchem Jahr gibt es das Angebot?» n = 253 (8 Dienste bestehen länger als 20 Jahre)
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die Bestehensdauer von Ein-Personen-Diensten ist signifikant kürzer (Mittelwert = 5 Jahre) als die Bestehensdauer von Mehr-Personen-Diensten (Mittelwert = 8 Jahre). Vergleicht man bei den Mehr-Personen-Diensten monodisziplinäre versus interdisziplinäre Teams, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Bestehensdauer. In den letzten Jahren sind dementsprechend sowohl mono- als auch interdisziplinäre Teams entstanden. Insgesamt 16 Prozent der Dienste gibt an, dass zu Beginn ihres Bestehens ihr Dienst in einer Pilotphase getestet wurde, welche im Mittel 2 Jahre.

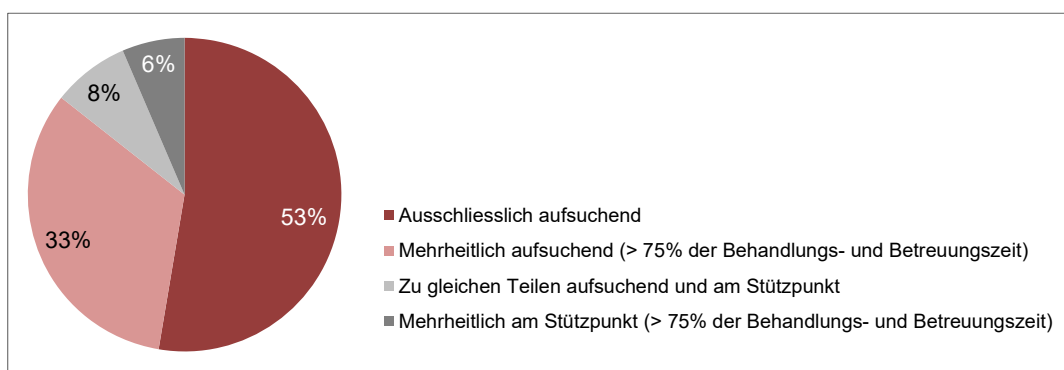
In einem weiteren Frageblock wurden organisatorische Eckwerte der mobilen psychiatrischen Dienste erhoben. Knapp 40 Prozent der Dienste gibt an, Bestandteil einer grösseren Organisation zu sein

(z.B. psychiatrische Spitex ist Abteilung von Spitex; mobiler Dienst ist Angebot einer psychiatrischen Klinik). Rund ein Drittel der Dienste arbeitet zudem mit einem öffentlichen Leistungsauftrag und hat damit eine Versorgungspflicht im Bereich Grundversorgung. Im Durchschnitt besteht diese Versorgungspflicht seit 7 Jahren.

Anteil aufsuchende Leistungserbringung und Standort

Wie in der **Abbildung 3** zu sehen ist, erbringt die überwiegende Mehrheit der Dienste die Behandlungs- und Betreuungsleistungen fast ausschliesslich oder mehrheitlich aufsuchend bei Patient/innen zu Hause oder an einem vereinbarten Ort. Nur ein kleiner Anteil der Anbieter gibt an, die Patient/innen mindestens zu gleichen Teilen oder gar hauptsächlich am Klinikstandort oder Stützpunkt zu behandeln. Auf die Frage, ob der mobile Dienst von einem oder mehreren Standorte aus arbeitet, gibt etwas mehr als ein Sechstel der Dienste an (16%, in der Abbildung nicht dargestellt), mehrere Stützpunkte zu haben, von denen aus die Patient/innen aufsuchend behandelt werden.

Abbildung 3: Anteil aufsuchende Behandlungs- und Betreuungszeit



Frage: «Bitte geben Sie an, ob die Fachperson des mobilen psychiatrischen Dienstes primär aufsuchend behandeln und betreuen (bei Patient/in zu Hause oder an sonstigem vereinbarten Ort) oder ob die Behandlung und Betreuung primär am Stützpunkt stattfindet.» n = 264

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017. Berechnungen BASS

Das im Rahmen des vorliegenden Projekts angewendete Erhebungsdesign erlaubt keine repräsentativen Aussagen dazu, wie sich die vorhandenen mobilen Dienste in der Schweiz auf die einzelnen Kantone verteilen.³ In der **Abbildung 4** sind die Verteilungen aus Kantons- und Anbieterbefragung dargestellt, die zumindest gewisse Anhaltspunkte darüber geben, in welchen Kantonen besonders viele Angebote vorhanden sind.

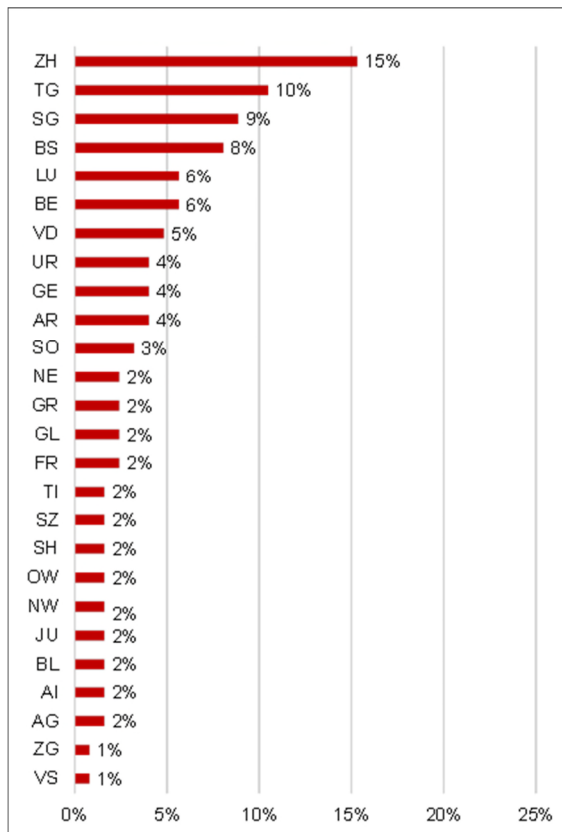
In der **linken Abbildung** findet sich eine Darstellung der Angebotsverteilung gemäss den Angaben der Kantonsverantwortlichen. Diejenigen sieben Kantone (ZH, TG, SG, BS, LU, BE, VD) die mindestens 5 Prozent der insgesamt genannten Dienste nennen, sind – ausser BS – alles eher grosse Kantone mit mindestens einer grösseren Stadtregion. Unklar ist, wie stark die Angaben durch das Antwortverhalten der Kantonsverantwortlichen beeinflusst sind (eher zurückhaltende versus eher grosszügige Nennung von Angeboten, bei denen z.B. der Grad an aufsuchenden Leistungen unklar ist).

³ Um diesbezüglich aussagekräftige Daten zu erhalten, wäre eine Strukturerhebung mit einer Erhebung bzw. Schätzung der Gesamtpopulation aller mobilen Dienste notwendig.

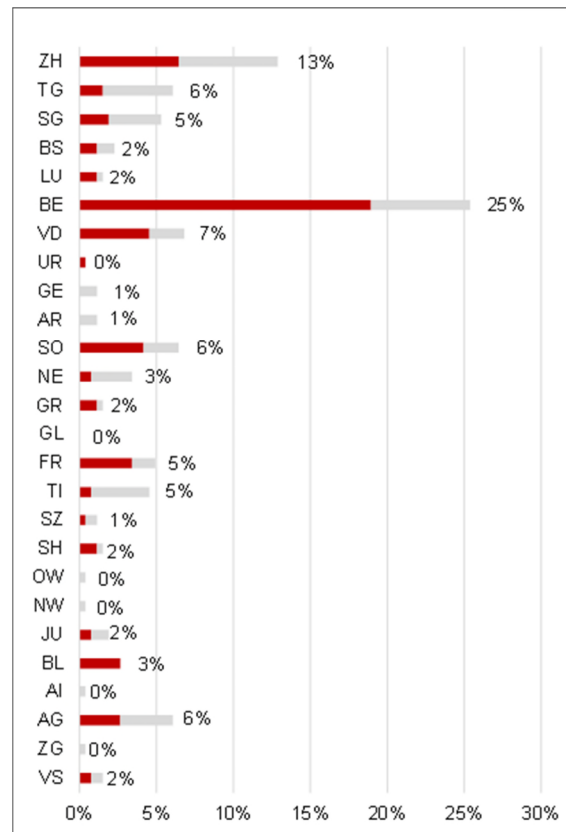
Die **rechte Abbildung** zeigt die Angebotsverteilung gemäss Anbieterbefragung. Die Resultate der Kantonsbefragung werden nur teilweise bestätigt: neben fünf der oben genannten Kantone (ZH, BE, VD, TG, SG), kommen mit SO, FR, AG auch ländlichere und kleinere Kantone hinzu. Zu beachten ist jedoch, dass die Abbildung links keine Angaben zu Verbandsmitgliedern von VAPP oder CURACASA enthält, während diese Pflegefachkräfte als einzelne mobile Dienste in der Anbieterbefragung ausgewiesen sind (dunkelroter Teil des Balkens). Insbesondere im Kanton Bern haben sich viele Freiberufler an der Befragung beteiligt.

Abbildung 4: Verteilungen Mobile Dienste auf Kantone

Verteilung Dienste Kantonsbefragung



Verteilung Rücklauf Anbieterbefragung



Anmerkung: Kantonsbefragung n=124 genannte Dienste; Anbieterbefragung n=265 mobile Dienste, dunkelrot = Ein-Personen-Dienste, grau = Teams

Quelle: Kantons- und Anbieterbefragung 2017, Berechnungen BASS

Behandelte Patient/innen pro Woche und Auslastung der mobilen Dienste

Die befragten Anbieter behandeln und betreuen im Mittel 31 Patient/innen pro Woche (Median: 16 Patient/innen).⁴ Ein Grossteil der mobilen Dienste (81%) behandelt wöchentlich zwischen 1 und 49 Patient/innen. Auf eine Fachperson kommen im Mittel 11 Patient/innen pro Woche (Median: 10), pro Vollzeitstelle sind es im Mittel 47, im Median 25 Patient/innen. Da es sich bei der Anbieterbefragung wie erwähnt nicht um eine Strukturerhebung handelt, ist allerdings von einer gewissen Ungenauigkeit der Daten auszugehen.

In der BAG-Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) wurde die Anzahl behandelte Patient/innen pro Woche und Psychiater/in erhoben.⁵ Ein Vergleich der Ergebnisse zeigt, dass sich die Anzahl der von

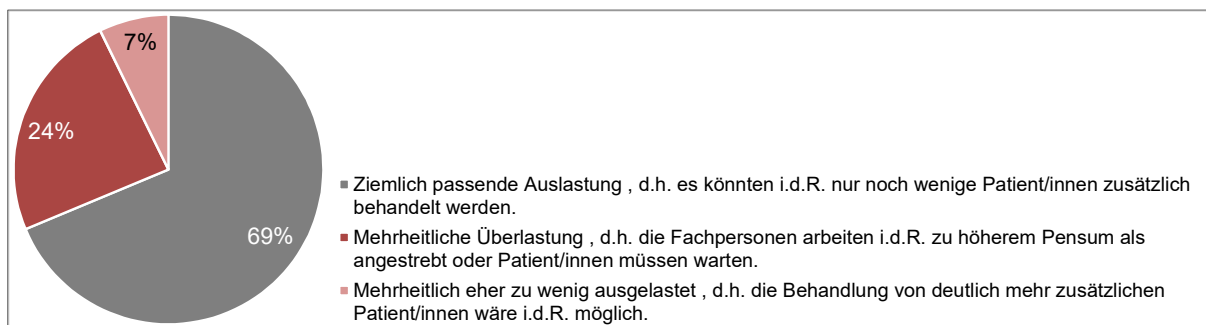
⁴ Zu beachten ist, dass Patient/innen pro Woche mehrere Behandlungsepisoden aufweisen können. Diese Informationen sind in den Zahlen nicht enthalten.

⁵ Nicht erhoben wurde die Anzahl Konsultationen pro Patient/in und Woche sowie die Konsultationsdauer.

mobilen Diensten behandelten Patient/innen in einem ähnlichen Rahmen bewegt wie die von Erwachsenen-Psychiater/innen in der Einzelpraxis (Median 20)⁶ oder von ambulanten/intermediären Institutionen behandelten Patient/innen (Median 30). Hingegen ist im stationären Bereich oder in gemischten Institutionen der Schlüssel höher mit pro Psychiater/in und Woche lediglich 6 Patient/innen (Median).

Knapp 70 Prozent der befragten Anbieter empfinden ihre Auslastung als passend, wie **Abbildung 5** zeigt. 24 Prozent geben an, sie seien mehrheitlich überlastet, d.h. das Personal wird stärker beansprucht und/oder es kommt zu Wartezeiten für Patient/innen. Dass mobile Dienste zu wenig ausgelastet sind, kommt mit unter 10 Prozent der befragten Anbieter weitaus seltener vor.

Abbildung 5: Auslastung der befragten mobilen psychiatrischen Dienste



Frage: «Wie ist der mobile psychiatrische Dienst in der Regel ausgelastet?» n = 262

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Vergleicht man die Auslastung der befragten mobilen Dienste mit der Auslastung von niedergelassenen Psychiater/innen (siehe BAG-Versorgungsstudie Stocker et al., 2016), zeigt sich ein deutlich anderes Bild: letztere sind zu knapp zwei Dritteln überlastet (**Tabelle 2**). Dasselbe gilt auch für Psychiater/innen, die in ambulanten/intermediären Institutionen tätig sind. Hingegen ist die Auslastung der stationären Psychiatrie ähnlich wie bei den mobilen Diensten mit knapp 60 Prozent mehrheitlich passend.

Tabelle 2: Auslastung mobiler Dienste und psychiatrischer Versorgungsangebote

Auslastung	Mobile Dienste	Niedergelassene Psychiater/innen	Institutionen ambulant/intermediär	Institutionen stationär/gemischt
passend	69%	32%	39%	58%
mehrheitlich überlastet	24%	63%	60%	41%
mehrheitlich zu wenig ausgelastet	7%	5%	1%	1%

Quellen: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017 (n = 262), Stocker et al. (2016); Darstellung BASS

⁶ Angaben pro Facharzt/Fachärztin, nicht auf Vollzeitstellen standardisiert (dies war aufgrund der Datenlage nicht möglich).

3 Zielgruppen

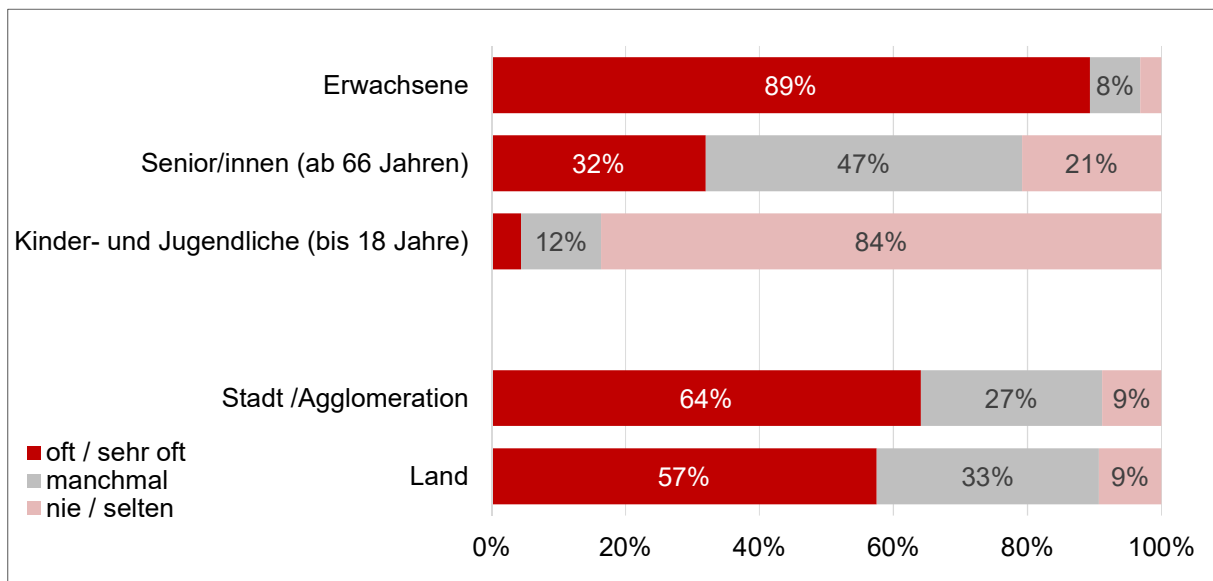
Im Folgenden wird beschrieben, welche Merkmale die Patient/innen aufweisen, welche von den befragten Anbietern behandelt werden. Auch hier gilt es wiederum zu beachten, dass es sich nicht um repräsentative Ergebnisse handelt, die Resultate jedoch als Hinweise auf Schwerpunkte, Tendenzen und Grössenverhältnisse gelesen werden können.

3.1 Altersgruppen und Wohnort

In der BAG-Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) wurden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren als potenziell unterversorgte Risikogruppe identifiziert. Ein möglicher «treatment gap» besteht gemäss diesen Ergebnissen auch für männliche Patienten, die als Zielgruppe vom Versorgungssystem weniger gut erreicht werden, da sie sich im Vergleich zu Frauen seltener in Behandlung begeben. Zugangprobleme ins Versorgungssystem wurden schliesslich auch für die Bevölkerung in ländlichen Gebieten festgestellt, primär aufgrund der geringeren Versorgungsdichte. Vor diesem Hintergrund interessiert, welche Zielgruppen durch die befragten mobilen Dienste erreicht werden.

Die befragten Anbieter behandeln mehrheitlich erwachsene Patient/innen im Erwerbsalter, wie **Abbildung 6** zeigt. Senior/innen werden von einem knappen Drittel der Befragungsteilnehmenden oft oder sehr oft behandelt, während mobile Dienste für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren noch sehr selten sind. Hingegen sind mobile Dienste zumindest annähernd so häufig auf dem Land tätig wie in der Stadt oder der Agglomeration.

Abbildung 6: Alter und Region der behandelten Patient/innen



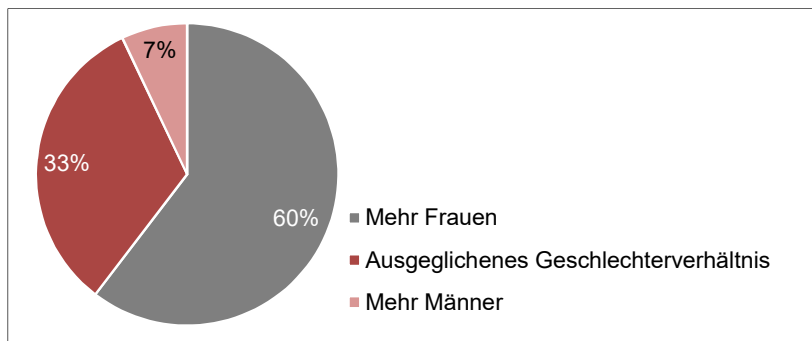
Fragen: «Bitte geben Sie an, wie oft Sie Patient/innen folgender Altersgruppe behandeln»; «Bitte geben Sie an, wie oft Sie Patient/innen behandeln, die in der Stadt/Agglomeration oder auf dem Land wohnen.» n = 253, 250, 226, 248, 247

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

In der Tendenz werden männliche Patienten auch von mobilen Diensten nicht so gut erreicht wie Frauen. Wie **Abbildung 7** zeigt, gelingt es aber in immerhin einem Drittel der Angebote, Männer und Frauen in gleichem Masse anzusprechen; 7 Prozent geben an, mehrheitlich Männer zu behandeln.

Abbildung 7: Geschlechterverhältnis der von mobilen Diensten behandelten Patient/innen

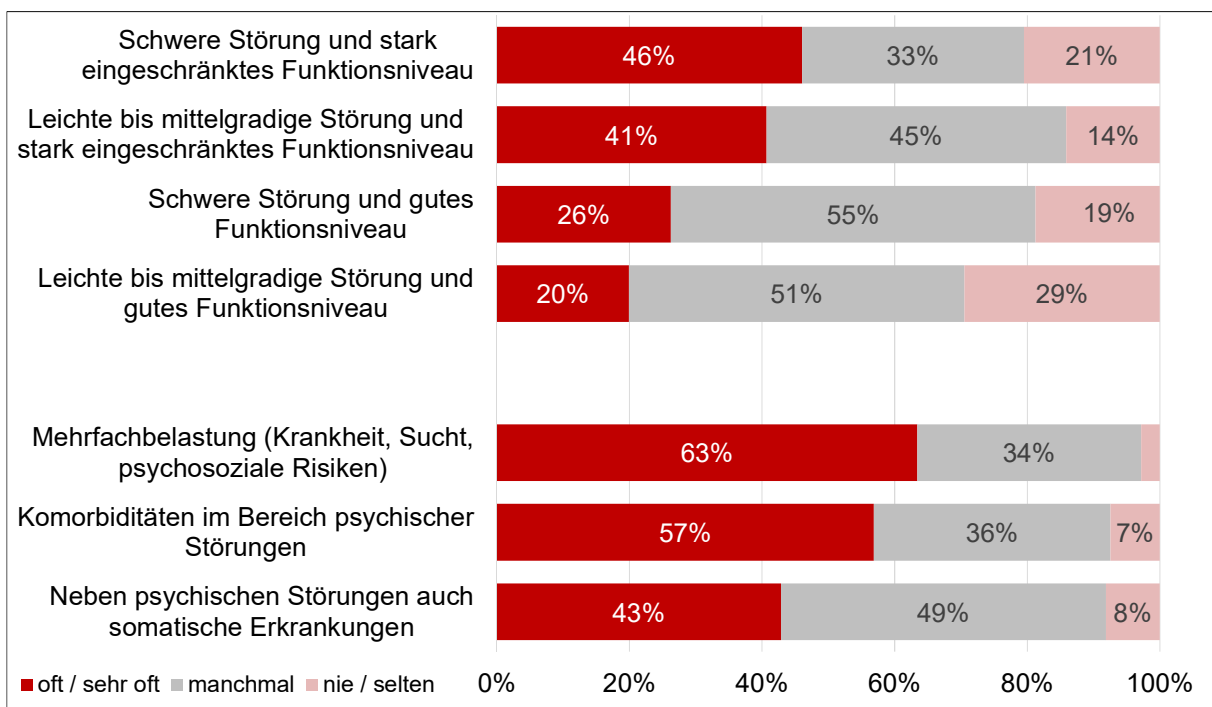


Frage: «Bitte geben Sie an, ob Sie tendenziell mehr Frauen oder mehr Männer behandeln und betreuen.» n = 255
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

3.2 Erkrankung und Einschränkung

In der Anbieterbefragung wurde der Schweregrad der psychiatrischen Störung, das Funktionsniveau⁷ sowie weitere Faktoren wie Mehrfachbelastungen und Komorbiditäten der behandelten Patient/innen erhoben. **Abbildung 8** zeigt, dass Personen mit schweren Störungen und starken Einschränkungen im Funktionsniveau von 46 Prozent der befragten Dienste oft oder sehr oft behandelt werden. Personen mit schweren Störungen, aber guten Fähigkeiten in der selbständigen Alltagsgestaltung gehören deutlich seltener zur behandelten Zielgruppe (26% oft oder sehr oft) als Patient/innen mit leichten oder mittelgradigen Störungen und stark eingeschränktem Funktionsniveau (41%).

Abbildung 8: Schweregrad und Komplexität der Erkrankungen sowie Funktionsniveau der Pat.



Frage: «Wie oft werden in Ihrem mobilen psychiatrischen Dienst Patient/innen mit folgenden Merkmalen behandelt?» n = 239, 241, 240, 241, 246, 241, 245

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

⁷ Unter Funktionsniveau verstehen wir, wie eine Person in ihrem sozialen und/oder beruflichen Alltag zurechtkommt und inwiefern eine selbständige Lebensführung möglich ist.

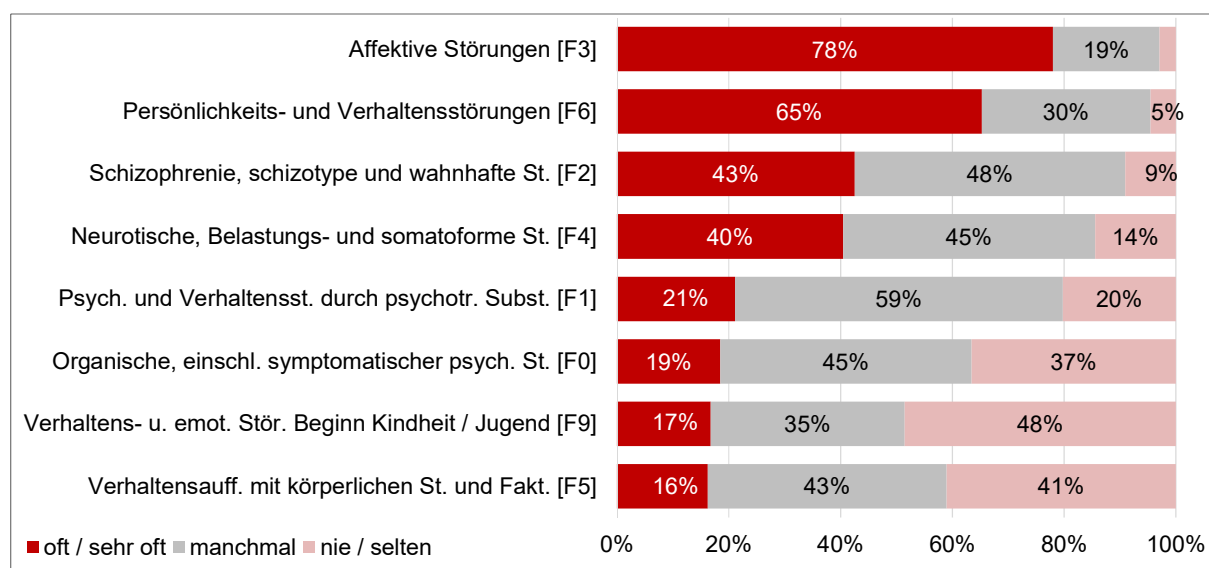
Typisch für die von aufsuchenden mobilen Diensten behandelten Patient/innen sind Mehrfachbelastung (durch Krankheit, Sucht, psychosozialen Risiken) oder durch psychiatrische Komorbiditäten, wie die obige Abbildung 8 weiter zeigt. Eine Mehrheit der Befragten (63 bzw. 57%) behandelt diese Gruppen oft oder sehr oft. Etwas weniger häufig, aber immerhin bei 43 Prozent der Anbieter, werden häufig Patient/innen mit psychiatrisch-somatischen Mehrfacherkrankungen behandelt. Nur eine kleine Minderheit der befragten Anbieter gibt an, selten bis nie Patient/innen mit den genannten Merkmalen zu behandeln.

Diagnosen

Abbildung 9 zeigt, wie häufig die befragten Anbieter Patient/innen mit Störungsbildern gemäss ICD-10 Klassifikation behandeln. Weitaus die grössten Patientengruppen sind Personen mit affektiven Störungen (F3) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). Mit rund 40 Prozent ebenfalls häufig behandelt werden Personen mit schizophrenen Störungen (F2) sowie neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4). Personen mit der Hauptdiagnose Suchterkrankungen (F1) werden nur von 21% der befragten Dienste häufig behandelt.⁸

In der Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) wurden insbesondere Patient/innen mit F6-, F2- und F1-Störungen als unterversorgte und schwer erreichbare Zielgruppen identifiziert. Die Resultate der Anbieterbefragung deuten darauf hin, dass mobile Dienste vor allem bei Personen mit F6- und F2-Störungsbildern einen Beitrag leisten, um Versorgungslücken zu schliessen.

Abbildung 9: Hauptdiagnose der behandelten Patient/innen



Frage: «Bitte geben Sie an, wie oft Sie Patient/innen mit folgenden Diagnosen behandeln (Hauptdiagnose, gemäss ICD-Diagnosekategorien).» n = 241, 242, 242, 242, 232, 227, 233, 234

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

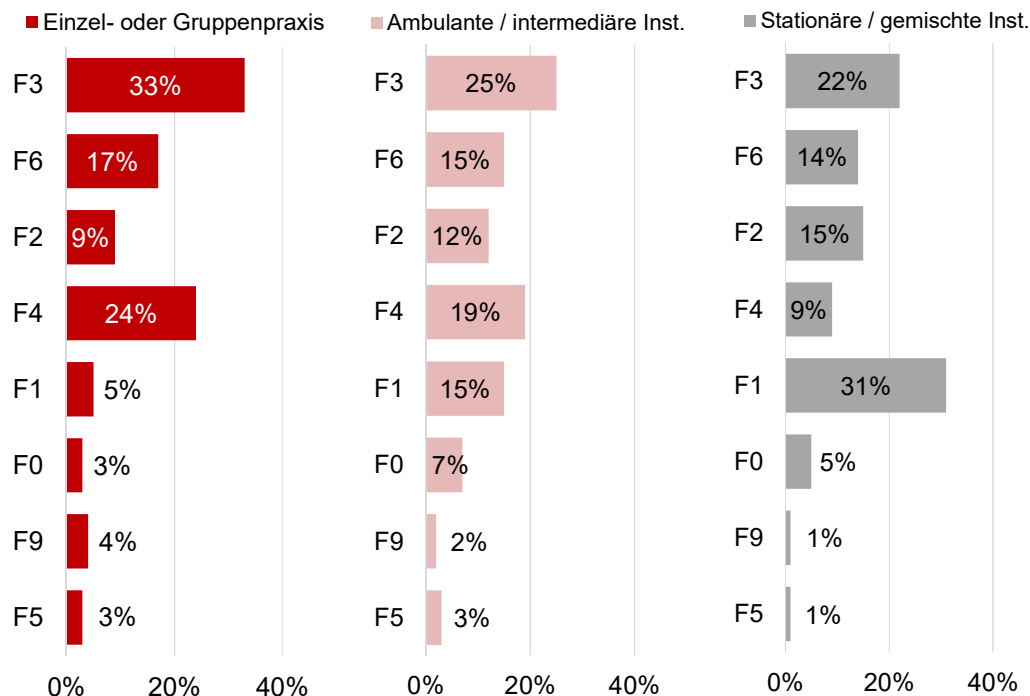
Analysiert man diese Antworten nach den Merkmalen der Anbieter (vgl. Kap. 2) wird deutlich, dass mobile psychiatrische Dienste, die stationären Psychiatrien angeschlossen sind, überdurchschnittlich häufig Personen mit schizophrenen Störungen (F2) und Suchterkrankungen (F1) behandeln. Pflegefachpersonen (Freiberufliche; Spitex) behandeln Personen, die Verhaltensauffälligkeiten mit körperli-

⁸ Nicht in der Abbildung enthalten sind Entwicklungsstörungen (F8), Intelligenzstörungen (F7) und «nicht näher bezeichnete psychische Störungen» (F99), da jeweils weniger als 10 Prozent der Antwortenden angeben, häufig Patient/innen mit diesen Erkrankungen zu behandeln.

chen Störungen und Faktoren aufweisen, signifikant häufiger als die den Psychiatrien angeschlossenen (oft multiprofessionellen) Equipen. Keine wesentlichen Unterschiede gab es bezüglich der beiden grössten Patientengruppen (F3, F6). Mobile Konsiliar- und Liaisondienste behandeln überdurchschnittlich häufig Patient/innen mit organischen Störungen (F0).

Abbildung 10 zeigt zum Vergleich, wie sich die Patient/innen gemäss Ergebnissen der BAG-Versorgungsstudie (Stocker et al., 2016) nach Diagnosegruppen auf psychiatrische Behandlungssettings verteilen. Analog zu den mobilen Diensten werden auch bei niedergelassenen Psychiater/innen sowie in ambulanten/intermediären Institutionen am häufigsten Personen mit affektiven Störungen (F3) behandelt. In stationären Settings hingegen sind Suchterkrankungen die häufigste Hauptdiagnose. Wie erwähnt wird diese Gruppe von Patient/innen nur von einem Fünftel der befragten mobilen Dienste häufig behandelt; zusätzliche 59 Prozent der Befragten haben zumindest manchmal Patient/innen mit Suchtstörungen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 10: Versorgungsstudie: Patientengruppen nach Behandlungssetting



Quelle: Stocker et al. (2016); Darstellung BASS

4 Leistungen und Finanzierung

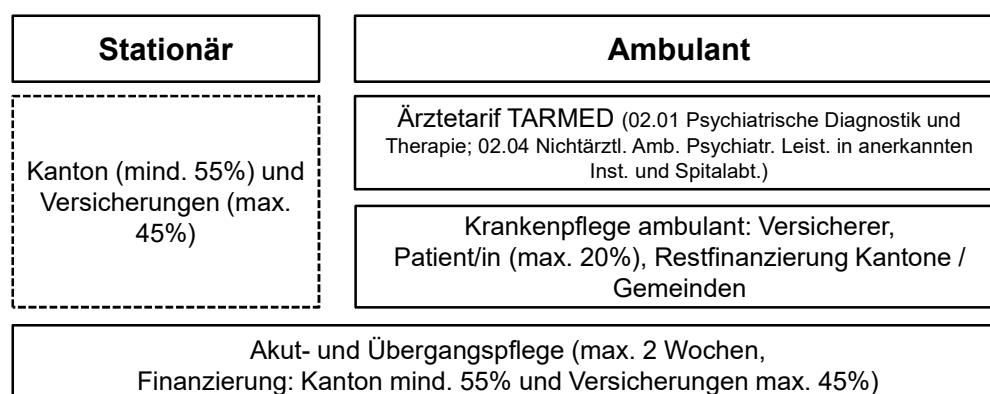
Im vorliegenden Kapitel findet sich einleitend eine kurze Übersicht über die Grundlagen der Finanzierung der Leistungen mobiler Dienste in der Schweiz. Weiter werden die Ergebnisse aus der Anbieterbefragung zu den Leistungen, Modalitäten der Leistungserbringung und der Finanzierung dargestellt.

4.1 Grundlagen der Finanzierung von Leistungen mobiler Dienste

Mögliche Kostenträger mobiler psychiatrischer Dienste sind die Sozialversicherungen (v.a. Krankenversicherung, aber auch IV, UV, MV), die Kantone (Kostenbeteiligung an Behandlungs- und Pflegekosten gemäss KVG; öffentliche Finanzierungsbeiträge für integrierte Versorgungsmodelle), Gemeinden (Mitfinanzierung Pflege, Förderbeiträge an bestimmte Angebote), Patient/innen (Selbstkostenanteil) sowie Stiftungen, gemeinnützige Organisationen etc., welche v.a. im Rahmen von Pilotprojekten involviert sind.

Die bestehenden Finanzierungssysteme definieren Art und Umfang der Leistungsvergütung im ambulanten und stationären Bereich; spezifische Grundlagen zur Finanzierung «intermediärer» Angebote (darunter u.a. mobile Dienste, Tageskliniken) gibt es indes keine.⁹ Die bestehenden intermediären Versorgungsleistungen werden gemäss den Grundsätzen der stationären und/oder ambulanten Finanzierungsmodalitäten vergütet. **Abbildung 11** zeigt hierzu eine Übersicht; die einzelnen Bestandteile der Vergütungssysteme werden im Folgenden genauer erläutert.

Abbildung 11: Übersicht über die Grundlagen zur Finanzierung mobiler Dienste



Quellen: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV), Ärztetarif TARMED Tarifbrowser FMH, Eigene Darstellung BASS

Finanzierung gemäss Teiler für stationäre Behandlungen

Zur Finanzierung der Leistungen von mobilen Diensten gemäss den Vergütungsmodalitäten für die stationäre Versorgung besteht in der Schweiz keine gesetzliche Grundlage (siehe gestrichelte Linie des Textkastens in Abbildung 11). Dies im Gegensatz zu beispielsweise Deutschland, wo die sogenannte «stationsäquivalente psychiatrische Behandlung» in der gesetzlichen Krankenversicherung als stationäre Leistung definiert und entsprechend vergütet wird. Voraussetzung ist, dass Patient/innen

⁹ Per 1.1.2009 wurde das Konzept der «teilstationären» Behandlung aus dem KVG gestrichen. Entsprechende Behandlungen werden mehrheitlich wie ambulante Leistungen abgerechnet; wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten seit-her als ambulante Behandlung (Art. 5 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung VKL).

eine Indikation für die stationäre psychiatrische Behandlung verfügen und die Alternativbehandlung im häuslichen Umfeld durch Spitäler und Kliniken mit Versorgungsverpflichtung bereitgestellt wird.¹⁰

Mangels gesetzlicher Grundlage ist eine Vergütung mobiler Dienste analog zur stationären Versorgung in der Schweiz (d.h. Pauschaltarife und Finanzierung durch Kanton von mindestens 55 sowie Versicherung von maximal 45 Prozent) nur dann möglich, wenn die beteiligten Kostenträger (Versicherungen, Kantone, ggf. weitere) für das jeweilige Angebot eine solche Vereinbarung individuell treffen. Dies ist gemäss Anbieterbefragung teilweise der Fall (siehe Kapitel 4.3).

Finanzierung auf der Basis des Ärztetarifs TARMED

Handelt es sich bei einem mobilen Dienst um eine anerkannte spitalunabhängige Institution oder eine Abteilung eines Spitals (beide mit Leistungsauftrag) unter der Leitung eines Facharztes / einer Fachärztin, kann eine Leistungsabrechnung über den Ärztetarif TARMED erfolgen. Relevant sind insbesondere die zwei Positionen «02.01 Psychiatrische Diagnostik und Therapie» und «02.04 Nichtärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen». Die Leistungen unter Position 02.01 sind von Ärzt/innen mit Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- & Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu erbringen, diejenige unter Position 02.04 durch die von der jeweiligen Institution angestellten nichtärztlichen Fachkräften: Psychiatriepflegefachpersonen, Sozialpädagog/innen und Sozialarbeiter/innen mit Zusatzausbildung, Psycholog/innen und weiterem therapeutischem Fachpersonal mit adäquater Ausbildung.

Leistungen im Kapitel 02.04 sind gemäss den Ausführungen zum TARMED spezifisch vorgesehen, um «die modernen psychiatrischen Erkenntnisse der gemeindenahen Versorgung (inkl. sozialpsychiatrische Methode)» umzusetzen. Während für Ärztinnen unter 02.01 eine Wegentschädigung vorgesehen ist, ist eine solche unter 02.04 jedoch nur ausnahmsweise und nach bilateraler Absprache möglich. Dazu kommen – im Vergleich zu den ärztlichen Behandlungspositionen unter 02.01 – weitere Einschränkungen: So dürfen pro Woche und Patient/in maximal 4 geleistete Stunden verrechnet werden, ausser es handelt sich um Not- und Krisensituationen.¹¹

Finanzierung ambulanter Krankenpflege

Die aufsuchende Pflege und Behandlung von Personen mit psychischen Erkrankungen durch freiberuflich tätige Pflegefachpersonen und Spitex-Teams wird gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) über die Krankenversicherung finanziert. Bei auf Anordnung oder im ärztlichen Auftrag erbrachten Leistungen werden dabei drei verschiedene Massnahmen-Kategorien unterschieden (vgl. **Tabelle 3**). Diese werden mit unterschiedlichen Stundenansätzen vergütet. Die Höhe der Versicherungsbeiträge wird vom Bundesrat festgelegt¹² und betragen derzeit zwischen 54.60 und 79.80 CHF pro Stunde.

¹⁰ Vgl. § 115d des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Zum intermediären und sozialpsychiatrischen Versorgungsangebot in Deutschland (siehe Jäggi et al., 2017).

¹¹ vgl. die Ausführungen zum Stichwort «Verrechenbarkeit» in TARMED, Kap. 02.04.

¹² Die Festsetzung der Beiträge erfolgt gemäss Art. 25a Abs. 4 KVG nach Aufwand für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden.

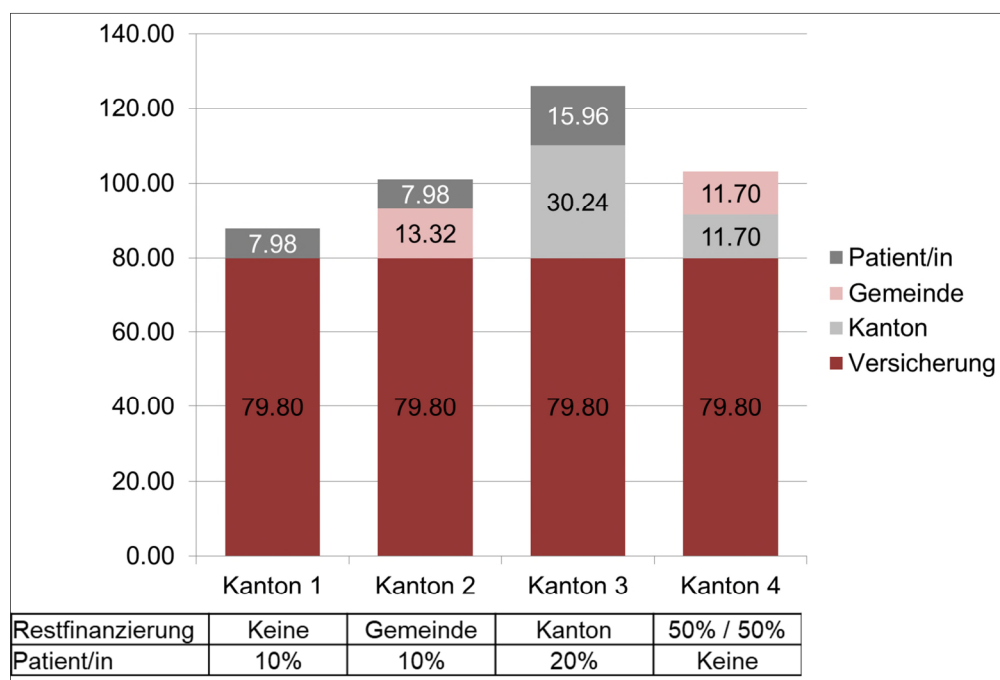
Tabelle 3: Auszüge Massnahmen-Kategorien psychiatrische Pflegeleistungen

Artikel 7 KLV	Beitrag Versicherung
a. Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination:	79.80 CHF / Stunde
1. Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin,	
2. Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte, und Vornahme der notwendigen Kontrollen,	
3. Koordination der Massnahmen sowie Vorkehrungen im Hinblick auf Komplikationen in komplexen und instabilen Pflegesituationen durch spezialisierte Pflegefachpersonen;	
b. Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung:	65.40 CHF / Stunde
13. pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen,	
14. Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung;	
c. Massnahmen der Grundpflege:	54.60 CHF / Stunde
2. Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie: Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen.	

Quelle: Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Darstellung BASS

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, welche im Januar 2011 in Kraft trat, sieht eine Aufteilung der Pflegekosten auf Versicherungen, Kantone bzw. Gemeinden sowie Patient/innen vor. Der Selbstkostenanteil bei Pflegeleistungen, die von den Sozialversicherungen nicht gedeckt sind, ist auf höchstens 20 Prozent des vom Bundesrat festgelegten maximalen Pflegebeitrages begrenzt. Die Kantone regeln die Restfinanzierung (KVG Art. 25a Abs. 5). Diese Regelungen fallen je nach Kanton sehr unterschiedlich aus: manche Kantone übernehmen die gesamte Restfinanzierung (d.h. ohne Selbstkostenanteil der versicherten Person), andere verrechnen den Versicherten den gesetzlichen Maximalbetrag. Zudem gehen die Kantone von unterschiedlichen Normkosten für die Berechnung der Restfinanzierung aus. In einigen Kantonen wird der Restbetrag zudem teilweise oder gänzlich von den Gemeinden übernommen. In der **Abbildung 12** findet sich eine beispielhafte Darstellung der unterschiedlichen Handhabung der Pflegefinanzierung.

Abbildung 12: Kantonale Aufteilung der Pflegefinanzierung nach Kostenträgern (Beispiele)



Anmerkung: Beispiele basieren auf Vergütungsansätzen für Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination gemäss KLV Art. 7 Abs. 2 lit. a.

Quelle: Fiktive Beispiele basierend auf Power Point Präsentation «Pflegefinanzierung in den Kantonen – Ambulante Pflege», Spitex Verband Schweiz, Mai 2012¹³; Eigene Darstellung BASS

Am obigen Beispiel zeigt sich einerseits, dass Pflegefachpersonen je nach Wohnkanton ihrer Patient/innen für die gleiche Art von Massnahmen (hier Kategorie a: Abklärung, Beratung und Koordination) unterschiedlich entschädigt werden, da sich die Höhe der Normkosten unterscheidet. Ausserdem wird anhand der Illustration ersichtlich, welche verschiedenen Möglichkeiten der Kostenaufteilung zwischen Patient/innen, Kantone oder Gemeinden existieren. Im (fiktiven) Szenario werden in Kanton 4 sämtliche Restkosten durch Kanton und Gemeinde getragen, während Kanton 3 sich zwar stark an den Kosten beteiligt, Patient/innen jedoch die maximalen 20 Prozent übernehmen müssen. Insgesamt ergibt sich aus den gesetzlichen Bestimmungen zur Pflegefinanzierung eine heterogene Ausgangslage für Leistungserbringer und versicherte Personen, was die Vergütung von pflegerischen Leistungen im Rahmen mobiler Dienste betrifft.

Finanzierung von Akut- und Übergangspflege

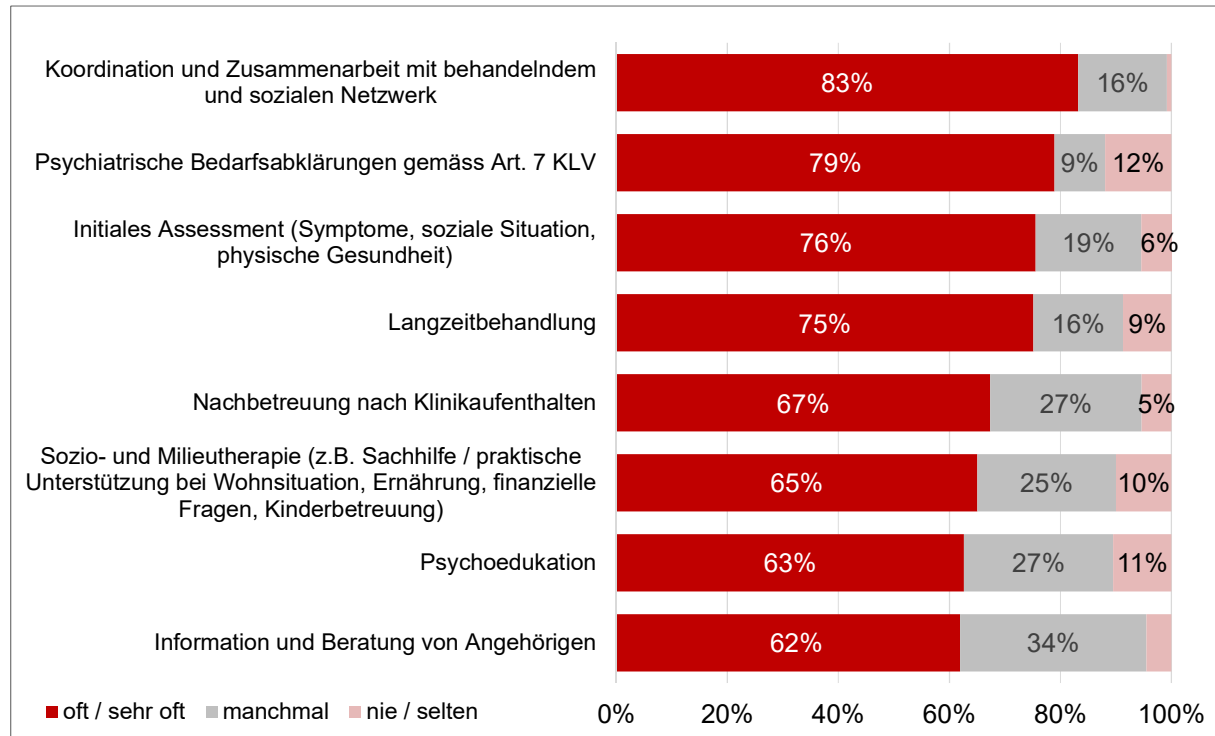
Ebenfalls in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) geregelt sind die Modalitäten für Akut- und Übergangspflege nach einem Spitalaufenthalt. Die Akut- und Übergangspflege – also etwa die Nachbetreuung nach einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik – kann sowohl in einem stationären Setting (Pflegeheim) als auch bei den Betroffenen zu Hause (durch Spitex-Organisationen oder freiberufliche Pflegefachpersonen) erfolgen. Voraussetzung dafür ist eine spitalärztliche Verordnung, die für maximal zwei Wochen ausgestellt werden kann (KLV Art. 8 Abs. 6 lit. c). Analog zu stationären Behandlungen teilen sich Kantone und Versicherer die Kosten; auch hier beträgt der minimale Anteil der Kantone 55 Prozent (KLV Art. 7b Abs. 1).

¹³ Dokument verfügbar über www.spitex.ch → Politik → Pflegefinanzierung.

4.2 Leistungen mobiler Dienste in der Psychiatrie

Eine zentrale Leistung mobiler psychiatrischer Dienste ist die Koordination und Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld und den involvierten Behandelnden: 83 Prozent der befragten Anbieter tun dies oft oder sehr oft; weitere 16 Prozent zumindest manchmal (vgl. **Abbildung 13**). Auch Bedarfsabklärungen und initiale Assessments können als Routinetätigkeiten mobiler Dienste interpretiert werden. Interessant ist, dass unter den befragten Diensten häufiger Langzeitpflege geleistet wird als (kürzere) Nachbetreuungen nach Klinikaufenthalten (75 vs. 67%).

Abbildung 13: Leistungsspektrum mobiler psychiatrischer Dienste



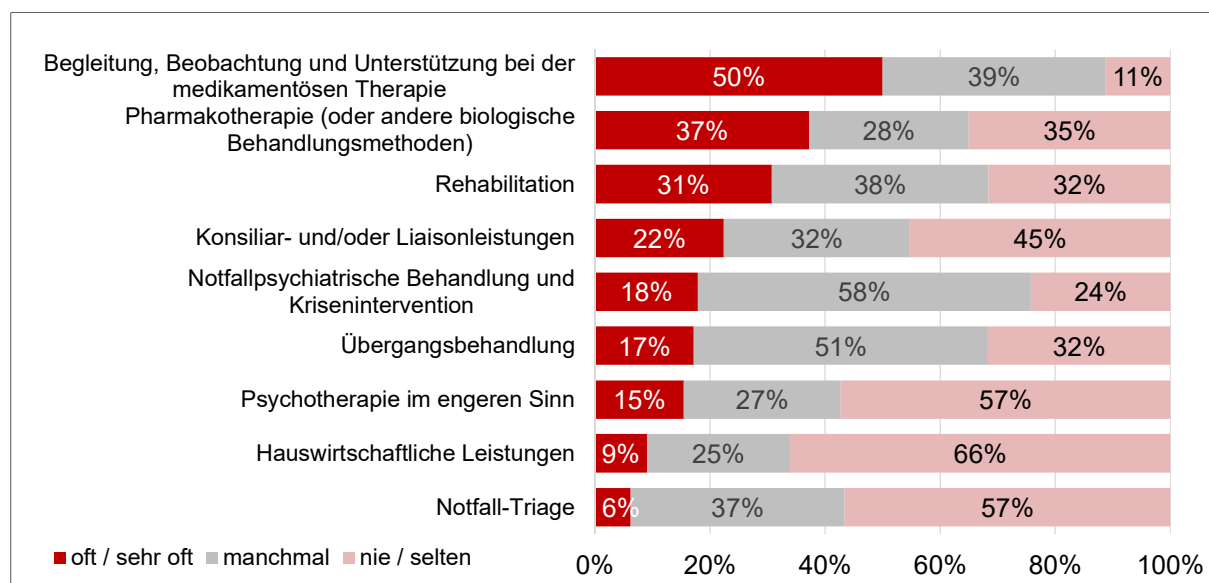
Frage: «Bitte geben Sie an, wie oft folgende Leistungen von Ihrem mobilen psychiatrischen Dienst angeboten werden.» (Mehrfachantworten möglich.) n = 244, 242, 233, 241, 242, 240, 238, 244

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Abbildung 14 zeigt diejenigen Leistungen, die jeweils von maximal 50 Prozent der befragten Anbieter oft oder sehr oft erbracht werden. Verbreitet ist v.a. die Unterstützung von Patient/innen bezüglich Medikation: nur 11 Prozent der Befragten geben an, diese Leistung selten oder nie anzubieten. Auffällig ist, dass mobile Dienste offenbar kaum in die Notfall-Triage involviert sind (6% oft oder sehr oft), notfallpsychiatrische Behandlungen und Krisenintervention aber eine vergleichsweise wichtige Rolle spielen: 18 Prozent der befragten Anbieter erbringen entsprechende Leistungen oft oder sehr oft, weitere 58 Prozent manchmal.

Abbildung 14: Leistungsspektrum mobiler psychiatrischer Dienste - Fortsetzung



Frage: «Bitte geben Sie an, wie oft folgende Leistungen von Ihrem mobilen psychiatrischen Dienst angeboten werden.» (Mehrfachantworten möglich.) n = 238, 231, 231, 223, 235, 227, 227, 233, 226

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, n = 265, Berechnungen BASS

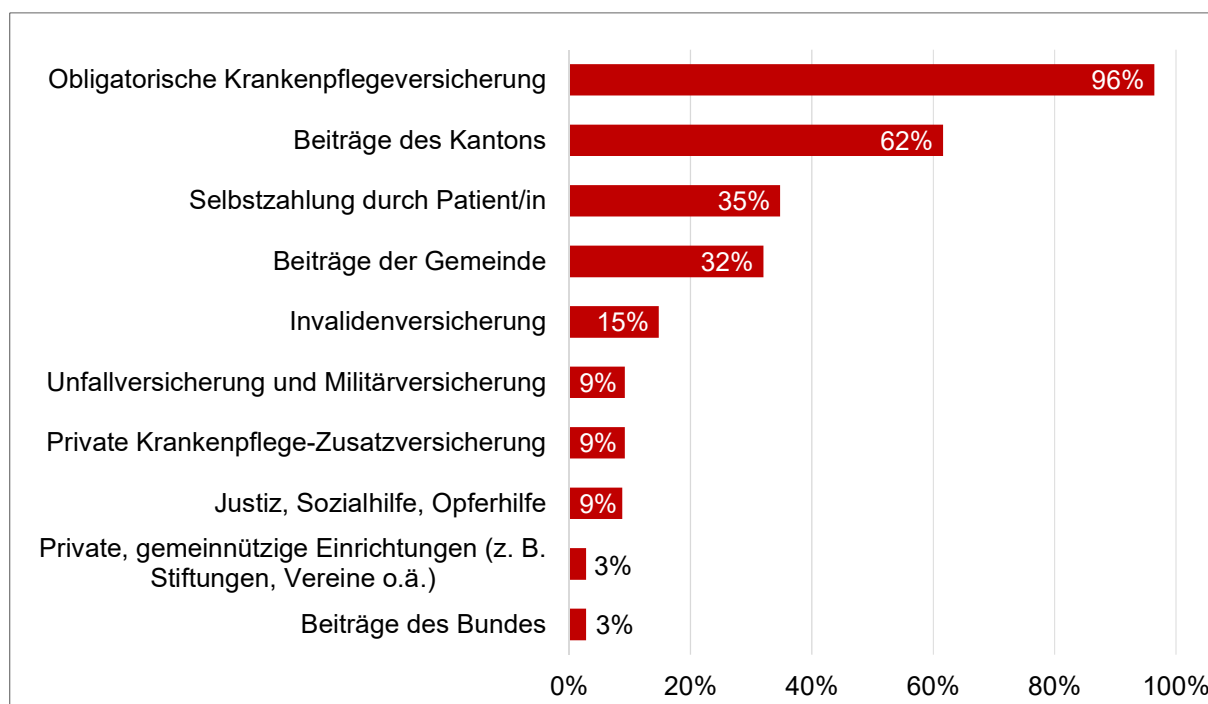
10 Prozent der Befragten haben angegeben, zusätzlich «andere Leistungen» zu erbringen. Rund 20% der Freitext-Antworten können eine der vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden (z.B. Zusammenarbeit mit Beiständen, Case Management, psychotherapeutische Gespräche, Kontrolle der häuslichen Situation). Mehrfach genannt wurden die Begleitung bei Arztbesuchen und Behördenterminen (5 Nennungen), die Unterstützung beim Umsetzen von Bewältigungsstrategien und die Durchführung von Expositionstrainings (je 4 Nennungen). Angesprochen wurden ausserdem spezifische Ansätze und Themen (Achtsamkeit/Skills; Körpertherapie, Beziehungsarbeit), soziale Angebote (Mittagstisch, Freizeitgruppe) sowie die allgemeine Grund- und Behandlungspflege und die Behandlung somatischer Gesundheitsprobleme.

4.3 Modalitäten der Leistungserbringung und -finanzierung

Von den befragten Anbietern verfügen 71 Prozent über eine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton, 28 Prozent haben eine Leistungsvereinbarung mit einer Gemeinde. Knapp drei Viertel haben einen Administrativvertrag mit Krankenkassen abgeschlossen. In ergänzenden Nennungen wurden vereinzelt auch Kooperationsverträge mit Institutionen oder Leistungsvereinbarungen mit der Invalidenversicherung (IV) angeführt.

Die nachfolgende **Abbildung 15** zeigt, über welche Quellen die Leistungen der befragten mobilen Dienste finanziert werden. Klar die wichtigste Finanzierungsquelle ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) – kaum ein Anbieter, der nicht über die Krankenkasse abrechnet. Die Finanzierung durch Kantonsbeiträge spielt bei 62 Prozent der befragten Anbieter eine wichtige Rolle. Je rund ein Drittel der Anbieter finanziert die Leistungen auch mit Beiträgen von Patient/innen und Gemeinden. Üblich ist eine Finanzierung über mehrere Quellen (in der Abbildung nicht dargestellt): Bloss 7 Prozent geben nur eine Finanzierungsquelle an, 41 Prozent haben zwei Quellen, 29 Prozent haben drei Quellen, 23 Prozent nennen vier oder mehr Finanzierungsquellen.

Abbildung 15: Finanzierungsquellen mobiler psychiatrischer Dienste



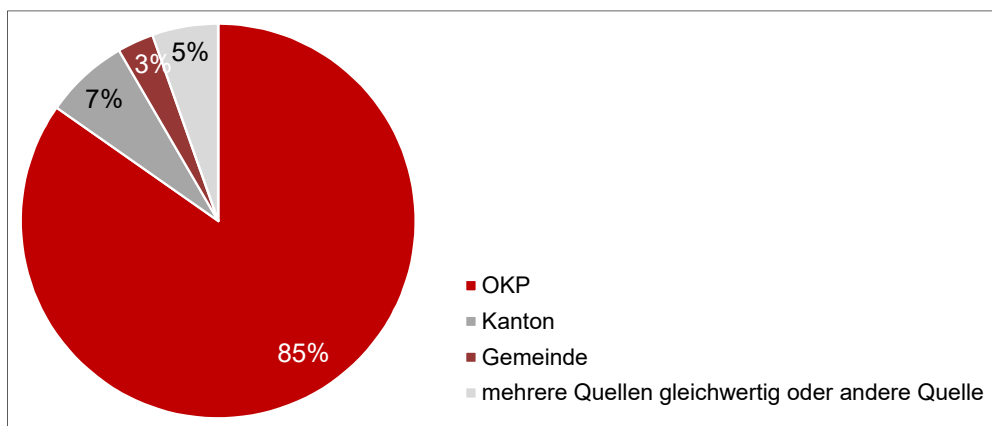
Frage: «Bitte geben Sie an, über welche Quellen die Leistungen des mobilen Dienstes finanziert werden und wie sich die Finanzierung prozentual (ungefähr) verteilt.» n = 250

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die befragten Anbieter wurden gebeten, pro Finanzierungsquelle anzugeben, welcher Anteil der Leistungen damit schätzungsweise gedeckt wird. Da die Zahl der Missings zu dieser Frage jedoch relativ hoch ist (62), sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Gemäss den vorliegenden Antworten werden bei 88 Prozent der Anbieter mehr als 45 Prozent über die OKP finanziert. Bei 12 Prozent tragen Kantone oder Gemeinden über 45 Prozent der Kosten. Die prozentual jeweils grösste Finanzierungsquelle ist in **Abbildung 16** dargestellt.

Aus der Anbieterbefragung geht weiter hervor, dass es sich bei einem grossen Teil der OKP-Kosten um Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV handelt (in der Abbildung nicht dargestellt): 78 Prozent der Befragten geben an, entsprechende Leistungen abzurechnen. 29 Prozent verrechnen auch Leistungen via TARMED; mit 6 Prozent sehr selten ist die Leistungsabrechnung via Fall- oder Tagespauschale.

Abbildung 16: Hauptfinanzierungsquelle der befragten Anbieter



Frage: «Bitte geben Sie an, über welche Quellen die Leistungen des mobilen Dienstes finanziert werden und wie sich die Finanzierung prozentual (ungefähr) verteilt.» n = 203

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die spezifischen Herausforderungen, die sich bezüglich der Finanzierung stellen, werden im Kapitel 5.2 erläutert und diskutiert.

5 Erfolgsfaktoren und Herausforderungen

Ein wichtiges Ziel des Projekts ist es, Erfolgskriterien für eine langfristige Verankerung mobiler Dienste in der Psychiatrie herauszuarbeiten. Nachfolgend finden sich die Überlegungen von Kantonen, Anbietern und weiteren Akteuren zu den Erfolgsfaktoren und spezifischen Leistungen mobiler Dienste und den bestehenden Herausforderungen.

5.1 Erfolgsfaktoren und spezifische Leistungen

Die Kantonsverantwortlichen wurden gefragt, welches aus ihrer Sicht einerseits die wichtigsten Erfolgsfaktoren und andererseits die Herausforderungen für einen bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste sind. Die offenen Antworten der 22 Kantone, welche die Frage nach den Erfolgskriterien beantworteten, wurden zu folgenden als wichtig erachteten Themenbereichen zusammengefasst

Erfolgskriterien aus Sicht von Kantonsverantwortlichen

- Gesicherte und langfristige Finanzierung.
- Vernetzung zwischen den verschiedenen bei Patient/innen involvierten Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens.
- Niederschwelliger Zugang, zeitliche Flexibilität bzw. Verfügbarkeit und räumliche Mobilität des Fachpersonals.
- Gut ausgebildete Fachpersonen, Behandlungskontinuität, multiprofessionelle Ansätze.
- Bekanntheit und Akzeptanz des Angebots.
- Einbezug der Angehörigen und des sozialen Umfelds von Patient/innen.

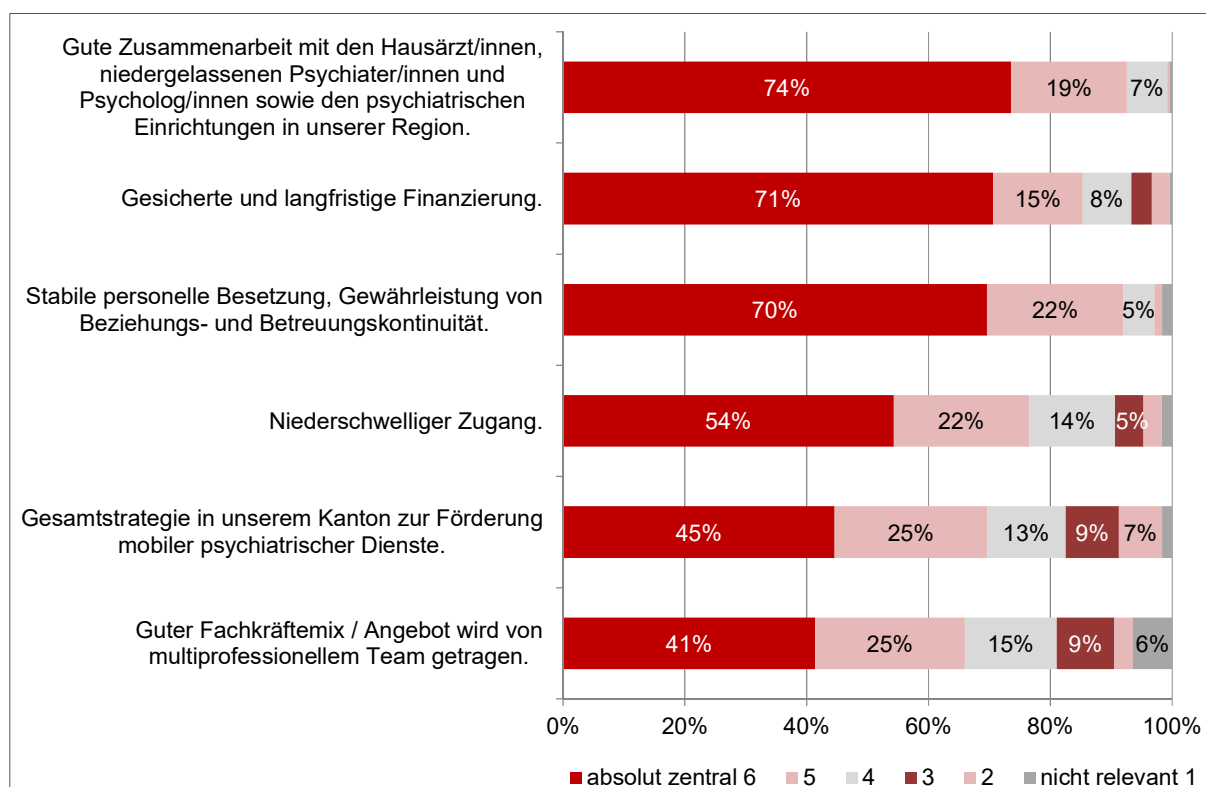
Neben diesen Kriterien, welche als *Gelingensbedingungen* für mobile Dienste beschrieben werden können, wurde zudem im Sinne einer erwartenden *Auswirkung bzw. spezifischen Leistung* häufig folgendes Erfolgskriterium erwähnt:

- Vermeidung und Kürzung stationärer Aufenthalte durch einen verbesserten Übergang zu ambulanter Behandlung.

Auf der Grundlage der Antworten aus der Kantonsbefragung wurde für die Anbieterbefragung eine Liste mit möglichen Erfolgskriterien erarbeitet. Die befragten Leistungserbringer wurden gebeten, eine Gewichtung dieser Erfolgskriterien von «absolut zentral» bis «nicht relevant» vorzunehmen. Die Ergebnisse – sortiert nach Häufigkeit des Anteils «absolut zentral» Nennungen – finden sich in **Abbildung 17** und **Abbildung 18**.

Die drei am relevantesten erscheinenden Kriterien (siehe **Abbildung 17**) sind die Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens, eine gesicherte und langfristige Finanzierung und eine stabile personelle Besetzung der mobilen Dienste. Ebenfalls von rund 40 bis 50 Prozent der Befragten als absolut zentral erachtet werden die Kriterien Niederschwelligkeit, kantonale Gesamtstrategie und guter Fachkräftemix.

Abbildung 17: Gewichtung von Erfolgsfaktoren durch Anbieter mobiler Dienste



Frage: «Welches sind die Erfolgskriterien, um einen wie von Ihnen angebotenen mobilen psychiatrischen Dienst bedarfsgerecht und nachhaltig aufrechtzuerhalten? Wie relevant sind folgende Kriterien?» n= 242, 238, 237, 234, 240, 232

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

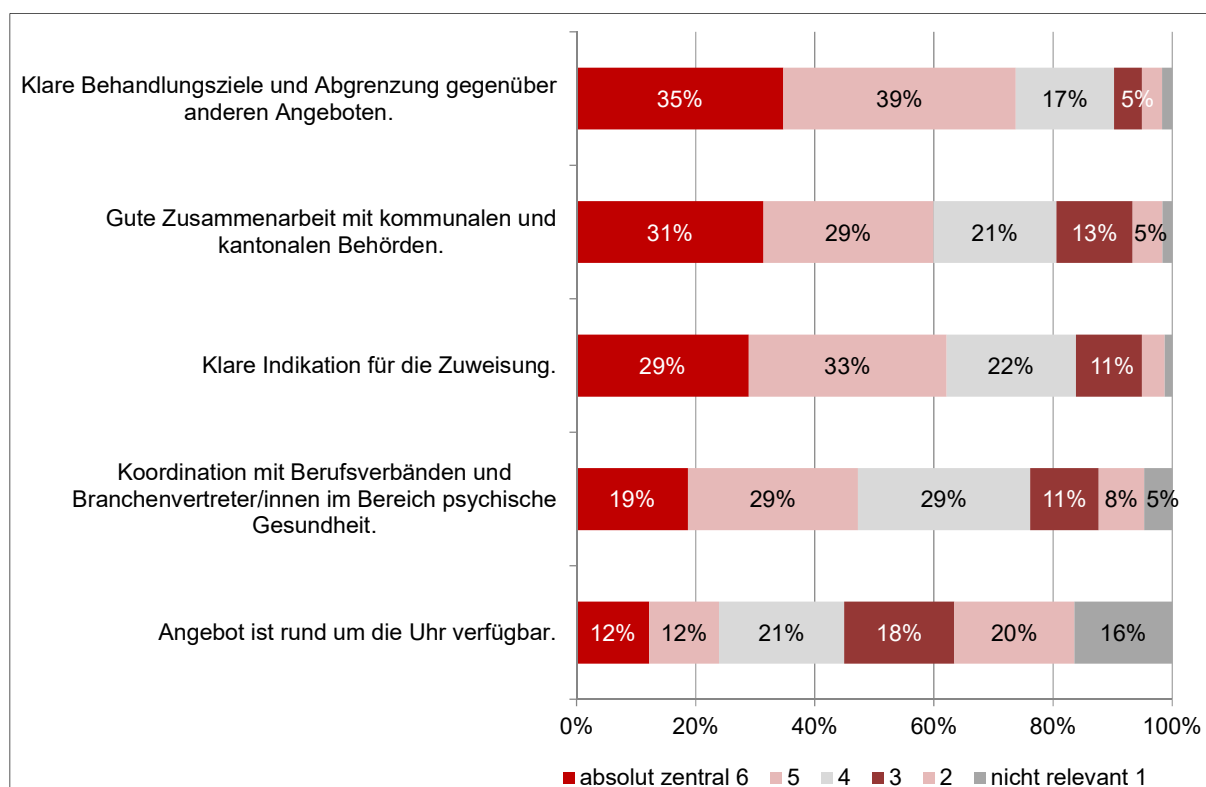
Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die Möglichkeit, unter «Andere Erfolgskriterien» eigene Angaben zu machen, haben 7 Prozent der Befragten genutzt. Mehrfach wurden dabei die in der vorgegebenen Liste aufgeführten Kriterien noch einmal aufgegriffen und illustriert. Hier ein Beispiel zum Thema Beziehungskontinuität:

«Die Kontakte und die Beziehungsarbeit mit denselben Bezugspersonen ist das Zentrale am Erfolg der ambulanten psychiatrischen Pflege. Deshalb sind die Klinikaufenthalte der so betreuten Klientinnen und Klienten markant zurückgegangen.» (Quelle: Anbieterbefragung)

Die als etwas weniger zentral erachteten Kriterien sind in der **Abbildung 18** aufgeführt. Am wenigsten häufig (mit nur 12 Prozent «absolut zentral») wurde angegeben, dass das Angebot rund um die Uhr verfügbar sein soll. Im Rahmen des Workshop-Parallelsymposiums «Spezifika mobiler Dienste für Zielgruppen mit komplexen Störungen» wurde allerdings die Erreichbarkeit rund um die Uhr insbesondere für diese spezifische Zielgruppe von Patient/innen – bei denen mitunter ein Suizidrisiko im Auge zu behalten ist – als wichtig erachtet. Damit ist in erster Linie die Verfügbarkeit einer Ansprechperson per Telefon oder Mail gemeint: Die Erfahrung zeige, dass Anliegen und Unsicherheiten häufig telefonisch geklärt werden können, sodass sich ein Hausbesuch erübrigt. Zentral sei, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen wissen, es ist jemand für sie da, der nötigenfalls intervenieren kann.

Abbildung 18: Gewichtung von Erfolgsfaktoren durch Anbieter mobiler Dienste – Fortsetzung



Frage: «Welches sind die Erfolgskriterien, um einen wie von Ihnen angebotenen mobilen psychiatrischen Dienst bedarfsgerecht und nachhaltig aufrechtzuerhalten? Wie relevant sind folgende Kriterien?» n= 236, 242, 235, 235, 238
 Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.
 Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Zwei Themen, die zusätzlich zu der vorgegebenen Liste von Erfolgskriterien mehrfach in den offenen Antworten genannt wurden, sind «Weiterbildung und Qualifizierung» (13 Nennungen) sowie «Administration» (4 Nennungen). Bei ersterem wird eine konstante und bedarfsgerechte Weiterbildung mit guten Weiterbildungsangeboten zur Gewährleistung hoher Qualität der psychiatrischen Pflege als wichtiger Erfolgsfaktor angesehen. Dabei werden auch die besonderen Herausforderungen in diesem Arbeitsbereich erwähnt. Drei Beispielzitate zur Illustration:

«Konzeptuelle evidenzbasierte Prozesse und Handlungsanleitungen.»

«Permanente Supervision und Weiterbildung, Überprüfung meiner Arbeit (da allein).»

«Spezifisches Knowhow im aufsuchenden Bereich muss vorhanden sein oder aufgebaut werden können. Für viele Fachleute ist der Ansatz völlig neu und die Rolle als 'Gast' beim Patienten neu, daher Gefahr der Überforderung und Abgrenzung.»

(Quelle Anbieterbefragung)

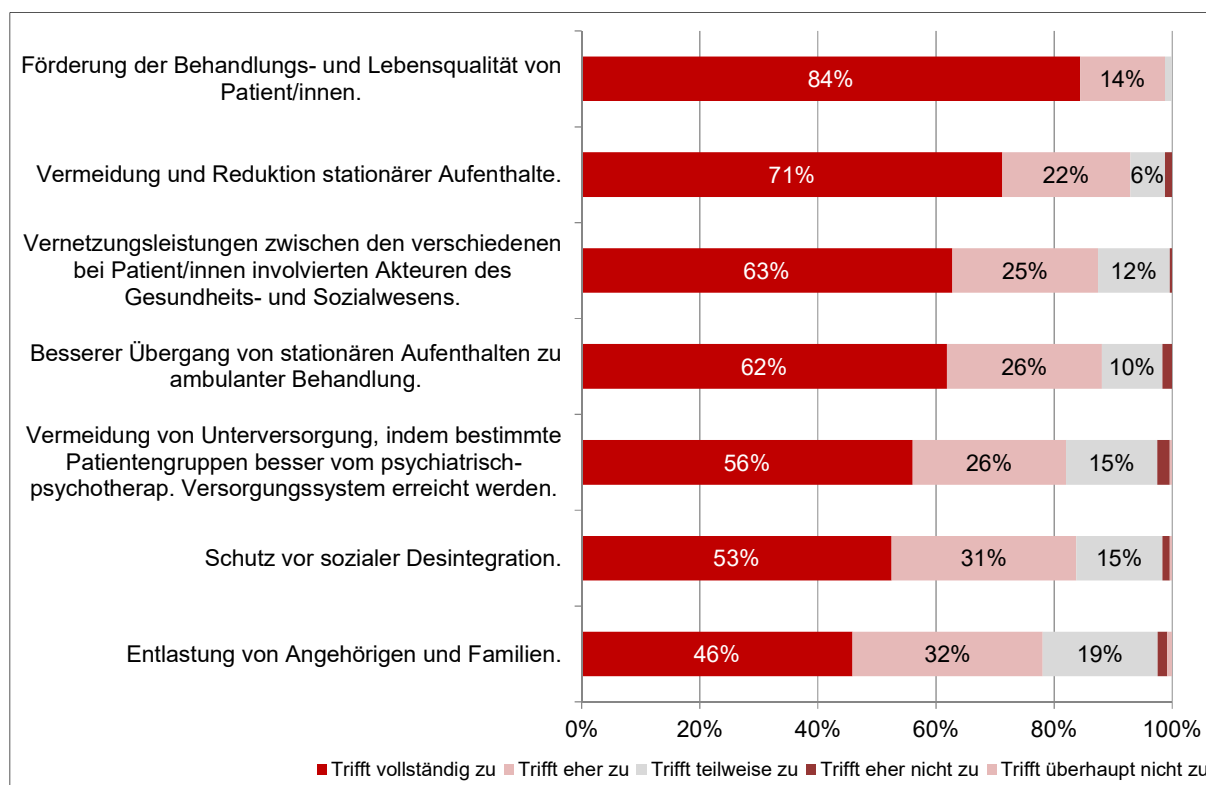
Bezüglich Administration wird primär ein kleiner Administrationsaufwand als wichtig erachtet. Ein Zitat:

«Administration muss klein aber effizient gehalten werden. So ist mehr Zeit für die Kernaufgabe Pflege und es können Kosten gespart werden.» (Quelle: Anbieterbefragung)

Ergänzend zu der Liste mit Erfolgsfaktoren wurde den befragten Leistungserbringern in der Anbieterbefragung auch eine Liste mit *spezifischen Leistungen* – man könnte auch von Auswirkungen oder Ergebnissen des Vorhandenseins mobiler Dienste sprechen – vorgelegt. Die Frage war, welche spezifischen Leistungen mobile psychiatrische Dienste in Ergänzung oder anstelle der bestehenden ambulanten und stationären Angebote erbringen. Wie in der **Abbildung 19** dargestellt, hat die Förderung

der Behandlungs- und Lebensqualität von Patient/innen die höchsten Anteilswerte mit Antwort «trifft vollständig zu». Weiter wurde – wie von den Kantonsverantwortlichen – die Vermeidung und Reduktion stationärer Aufenthalte als wichtige spezifische Leistung erachtet (zu diesem Thema vgl. Textkasten am Ende des Kapitels 5.1). Ebenfalls als zwei wichtige spezifische Leistungen werden Vernetzungsleistungen zwischen verschiedenen Akteuren sowie die Gewährleistung des Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung erachtet (mit je knapp zwei Drittel Anteile von «trifft vollständig zu»). Am wenigsten häufig – allerdings immer noch von beinahe jedem zweiten mobilen Dienst – als «vollständig zutreffend» wird die Entlastung von Angehörigen und Familien erwähnt.

Abbildung 19: Spezifische Leistungen aus Sicht Anbieter mobiler Dienste



Frage: «Welche spezifischen Leistungen erbringen mobile psychiatrische Dienste aus Ihrer Sicht – in Ergänzung oder anstelle der bestehenden ambulanten und stationären Angebote?» n = 244; 240; 236; 242; 240; 239; 242

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Von der Möglichkeit, «Andere spezifische Leistungen» zu nennen, haben 14 Prozent der Befragten Gebrauch gemacht. Häufig wurde dabei auf die langfristigen Behandlungserfolge mobiler Dienste – insbesondere aufgrund von Beziehungskontinuität und Empowerment – sowie auf damit verbundene Kostensenkungen hingewiesen. Einige Beispiele:

«Akzeptanz von Hilfestellungen durch Bezugsperson meist und längerfristig gegeben.»

«Durch konstante Bezugspersonen und tragfähiger Beziehung viel bessere Behandlungserfolge.»

«Psychische Stabilität von Patientinnen.»

«Bessere Hilfe vor Ort, welche die Umsetzung im Alltag ermöglicht (Expositionen etc.).»

«Unterstützung zur Selbständigkeit.»

«Hilfe zur Eingliederung in Arbeit oder Gesellschaft.»

«Senkung der Behandlungskosten.»

«Reduktion der Kosten im Sozialwesen.»

(Quelle: Anbieterbefragung)

Exkurs: Evidenz zur Vermeidung und Reduktion stationärer Aufenthalte

Keynote Prof. Urs Hepp am Workshop «Erfolgskriterien für mobile Dienste in der Psychiatrie»

Was den internationalen Stand der Forschung betrifft, liegen zwei Meta-Analysen zur Effektivität mobiler psychiatrischer Dienste in Bezug auf verschiedene Outcome-Parameter vor (Murphy et al, 2015; National Collaborating Centre for Mental Health, 2014). Diese fassen die Evidenz aus insgesamt 14 randomisierten Studien mit Kontrollgruppen zusammen, welche zum Schluss kommen, dass es gelingt, stationäre Aufenthalte mit Home Treatment auf kosteneffektive Art und Weise zu reduzieren oder zu kürzen. Gezeigt wurde ausserdem, dass die Belastung der Angehörigen signifikant reduziert werden kann und die Zufriedenheit von Patient/innen und ihren Angehörigen grösser ist als bei klassischen stationären Behandlungen. Die Aussagekraft der Metaanalysen ist jedoch limitiert: 5 der 14 Studien sind älter als 25 Jahre, 3 Studien verzerren aufgrund ihres Design (Definition Home Treatment; Einschlusskriterien Studienteilnehmende) die Resultate.

Ob die in US-amerikanischen, kanadischen oder australischen Studien festgestellten Effekte auch in der Schweiz erwartet werden können, wird in derzeit an drei (Pilot-)Projekten wissenschaftlich untersucht: «Gemeindeintegrierte Akutversorgung (GiA)» im Kanton Luzern, «Home Treatment für die psychiatrische Akutbehandlung» im Kanton Aargau und «Home Treatment – Akutbehandlung zu Hause» im Kanton Zürich. Die Resultate der noch unveröffentlichten Studien zur Akutbehandlung durch Home Treatment im Kanton Aargau¹⁴ und zur Luzerner GiA¹⁵ zeigen, dass dieses Versorgungsangebot zur Reduktion der stationären Behandlungstage und der direkten Behandlungskosten führt. Auch auf qualitativer Ebene scheinen sich die Effekte der aufsuchenden Behandlung zu bestätigen (Nutzen aus Sicht von Angehörigen und Patient/innen).

Die Resultate sind also auch für die Schweiz vielversprechend; wichtig ist jedoch, in den nächsten Jahren die Evidenzbasis mit weiteren wissenschaftlichen Begleit- und Evaluationsstudien zu erweitern und vertiefen.

5.2 Herausforderungen und Handlungsbedarf

Die Frage, welches die Herausforderungen für einen bedarfsgerechten und nachhaltigen Einsatz mobiler psychiatrischer Dienste sind, wurde von 21 Kantonsverantwortlichen beantwortet. Die offenen Antworten wurden zu folgenden als wichtig erachteten Themenbereichen zusammengefasst.

Herausforderungen aus Sicht der Kantonsverantwortlichen

- Eine ungenügende / nicht gesicherte Finanzierung mobiler Dienste (bspw. Behandlungs- und Wegkosten nichtärztliches Personal, Vorhalteleistungen und Gewährleistung der notwendigen Flexibilität, Abgrenzung Pflichtleistungen OKP versus nicht-Pflichtleistungen).
- Mangel an qualifiziertem Fachpersonal, insbesondere Pflegefachpersonen.
- Das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Angebotsformen (ambulant, intermediär, stationär) funktioniert nicht gut und müsste geklärt werden.

Zusätzlich zur Frage nach den Erfolgskriterien wurden die Kantonsverantwortlichen um eine Einschätzung gebeten, inwiefern sie in Bezug auf eine vorgegebene Liste an Themen Handlungsbedarf sehen. Die Ergebnisse finden sich in der **Abbildung 20**. Beinahe alle Kantone sehen Klärungsbedarf bezüglich der Finanzierung mobiler psychiatrischer Dienste und bezüglich des Zusammenspiels der ver-

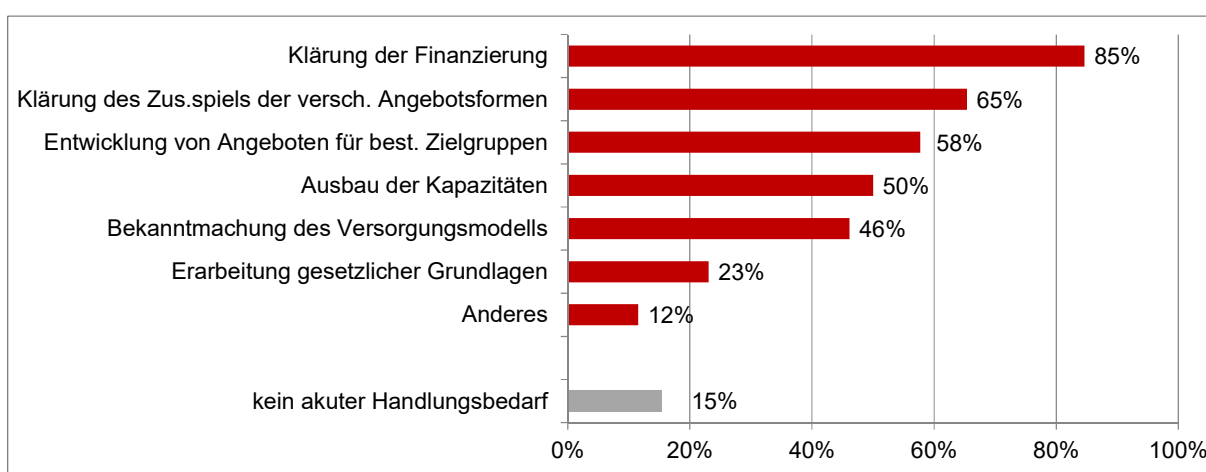
¹⁴ Vgl. Präsentation der Ergebnisse in Stulz et al. (2017).

¹⁵ Vgl. Präsentation des Modells in Kraan (2016).

schiedenen Angebotsformen. Knapp 60 Prozent der Kantone sieht Handlungsbedarf in der Entwicklung von Angeboten für bestimmte Zielgruppen und die Hälfte erachtet einen Ausbau von Kapazitäten (auch im Sinne der Erarbeitung neuer Angebote) für notwendig. Unter «Anderes» wurden folgende zusätzlichen drei Punkte genannt: Förderung der integrierten Versorgung; Entwicklung von Standards (bzgl. Anforderungen, Qualifikationen, Qualitätssicherung etc.); vermehrter Einsatz von telemedizinischen Instrumenten z.B. eHealth).

Insgesamt 15 Prozent der Kantonsverantwortlichen geben an, dass aus ihrer Sicht kein akuter Handlungsbedarf besteht. Als Gründe werden eine insgesamt ausreichende Versorgung bzw. das gut funktionierende Zusammenspiel der bestehenden Angebote genannt; ein Kanton möchte zunächst die Ergebnisse laufender Pilotprojekte abwarten, um einen allfälligen Handlungsbedarf präzise zu eruieren.

Abbildung 20: Handlungsbedarf aus Sicht der Kantone

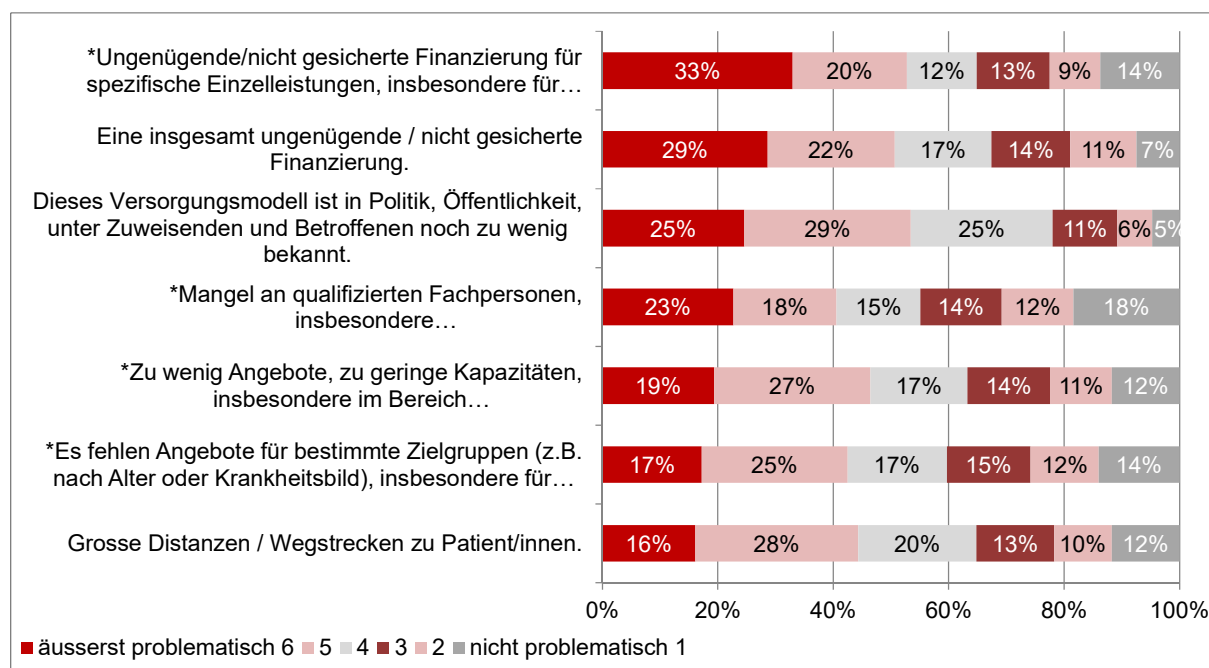


Frage: «Wie beurteilt Ihr Kanton den Handlungsbedarf beim Auf- und Ausbau mobiler Dienste für die Behandlung und Pflege von Patient/innen mit psychischen Erkrankungen?» n = 26
 Hinweis: Mehrfachnennungen möglich. Einige Kantone gaben sowohl «keinen» Handlungsbedarf als auch einzelne Punkte an.
 Quelle: Kantonsbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Die Frage, ob die (Weiter-)Entwicklung des Angebotes mobiler Dienste Bestandteil kantonaler Strategien oder Leitbilder zu psychischer Gesundheit sei, bejahten 38 Prozent der Kantone.

Analog zu den Erfolgskriterien wurde auf der Grundlage der Antworten aus der Kantonsbefragung für die Anbieterbefragung eine Liste mit möglichen Herausforderungen erarbeitet. Die befragten Leistungserbringer wurden gebeten, eine Gewichtung dieser Herausforderungen von «äusserst problematisch» bis «nicht problematisch» vorzunehmen. Die Ergebnisse – sortiert nach Häufigkeit des Anteils «äusserst problematisch» Nennungen – sind in **Abbildung 21** und **Abbildung 22** dargestellt.

Abbildung 21: Herausforderungen aus Sicht der Anbieter



Frage: «Welches sind die Herausforderungen, die sich in Bezug auf mobile psychiatrische Dienste stellen? Wie problematisch sind die folgenden Herausforderungen aus Ihrer Sicht?», n = 182, 227, 232, 185, 196, 186, 230

Anmerkung: Bei Aussagen mit Stern * bestand die Möglichkeit zu individuellen Ergänzung in einem offenen Textfeld.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

Ein Drittel der befragten Anbieter erachtet eine ungenügende oder nicht gesicherte Finanzierung gewisser Einzelleistungen als äusserst problematisch (siehe **Abbildung 21**). Knapp 60 Prozent der Befragten hat die Möglichkeit genutzt, im offenen Antwortfeld anzugeben, um welche Einzelleistungen es sich handelt. Folgende Punkte wurden von mindestens 5 Prozent der Antwortenden erwähnt (Mehrfachkategorisierung):

- Wegkosten /-zeiten (34%)
- Dokumentation / Administration (22%)
- Restkostenfinanzierung: Keine Restkosten finanziert bzw. grosse Unterschiede zw. Gemeinden und Kantonen (11%)
- Koordination mit Ärzteschaft und Pflege; Transfers; Kontakt während stat. Aufenthalt; hohe Leistungen in Abwesenheit von Patient/innen (11%)
- (Sozial)Betreuung / Begleitung / Case Management / Therapeutische Leistungen (10%)
- Terminausfälle, Nichterscheinen der Patienten (9%)
- Behandlung spezifischer Krankheitsbilder (7%)
- Präsenzzeiten / Pikettdienst / Aussergewöhnliche Arbeitszeiten (6%)
- Kriseninterventionen (5%)
- Langzeitbehandlung (5%)

Das zentrale Merkmal mobiler Dienste ist, dass die zuständigen Fachpersonen die Wegstrecke zu den Patient/innen zurücklegen (und nicht umgekehrt). Gerade die Finanzierung des Zurücklegens dieser Wegstrecke ist jedoch – wie die obigen Ergebnisse zeigen – ungenügend gedeckt. Während im Ärztetarif TARMED zumindest für Ärzt/innen eine Wegentschädigung vorgesehen ist (und für nichtärztliche Fachpersonen eine solche ausnahmsweise nach bilateraler Absprache genehmigt werden kann, siehe

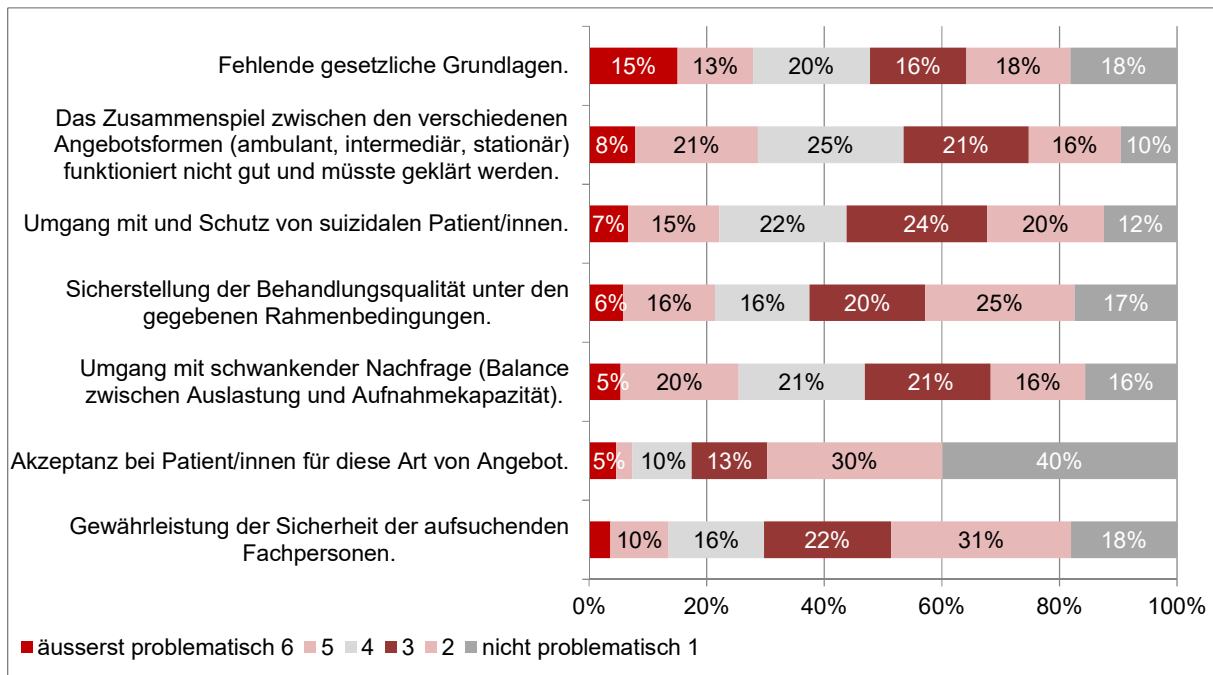
Erläuterungen zum Ärztetarif TARMED in Kapitel 4.1), ist eine Entschädigung von Wegstrecken für ambulante Krankenpflege gemäss Artikel 7 KLV nicht vorgesehen. Stimmen aus dem Workshop weisen darauf hin, dass dies insbesondere in ländlicheren Gebieten dazu führen kann, dass aufsuchende Dienste finanziell nicht tragbar sind und deswegen nicht angeboten werden. Von rund einem Fünftel der Antwortenden wird eine ungenügende Finanzierung von Dokumentations- und Administrationsarbeiten erwähnt. Von jeweils noch knapp über 10 Prozent der Antwortenden schliesslich werden zudem die Unterschiede in der Restkostenfinanzierungen zwischen den Kantonen (Punkt c) sowie Limitierungen in Koordinationsleistungen bzw. Leistungen in Abwesenheit von Patient/innen (Punkt d) als unbefriedigend erwähnt. Zusätzlich zu erwähnen ist, dass von Verantwortlichen von – in der Schweiz gut etablierten, aber in der Anbieterbefragung eher unterrepräsentierten Konsiliar- und Liaisonsdiensten – auf eine im TARMED fehlende Leistungsposition für Konsilien hingewiesen wird. Gefolgt von der Finanzierungsproblematik wird eine zu geringe Bekanntheit dieses Versorgungsmodells in Politik, Öffentlichkeit, unter Zuweisenden sowie Betroffenen von einem Viertel der Befragten als äusserst problematisch erachtet (siehe oben Abbildung 21). Ebenfalls knapp ein Viertel gibt den Mangel an qualifizierten Fachpersonen als grosses Problem an. Gemäss den offenen Ergänzungen es sich dabei besonders häufig um Pflegepersonal – sowohl spezialisierte Psychiatriepflege als auch Pflegefachpersonen im Allgemeinen. Der wahrgenommene Mangel an Fachpersonen gilt aber auch bei Psychiater/innen, wobei verschiedene spezifische «Brennpunkte» genannt wurden: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie und die fachärztliche Versorgung auf dem Land.

Zu wenig Angebote und Kapazitäten in gewissen Bereichen¹⁶ sowie ein Mangel an Angeboten für bestimmte Zielgruppen sind zwei weitere Themenfelder, die mit 19 bzw. 17 Prozent von relativ vielen Anbietern als äusserst problematisch erachtet werden (siehe oben Abbildung 21). Zielgruppenspezifischen Lücken werden dabei v.a. bei Kindern und Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Familien sowie bei älteren Patient/innen sowie Menschen mit Demenz gesehen.

Abbildung 22 zeigt, welche Herausforderungen von den befragten Anbietern als nicht so dringlich angesehen wurden. Unter anderem zeigt sich, dass der Umgang mit schwankendem Arbeitsvolumen für einen Grossteil der Befragten wohl mit punktuellen Schwierigkeiten verbunden ist, im Allgemeinen jedoch gut gelöst werden kann.

¹⁶ In den offenen Nennungen werden mangelnde Kapazitäten in verschiedenen aufsuchenden Angebotsformen festgestellt (aufsuchende psychiatrische Pflege/Spitex, Home Treatment); öfter genannt wurden auch Kriseninterventionen und Notfälle.

Abbildung 22: Herausforderungen aus Sicht der Anbieter – Fortsetzung



Frage: «Welches sind die Herausforderungen, die sich in Bezug auf mobile psychiatrische Dienste stellen? Wie problematisch sind die folgenden Herausforderungen aus Ihrer Sicht?», n = 226, 230, 226, 224, 224, 224, 218, 222

Anmerkung: bei nicht beschrifteten Antwortkategorien handelt es sich um Anteile von weniger als 5%.

Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, Berechnungen BASS

6 Synthese und Diskussion

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Erhebungen sowie aus den Inputreferaten, Präsentationen und Diskussionen am Workshop zusammengezogen, um ein aktuelles Bild der Art und Ausgestaltung mobiler psychiatrischen Dienste in der Schweiz zu zeichnen (Abschnitt 6.1). Abschliessend werden die wichtigsten Erfolgsfaktoren nochmals reflektiert und der Handlungsbedarf aufgezeigt (Abschnitt 6.2).

6.1 Typisierung mobiler Dienste in der Psychiatrie

Ein Ziel des Projekts war es zu eruieren, welche verschiedenen Typen / Arten von mobilen Diensten in der Schweiz existieren. Die Befragung und auch der Praxiseinblick in verschiedene Angebote anlässlich des Workshops haben gezeigt, dass die Vielfalt an mobilen psychiatrischen Diensten überaus gross ist. Dennoch lassen sich entlang der Charakteristika der Angebote (Fachpersonen, Organisationsstrukturen, Finanzierung) grob drei Typen mobiler Dienste unterscheiden:

Typisierung mobiler Dienste

- **Typ 1:** Ambulante psychiatrische Pflege von freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen und von Spitex-Diensten
- **Typ 2:** Mobile psychiatrische Dienste von Spitälern und Psychiatrien
 - **2a:** Konsiliar- und Liaisondienste
 - **2b:** Mobile Einheiten von Spitälern und psychiatrischen Kliniken
- **Typ 3:** Mobile Dienste anderer Anbieter

Die aufsuchende psychiatrische Pflege (**Typ 1**) wird primär von monodisziplinären Teams und freiberuflichen Pflegefachpersonen erbracht, wobei (Fach-)Ärztinnen und Ärzte die Anordnung für pflegerische Leistungen erteilen. Im Fokus von Diensten des Typs 1 steht häufig die Langzeitbehandlung von Patient/innen.¹⁷

Bei **Typ 2** handelt es sich um mobile Dienste, welche institutionell an Spitäler oder psychiatrische Kliniken gebunden sind. Ein Spezialfall sind die psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienste, die üblicherweise an Spitälern arbeiten und dort zu Fallbeurteilungen herangezogen werden. Ihre Aufgabe besteht vorwiegend in Abklärungen und Empfehlungen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte; sie sind meist nicht direkt in die Behandlung und Begleitung von Patient/innen involviert. Vor diesem Hintergrund wird kontrovers diskutiert, ob Konsiliar- und Liaisonpsychiater/innen überhaupt als mobile Dienste betrachtet werden sollen. Gemäss Fachpersonen übernehmen Konsiliar- und Liaisondienste jedoch insbesondere in Institutionen, in denen Personen langfristig leben (Alters- und Pflegeheim, Behindertenheim, Gefängnis) aufgrund von dortigem Mangel an spezialisiertem Fachpersonal auch psychiatrische Behandlungs- und Betreuungsaufgaben. Dass eines der konstitutiven Merkmale mobiler Dienste die Betreuung, Behandlung und Abklärung im (häuslichen) Umfeld der Betroffenen ist¹⁸ und dieses Umfeld für einige Patient/innen nicht die Wohnung, sondern ein Heim oder eine Gefängniszelle ist, spricht nach unserer Einschätzung dafür, Konsiliar- und Liaisondienste als separaten **Typ 2a** zu klassifizieren. Dies, sofern die Konsiliar- und Liaisondienste in Institutionen erbracht werden, in denen die Betroffenen längerfristig leben. In diesem Sinne nicht als «mobile Dienste» zu verstehen wären die «klassischen» Konsiliar- und Liaisondienste innerhalb von Akutspitälern.

¹⁷ Eine Kreuztabelle mit Chi-Quadrat Testung der Variablen Typ mal Leistung «Langzeitbehandlung» zeigt, dass Typ 1 signifikant häufiger „oft/sehr“ oft Leistungen im Bereich Langzeitbehandlung übernimmt als Typ 2b (nicht jedoch als Typ 2a).

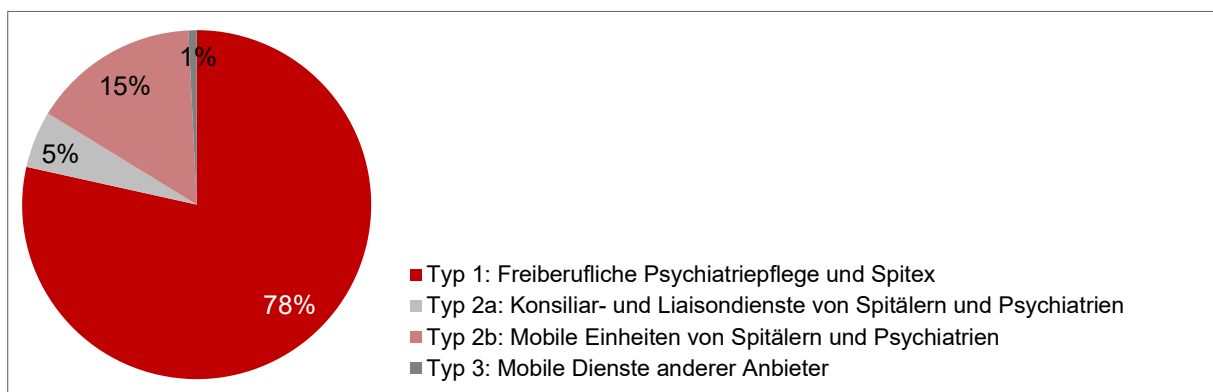
¹⁸ Siehe Arbeitsdefinition in Abschnitt 1.2.

Mobile Dienste gemäss **Typ 2b** sind häufig multiprofessionell aufgestellt und verfügen je nach Zielgruppe und Angebotsspektrum über verschiedene Bezeichnungen, u.a. Home Treatment, Mobile Equipe, aufsuchender psychiatrischer Dienst, mobile Krisenintervention, gemeindeintegrierte Akutbehandlung, ambulante forensisch- psychiatrische Behandlung, poststationäre Übergangspflege oder Intensive Case Management¹⁹. Diese Behandlungsteams sind an psychiatrische Kliniken angeschlossen, je nach Organisationsform aber nicht klar abgrenzbar von anderen Organisationseinheiten. Dies zeigt sich u.a. daran, dass gewisse Teams ihre Patient/innen sowohl in der Klinik behandeln (spital-ambulant und stationär) als auch zu diesen nach Hause gehen (siehe entsprechenden Abschnitt in Kapitel 2.2). Bei einem Teil dieser Angebote handelt es sich um Alternativen zu stationären Klinikaufenthalten und insofern um Behandlungen von begrenzter Dauer. Andere sind aber durchaus auf längerfristige Begleitung angelegt.

Bei **Typ 3** handelt es sich um eine Restkategorie von mobilen Diensten, welche von Anbietern wie Stiftungen oder Vereine erbracht werden und primär von der Invalidenversicherung (IV), Sozialdiensten oder über Steuergelder finanziert werden. Beispiele aus der Anbieterbefragung sind aufsuchende Wohnbegleitung und Wohn-Coaching. Da unter den befragten Anbietern nur 2 Dienste unter diese Kategorie fallen, wurden diese in die statistischen Analysen der Unterschiede nach Typen nicht mit einbezogen.

Abbildung 23 zeigt die Verteilung der befragten Leistungserbringer nach Angebotstyp. Dabei ist zu beachten, dass diese Verteilung nicht repräsentativ für Situation in der Schweiz ist. So ist dem Forschungsteam etwa bekannt, dass es in der Schweiz mehr Konsiliar- und Liaisondienste (Typ 2a) gibt, als sich an der Befragung beteiligt haben.²⁰

Abbildung 23: Verteilung der Antworten aus der Anbieterbefragung nach Typ



Quelle: Anbieterbefragung Mobile Dienste Psychiatrie 2017, n = 265, Berechnungen BASS

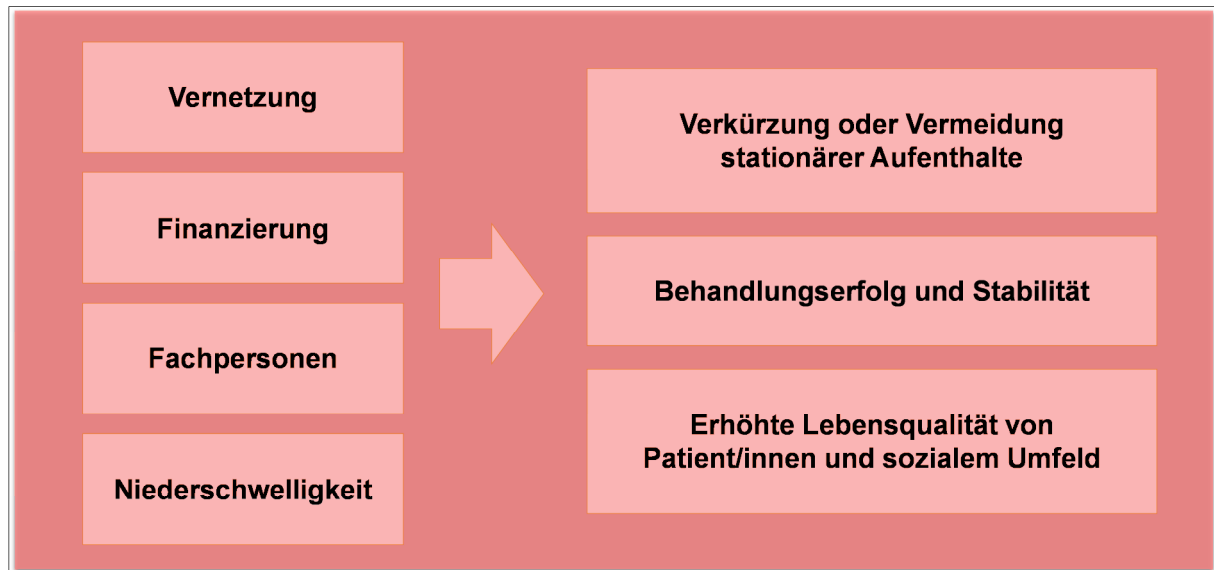
¹⁹ Zur Definition dieser Ansätze und deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede vgl. Hepp & Stulz (2017).

²⁰ Um Spitäler mit vielen Angeboten zu entlasten, konnten diese auf Angaben zu Konsiliar- und Liaisondiensten verzichten.

6.2 Diskussion der relevanten Faktoren und Schlussfolgerungen

In der **Abbildung 24** sind die wichtigsten Faktoren angeführt, welche für eine nachhaltige Verankerung mobiler psychiatrischer Dienste und das Gelingen dieser Systemintervention²¹ – aus gesundheitspolitischer Sicht, auf Behandlungsebene und v.a. für die Betroffenen und Angehörigen selber – als zentral erachtet werden. In den nachfolgenden Abschnitten wird erläutert, welche spezifischen Punkte bei den einzelnen Faktoren zu beachten sind, was in der Praxis bereits gut zu funktionieren scheint und bei welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht.

Abbildung 24: Überblick über relevante Faktoren und Auswirkungen mobiler Dienste in der Psychiatrie



Quellen: Basierend auf allen Projektbausteinen (Kantons- und Anbieterbefragung, Workshop), Eigene Darstellung BASS

6.2.1 Faktoren zur Verankerung mobiler Dienste

Vernetzung

Die Vernetzung der Akteure spielt auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. Was das Zusammenspiel **zwischen Akteuren innerhalb des Gesundheitswesens** betrifft, haben sich bereits verschiedene Projekte etabliert, die gemeinsam z.B. von Kliniken mit Spitex-Diensten entwickelt werden. Gewisse Kantone fördern diese Vernetzung gezielt, indem sie Austauschplattformen bereitstellen. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass bei neu lancierten Projekten im Bereich Home Treatment die Angst vor Konkurrenz verbreitet ist, aber dass es oft gelingt, Akzeptanz für die komplementären Rollen unterschiedlicher Anbieter zu schaffen (z.B. dass mobile Equipen in kritischen Situationen einspringen können, wenn psychiatrische Pflege alleine nicht mehr ausreicht). Allerdings wurde im Workshop auch deutlich, dass eine bessere Klärung des Zusammenspiels verschiedener Angebotsformen – ambulant, intermediär, stationär – und eine engere Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Akutbehandlung und Nachsorge/Begleitung gefragt ist.

Das Profil der behandelten Zielgruppen wie auch die am Workshop vorgestellten Projekte zeigen, dass viele Patient/innen nebst medizinisch-pflegerischer Unterstützung auch für die Bewältigung psychosozialer Probleme Hilfe benötigen. Entsprechend wichtig ist auch die bereichsübergreifende Zu-

²¹ Im Gegensatz zu einer einzelnen Intervention handelt es sich bei mobilen Diensten um eine sogenannte Systemintervention, d.h. um die spezifische Art und Weise, wie Versorgungsangebote organisiert und bereitgestellt werden. Vgl. auch DGGPN (2013).

sammenarbeit **zwischen Gesundheits- und Sozialwesen**, ggf. unter Beizug von Erziehungs- und Justizbehörden. Die Integration von Sozialarbeiter/innen in interdisziplinäre Behandlungsteams ist in anderen Ländern Standard (z.B. UK, vgl. Jäggi et al., 2017) und wird von Expert/innen als essentiell bezeichnet. Als Herausforderung wird z.T. die Finanzierung bezeichnet; diese ist über TARMED nur in begrenztem Umfang möglich (vgl. Kap. 4.1).

Zum Thema Vernetzung gehört schliesslich auch die **Bekanntheit** mobiler bzw. aufsuchender Versorgungsformen in der Psychiatrie. Trotz der wachsenden Anzahl und der verstärkten Präsenz solcher Angebote sind sich die Akteure einig, dass dieses Versorgungsmodell bei Betroffenen, Angehörigen, Leistungserbringern sowie in Öffentlichkeit und Politik noch breiter bekannt werden muss.

Finanzierung

Ein wichtiger Erfolgsfaktor – und gleichzeitig eine zentrale Herausforderung für mobile psychiatrische Dienste – ist eine **gesicherte und langfristige Finanzierung**. Gewisse Finanzierungsmöglichkeiten sind dabei durchaus vorhanden. So haben z.B. Anpassungen an KLV Art. 7 vor gut 10 Jahren die Grundlage für freiberufliche Pflegefachkräfte und Spitex-Dienste geschaffen, Leistungen für psychiatrische Pflege abzurechnen. Ausserdem ist es in gewissen Kantonen – dank dem grossen Engagement von Leistungserbringern, Kantonsverantwortlichen, Politiker/innen und Versicherungen – gelungen, innovative Pilotprojekte aufzugleisen und in die Regelversorgung zu überführen. Insgesamt bestehen aber nach wie vor je nach Angebotstyp unterschiedliche Hürden für die Etablierung und Verbreitung mobiler Dienste.

Den grössten Teil mobiler Versorgungsleistungen übernehmen aufsuchende Dienste des Typs 1 (freiberufliche Pflege und Spitex). Was deren Finanzierung anbelangt, ist primär die ungenügende Finanzierung gewisser Einzelleistungen problematisch (vorab: Wegzeiten, Dokumentation/Administration, Vorhalteleistungen, Koordinationsaufwand). Insbesondere was den letzten Punkt betrifft, wird auf bestehende Interpretationsdifferenzen zwischen Leistungserbringern und Versicherern hingewiesen, was die Abgrenzung von Pflicht- versus Nicht-Pflichtleistungen der OKP betrifft. Zusätzlich zum Punkt der ungenügenden Finanzierung gewisser Einzelleistungen wird auf die grossen Unterschiede zwischen den Kantonen in der Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung hingewiesen. Neben dem fixen Betrag der Versicherer (OKP) an die Finanzierung von aufsuchenden Pflegeleistungen fällt die Restkostenfinanzierung je nach Kanton und zugrundeliegenden Normkosten sehr unterschiedlich aus. Die Unterschiede in der Mitfinanzierung durch Kanton, Gemeinden und/oder Patient/innen tragen dazu bei, dass das Angebot dieser Versorgungsform je nach Wohnkanton der Patient/innen in grösserem oder kleinerem Umfang vorhanden ist. So kann es in Kantonen ohne Finanzierung von Restkosten und mit hohem ländlichem Anteil (Wegstrecken) für Anbieter unter Umständen nicht möglich sein, ihre Leistungen kostendeckend zu erbringen.

Von den in der Schweiz gut etablierten Konsiliar- und Liaisondienste von Spitälern und psychiatrischen Kliniken, welche für das vorliegende Projekt als mobile Dienste Typ 2a kategorisiert wurden, wurde im Rahmen der Anbieterbefragung einerseits auf eine ungenügende bzw. nicht gesicherte Finanzierung insgesamt hingewiesen und andererseits auf gewisse anhand des Ärztetarifs TARMED nicht oder ungenügend finanzierte notwendige Einzelleistungen (Konsilien, Wegstrecken für nicht-ärztliches Personal).

Am heterogensten ist das Angebot der übrigen mobilen Einheiten von Spitälern und psychiatrischen Kliniken (Typ 2b). Die Bandbreite reicht von kurzzeitiger Krisenintervention und Notfallversorgung mit Überbrückungsfunktion über einen Ersatz eines stationären Klinikaufenthalts bis hin zu länger- und langfristiger Unterstützung in Form eines intensiven Case Managements. Was die Finanzierung anbe-

langt, erfolgt diese bei den Typ 2b-Diensten mehrheitlich über eine Kombination von sowohl kantonalen Beiträgen und als auch OKP-Beiträge basierend auf der Verrechnung über den Ärztetarif TARMED. Bei einem gewissen – jedoch kleinen – Anteil der Dienste erfolgt eine Abrechnung von Leistungen via Fall- oder Tagespauschale, welche individuell zwischen Leistungserbringern, (einzelnen) Versicherungen und Kantonen ausgehandelt wurden. Was die Finanzierungsschwierigkeiten von Typ 2b anbelangt, sind auch beim TARMED verschiedene Einzelleistungen nicht oder ungenügend finanziert. Problematisch sind dabei v.a. folgende Punkte: Wegzeiten für nichtärztliche Fachpersonen, der Einsatz von nichtärztlichen Fachpersonen (zeitliche Limitierung auf wöchentlich 4 Stunden), Vorhalteleistungen (z.B. Pikettdienst, kurzfristige Absagen von Patient/innen), Leistungen in Abwesenheit von Patient/innen (bei denen der Aufwand die Limitierung überschreitet), und die nicht kostendeckende Abrechnung von sozialarbeiterischer Tätigkeit. Daneben wird auf die Planungsunsicherheit hingewiesen, die durch das Angewiesen sein auf öffentliche Finanzierung (etwa mit gemeinwirtschaftlichen Leistungen GWL) entsteht. Entsprechende Beiträge müssen immer wieder neu bewilligt werden, was aufgrund der finanziellen Lage der Kantonsfinanzen und der umstrittenen Definition von GWL²² bzw. der Schwierigkeit der Abgrenzung von OKP-Pflichtleistungen von nicht-OKP-pflichtigen Leistungen grosse Unsicherheiten birgt).

Von verschiedenen Akteuren (Kantonsverantwortlichen, Leistungserbringern, Versicherungsvertretern) wurde in den Befragungen und im Rahmen des Workshops diskutiert, inwiefern sich das TARMED-Modell überhaupt zur Finanzierung mobiler Dienste eigne. Dabei stellt sich die Frage, ob beispielsweise Angebote mit hochfrequenter Betreuung durch ein multidisziplinäres Team, welche den Ersatz eines stationären Klinikaufenthalts zum Ziel haben, nicht eher analog stationären Leistungen mit Pauschalen/Tagespauschalen finanziert werden sollten. Ergebnisse erster Studien aus der Schweiz zeigen, dass mit solch stationsäquivalenten Angeboten eine Reduktion der stationären Behandlungstage und der direkten Behandlungskosten erreicht werden kann.²³ Aktuell wird nur ein kleiner Anteil mobiler Dienste auf der Grundlage von Pauschalen / Tagespauschalen finanziert. Das Zustandekommen derartiger Vereinbarungen ist davon abhängig, ob sich die Tarifpartner (Leistungserbringer, Versicherungen, Kantone) über Tariffhöhe und -aufteilung einig werden. In diesem Kontext wurde im Rahmen der Diskussionen am Workshop mehrfach eine übergeordnete Regelung der Finanzierung bzw. die Vereinheitlichung der Vergütungsmodelle für mobile psychiatrische Dienste des Typs 2b gefordert. Inwiefern sich – trotz deren Heterogenität – für alle Typ 2b-Dienste ein einheitliches Vergütungsmodell eignen würde oder ob eine zusätzliche Kategorisierung von Sub-Typen vonnöten wäre, wäre zu prüfen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass – über alle Typen hinweg – Finanzierungsunterschiede zwischen den Kantonen vorhanden sind, welche die Existenz von mobilen Diensten deutlich beeinflussen. Insofern ist nicht gewährleistet, dass mobile Dienste als Behandlungsoption Patient/innen in allen Kantonen zur Verfügung stehen. Vielmehr ist es vom Wohnort abhängig, welche Behandlung jemand in Anspruch nehmen kann.

Fachpersonen

Das bestehende Angebot an mobilen psychiatrischen Diensten wird durch **gut ausgebildete Fachpersonen** bereitgestellt. Die wichtigste Berufsgruppe ist die Pflege (und hier insbesondere Fachkräfte

²² vgl. von Stockar et al. (2016).

²³ Gewisse Workshop-Teilnehmende erachten die Diskussion über eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen (EFAS) als Schlüsselmoment für die Weiterentwicklung dieser Angebotsformen.

mit einem Tertiärabschluss), welche sowohl in **multiprofessionellen Teams von Kliniken (Typ 2b)** eingebunden sind, häufig aber auch in freiberuflicher Tätigkeit oder bei einer psychiatrischen Spitex Patient/innen längerfristig betreuen und begleiten (bei monodisziplinären Diensten des Typs 1 besteht üblicherweise eine Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten). Pflegefachpersonen leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur **Behandlungs- und Beziehungskontinuität**, die als wichtiger Faktor für den Behandlungserfolg gilt. Für alle Fachpersonen – auch für die Psychiater/innen, Psycholog/innen etc. gilt, dass sie sich spezifisches Know-how für das aufsuchende Behandlungssetting erarbeiten müssen; als bedeutender Erfolgsfaktor gilt auch die regelmässige Weiterbildung und Supervision. Angesichts der vielen Anforderungen und der generellen Personalknappheit in der psychiatrischen Versorgung berichten zahlreiche Anbieter allerdings von Schwierigkeiten, genügend geeignetes Fachpersonal zu rekrutieren.

Niederschwelligkeit

Für Patient/innen und Angehörige, die in besonderem Masse von mobilen/aufsuchenden Versorgungsangeboten profitieren (d.h. Personen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und/oder tiefem Funktionsniveau, psychosozialen Mehrfachbelastungen etc.), ist der einfache Zugang zu den verantwortlichen Fachpersonen von zentraler Bedeutung. Für Anbieter bedeutet dies, dass sie **zeitlich flexibel und gut erreichbar** sein müssen (telefonisch, per SMS oder E-Mail), aber auch innert nützlicher Frist bei ihren Patient/innen vor Ort sein können. In urbanen Gegenden und Agglomerationen gelingt dies in der Regel gut; in ländlichen Gebieten sind nicht nur die weiteren Wege eine Herausforderung; auch die unbezahlten Wegstrecken fallen hier mehr ins Gewicht. Mit der zeitlichen Flexibilität kann auch eine unregelmässige Auslastung verbunden sein – diese Vorhalteleistungen werden allerdings nicht vergütet.

Aufsuchende Behandlung eignet sich sehr gut für die Umsetzung einer **patientenzentrierten**, bedarfsgerechten Behandlung und Begleitung, in denen auch Patient/innen selber als Entscheidungsträger agieren können. Auch das **soziale Umfeld** und die Angehörigen sind erfahrungsgemäss viel stärker involviert als bei stationären oder rein ambulanten Behandlungen – oft ohne grossen Zusatzaufwand, da man sich «nebenbei» bei den Patient/innen zu Hause trifft. Gerade für die Angehörigen kann es mitunter sehr entlastend wirken, in den mobilen Diensten konstante Ansprechpersonen zu haben. Überdies sind gemäss Expert/innen stationäre Einweisungen bisweilen auch darauf zurückzuführen, dass Angehörige überfordert sind und selber mit der Situation nicht mehr klarkommen. Entsprechend werden sie auch als «zweite Zielgruppe» mobiler Dienste bezeichnet. Bei der Zusammensetzung mobiler Equipen und bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen sollte daher darauf geachtet werden, sowohl Peers (auch: Genesungsbegleiter/innen) als auch Angehörige konsequent einzubinden.

6.2.2 Erwartete und beobachtete Auswirkungen mobiler Dienste

Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte

Gemäss aktuellem Forschungsstand gelingt es auch in der Schweiz, mit mobilen Akut- und Krisenteams stationäre Behandlungstage zu reduzieren – mit tendenziell weniger Kostenaufwand.²⁴ Weitaus weniger als mobile interdisziplinäre Teams kostet die Betreuung und Begleitung von Patient/innen durch aufsuchende psychiatrische Pflege. Durch regelmässige Patientenkontakte können Krisen frühzeitig erkannt und geeignete Massnahmen eingeleitet werden, um ggf. Klinikaufenthalte zu vermeiden. Die Verkürzung und Vermeidung von Hospitalisierungen – insbesondere fürsorgerische Unterbringung

²⁴ Hierzu sind wie erwähnt weitere wissenschaftliche Begleitstudien nötig.

(FU) – wirkt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität von Patient/innen aus, sondern ermöglicht auch Kosteneinsparungen, da stationäre Aufenthalte generell sehr teuer sind. Allerdings gilt es zu betonen, dass stationäre Behandlungen in manchen Fällen angezeigt sind und sich Home Treatment oder andere aufsuchende Behandlungsformen nicht für alle Patient/innen eignen. Die adäquate **Balance von stationär, intermediär und ambulant** ist allerdings nicht einfach zu finden. In manchen Kantonen hat erst die Schliessung stationärer Abteilungen den Weg frei gemacht für den Aufbau einer mobilen Behandlungseinheit; auch Versicherer sehen z.T. einen Ausbau mobiler Behandlungsangebote nur unter der Voraussetzung, dass stationäre Behandlungskapazitäten abgebaut werden. Denn nebst eingesparten stationären Behandlungskosten sind es v.a. auch die wegfallenden Infrastrukturkosten, welche zur positiven finanziellen Bilanz mobiler Equipen beitragen (vgl. Kraan, 2016).

Behandlungserfolg und Stabilität

Eine spezifische Leistung aufsuchender psychiatrischer Behandlungsformen ist die Erhöhung der Lebensqualität und Zufriedenheit von Patient/innen. Was in der Alterspflege bereits Standard ist – Personen mit Pflegebedarf bleiben solange als möglich zu Hause –, wird durch mobile Equipen auch für Patient/innen mit psychischen Erkrankungen ermöglicht. Im Idealfall gelingt es, das Vertrauen von Personen zu gewinnen, die sich aufgrund negativer Erfahrungen und gescheiterten Behandlungsversuchen vom Versorgungssystem abgewandt haben. Die Anbieterbefragung zeigt, dass mit mobilen Diensten Patientengruppen erreicht werden, die ein erhöhtes Risiko für Unterversorgung und Desintegration aufweisen, namentlich Personen mit stark eingeschränktem Funktionsniveau, Mehrfachbelastungen (Krankheit, Sucht, psychosoziale Risiken), mit Komorbiditäten (psychisch und/oder somatisch) sowie Personen mit schwer behandelbaren Erkrankungen (wie z.B. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, schizophrene Störungen).

Allerdings haben auch mobile Dienste mit Problemen zu kämpfen, die in der Natur der Erkrankungen und der bestehenden psychosozialen Problematiken liegen: Behandlungsverweigerung, nicht zuverlässige Termineinhaltung etc. Diese bestehen auch bei anderen Angebotsformen. Verschiedene Anbieter mobiler Dienste setzen vor diesem Hintergrund auf eine längerfristig angelegte Begleitung, welche den Umgang mit Rückschlägen und Krisen von Anfang an konsequent mitdenkt und zusammen mit den Betroffenen entwickelt. Die Zielsetzung solcher Programme besteht denn auch spezifisch im «Empowerment» der Betroffenen, d.h. in deren Befähigung, eine aktive Rolle in ihrer Lebensgestaltung zu übernehmen. Nicht alle mobilen psychiatrischen Dienste arbeiten mit diesem Ansatz – allen gemeinsam ist jedoch das Ziel, die Betroffenen zu **stabilisieren**, zur Früherkennung und Abfederung von (neuen) Krisen beizutragen und das Suizidrisiko zu vermeiden.

Erhöhte Lebensqualität

Die Mitbestimmung und Mitgestaltung der Behandlung sind Patient/innen im eigenen Umfeld eher möglich als im institutionellen Setting. Die Reduktion bzw. Vermeidung stationärer Aufenthalte entspricht einem Bedürfnis vieler Patient/innen – insbesondere fürsorgliche Unterbringungen und Zwangsmassnahmen sind traumatische Erfahrungen. Die Erfahrungen zeigen, dass auch Angehörige durch die Stabilisierung der Betroffenen und die Vermeidung von Klinikeinweisungen stark entlastet werden. Bei Bedarf bieten Psycholog/innen oder andere Mitglieder der mobilen Behandlungsteams auch Gespräche mit Angehörigen an, um diese gezielt zu unterstützen. Zwar sind in manchen Fällen stationäre Aufenthalte angezeigt und sowohl für Patient/innen wie auch ihre Angehörigen der richtige Schritt. Je weniger Betroffene ihr alltägliches Umfeld wegen (eigentlich vermeidbaren) Klinikaufenthalten verlassen müssen, desto bessere Chancen haben sie jedoch, einer Arbeit oder einer Ausbildung nachzugehen und sich in die Gesellschaft zu integrieren. Zum Grundsatz mobiler psychiatrische

Dienste gehört vielfach das Ziel, die Behandlung und Betreuung auf die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen auszurichten. Dass sowohl kurative als auch präventive Ziele verfolgt werden, entspricht den Prinzipien der Prävention in der Gesundheitsversorgung, die in der Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Strategie, Handlungsfeld 2) festgehalten sind (BAG & GDK, 2016).

6.2.3 Schlusswort

Die vorliegende Studie macht deutlich, dass in der Schweiz bereits eine grosse Vielzahl mobiler psychiatrischer Angebotsformen besteht, die Verfügbarkeit dieser Versorgungsangeboten aber je nach Kanton sehr unterschiedlich ist. Die nicht repräsentative Bestandsaufnahme bei Kantonen und Anbietern sowie der Austausch am Workshop vom 27.11.2017 haben auf zahlreiche Faktoren aufmerksam gemacht, die für den Erfolg und die nachhaltige Verankerung mobiler psychiatrischer Dienste relevant sind. In diesem Projektbericht wurden zahlreiche Herausforderungen genannt, aber auch Ansatzpunkte aufgezeigt, die man weiterverfolgen könnte, um mobile Dienste und deren Integration ins Versorgungssystem zu fördern. Angesprochen sind dabei alle Akteure, vom Bund über die Kantone und Versicherer bis zu den Leistungserbringern selber.

Mobile Dienste in der Psychiatrie können als komplementärer Puzzlestein dazu beitragen, Versorgungslücken zu schliessen und im Sinne einer integrierten, patientenzentrierten Versorgung die Behandlungsqualität zu verbessern. Bei der Weiterentwicklung sollte dabei ein Augenmerk auf die verschiedenen Angebotstypen gelegt werden (d.h. pflegegeleitete Formen wie auch Angebote von Spitälern und Psychiatrien), welche je ihre spezifische Funktion im Versorgungssystem übernehmen können.

Der bisherige Forschungsstand und die Erfahrungen in der Schweiz verweisen auf den Nutzen mobiler Dienste für die Betroffenen und für das Gesundheitswesen generell. Allerdings ist die Evidenzbasis zur Evaluation der Angebote insgesamt noch relativ gering. Wünschenswert wären weitere wissenschaftliche Studien zu den Behandlungsergebnissen sowie gesundheitsökonomische Analysen. Präferenswert scheint ausserdem, als Grundlage für weiterführende Diskussionen über die Planung, Verankerung, Regelung und Finanzierung intermediärer (und spezifisch mobiler) Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie repräsentative Strukturdaten zu erarbeiten bzw. die bestehenden Erhebungen²⁵ entsprechend anzupassen.

²⁵ Beispielsweise ist innerhalb der Spitex-Statistik derzeit keine Unterscheidung zwischen psychiatrischer Spitex und «regulärer» Spitex möglich.

7 Literaturverzeichnis

- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG und GDK (Hrsg.) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbare Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*, Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- DGGPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin
- Hepp, U. & Stulz, N. (2017). «Home treatment» für Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen, *Der Nervenarzt*, 88, doi: 10.1007/s00115-017-0355-6
- Jäggi, J., Künzi, K., de Wijn, N., & Stocker, D. (2017). *Vergleich der Tätigkeiten von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz und im Ausland*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kraan, K. (2016). *Gemeindeintegrierte Akutbehandlung – Stadt und Land. Intensive Hometreatment im Kanton Luzern* [Präsentation vom 12. Oktober 2016]. Online-Abruf 14.06.2017
http://www.forum-psychiatrie.ch/_downloads/zentral/K986-20161012-Gemeindeintegrierte-Akutbehandlung-Stadt-und-Land.pdf
- Murphy, S.M., Irving, C.B., Adams, C.E., & Wagar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses, *Cochrane Database Syst rev*, 12, doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub5
- National Collaborating Centre for Mental Health (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE Guideline on Treatment and Management* (National Clinical Guideline 178, updated edition 2014).
- Spitex Verband Schweiz (2012). *Pflegefinanzierung in den Kantonen – Ambulante Pflege*. Stand Mai 2012.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stulz, N., Kawohl, W., Maeck, L., Wyder, L., Hilpert, M., Lerzer, H., Zander, E., grosse Holforth, M., Schnyder, U., & Hepp, U. (2017). *Home Treatment für die psychiatrische Akutbehandlung: Eine randomisierte kontrollierte Studie* [Präsentation am 2. Symposium Kompetenzzentrum Psychische Gesundheit, Zürich, 26. Januar 2017].
- von Stockar, T., Vettori, A., Gschwend, E., & Boos, L. (2016). *Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern. Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Anhang

7.1 Programm Workshop

Workshop «Erfolgskriterien für mobile Dienste in der Psychiatrie» – Programm

27. November 2017; Bundesamt für Gesundheit, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

10:00 – 10:15	Begrüssung ▪ Dr. Lea Meier, Projektleiterin Psychische Gesundheit BAG ▪ Diana Müller, Projektleiterin Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK
10:15 – 10:45 Plenumsreferat	Mobile Dienste in der Schweiz – Ergebnisse Kantons- und Anbieterbefragung ▪ Dr. Désirée Stocker, Bereichsleiterin Psychische Gesundheit, Büro BASS
10:45 – 11:15 Plenumsreferat	Stand der Forschung international und in der Schweiz ▪ Prof. Dr. med. Urs Hepp, Ärztlicher Direktor Integrierte Psychiatrie Winterthur
11:30 – 12:30 Parallel- Symposien 1	1a: Möglichkeiten und Grenzen der Kantone beim Auf- und Ausbau von mobilen Diensten ▪ Marita Verballi, Abteilungsleiterin Versorgungsplanung, Kanton Zürich ▪ Catherine Hoenger, Responsable Soins Palliatifs et Santé Mentale, Service de la Santé Publique, Ct. de Vaud ▪ Paula Berni, Gesundheitsamt, Fachstelle Spitex, Kanton Graubünden 1b: Finanzierungsformen und -möglichkeiten mobiler Dienste ▪ Thomas Frauchiger, Leiter Leistungseinkauf Ost, tarifsuisse AG ▪ Markus Merz, CEO Psychiatrie St. Gallen Nord ▪ Dr. Roland Gasser, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Spitalamt 1c: Vernetzung und Interdisziplinarität als Erfolgsfaktoren mobiler Dienste ▪ Dr. med. Kerstin Gabriel Felleiter, Chefarztin Ambulante Dienste, Luzerner Psychiatrie ▪ Dr. med. David Briner, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich & PD Dr. med. Matthias Jäger, Leiter Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich ▪ Gérard Villarejo, Co-Fondateur de PSYDOM, Cantons de Fribourg, Neuchâtel, Jura
13:30 – 14:15 Parallel- Symposien 2	2a: Spezifika mobiler Dienste im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ▪ Dr. med. Bruno Rhiner, Chefarzt Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Dienste Thurgau ▪ Regula Buder, Stv. Geschäftsleitung und Qualitätsverantwortliche, Kinderspitex Nordwestschweiz 2b: Spezifika mobiler Dienste für Zielgruppen mit komplexen Störungen ▪ Prof. Dr. med. Yasser Khazaal, Médecin adjoint agrégé, Hôpitaux Universitaires Genève ▪ Christine Frötscher, Betriebsleitung Psychiatrischer Dienst Spital Emmental 2c: Spezifika mobiler Dienste im Bereich der Alterspsychiatrie ▪ Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, Direktor Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern ▪ Sandra Keller-Fisch, Leitung Fachteam Psychiatrie, Spitex Appenzellerland
14:30 – 14:50 Plenumsreferat	Mobiles Angebot zur frühzeitigen Behandlung und Intervention bei psychotischen Störungen ▪ Prof. Dr. med. Philippe Conus, Chef de Service Psychiatrie générale, Adjoint au chef du Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
14:50 – 15:10 Plenumsreferat	Aufbau mobiler Dienste – Einblicke in die Praxis ▪ Regula Lüthi, Direktorin Pflege, Medizinisch-Therapeutische Dienste und Soziale Arbeit, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
15:10 – 15:40	Podiumsdiskussion – Mobile Dienste in der Psychiatrie: heute und in Zukunft ▪ Thomas von Allmen, Leiter Abteilung Spitalversorgung, Gesundheitsdepartement, Kanton BS ▪ Dre Isabelle Gothuey, Médecin directrice, Secteur de psychiatrie et psychothérapie pour adultes, Réseau fribourgeois de santé mentale RFSM ▪ Dr. Salome von Greyerz, Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien BAG
15:40 – 15:45	Schlusswort

7.2 Übersicht Mobile Dienste Psychiatrie

In der **Tabelle 4** findet sich eine Übersicht über die gemäss Projektinformationen vorhandenen mobilen psychiatrischen Dienste pro Kanton und Typ.

■ **Typ 1:** Ambulante psychiatrische Pflege von freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen und von Spitex-Diensten

■ **Typ 2:** Mobile psychiatrische Dienste von Spitälern und Psychiatrien (Konsiliar- und Liaisondienste; Mobile Einheiten von Spitälern und psychiatrischen Kliniken)

■ **Typ 3:** Mobile Dienste anderer Anbieter

Die Übersichts-Liste beruht auf Informationen aus den beiden Befragungen des Projekts, auf Angaben des Vereins Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP) und des Fachverbands freiberuflicher Pflege Schweiz (CURACASA) sowie auf eigenen Recherchen des Forschungsteams. Nicht alle Dienste haben an der Anbieterbefragung (welche die Grundlage für die meisten Analysen des vorliegenden Berichts lieferte) teilgenommen.

Die Angaben sind ohne Gewähr und ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 4: Übersicht Mobile Dienste Psychiatrie, nach Kanton und Typ

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
AG						
AG	1	Psychosoziale Spitex Aarau		www.spitex-aarau.ch	andrea.hilfiker@spitex-aarau.ch	
AG	1	Spitex Verband Aargau		www.spitexag.ch		
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Stefan Geissmann	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Barbara Keller	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.goalong.ch	Thomas Lerchmüller	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.pflege-zuhause-martinez.ch	Raquel Martinez	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.ampp.ch	Catrin Röber	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Ruth Rüegger	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.begleitung-daheim.ch	Esther Schmid	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.reginestreifwalker.ch	regine.streif@gmx.ch	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Urs Taverner	
AG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex-region-brugg.ch	Jürg Zürcher	
AG	1	apreha		www.apreha.ch	info@apreha.ch	
AG	1	Blickweite ambulante psychiatrische Pflege		blickweite.ch	tania.herzig@blickweite.ch	
AG	1	Kinder Spitex Nordwestschweiz		www.spitexkinder.ch	r.buder@spitexkinder.ch	Psychiatrische Pflege und Begleitung von Kindern und Jugendlichen
AG	1	Psychiatrie - Spitex Lindenpark		www.spitex-lindenpark.ch	silvia.aerni@lindenhof-oftringen.ch	Psychiatrie -Spitex Einsätze Kanton AG und SO
AG	1	Psychiatrische Pflege ambulant & zu Hause		www.psychiatriepflege.com	Caterina Nidegger, nidegger@psychiatriepflege.com	
AG	1	Psychosoziale Begleitung, ambulante psychiatr. Pflege		www.vapp.ch	barbara.alten@yetnet.ch	
AG	1	Psychosoziale Spitex Limmattal		www.psychosoziale-spitex.ch	info@psychosoziale-spitex.ch	
AG	1	Step by step (Susanna Loosli)		www.vapp.ch	sue@besonet.ch	Freiberufliche Psychiatriepflegefachfrau HF
AG	1			www.beg-leiten.ch	078 684 10 25	
AG	2	Multisystemische Therapie Aargau (MST)	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) Spital Thurgau (STGAG)	https://www.ag.ch/de/bks/kindergarten_volksschule/unterstuetzung_beratung/mst/multisystemische_therapie.jsp	bruno.rhiner@stgag.ch	
AG	2	Alterspsychiatrischer Konsiliar- und Liasondienst, Bereich Alters- und Neuropsychiatrie	Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)	www.pdag.ch	dan.georgescu@pdag.ch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
AG	2	Home Treatment für die psychiatrische Akutbehandlung im Kanton Aargau	Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)	www.pdag.ch	niklaus.stulz@pdag.ch	
AG	2	Konsiliar- und Liaisondienst Spitäler, Bereich Alters- und Neuropsychiatrie	Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)	www.pdag.ch	dan.georgescu@pdag.ch	
AG	2	Neuropsychiatrischer Konsiliardienst, Bereich Alters- und Neuropsychiatrie	Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)	www.pdag.ch	anne.stypvonrekowski@pdag.ch	
AG	3	HotA Hometreatment Aargau		www.hota.ch	info@hota.ch	Aufsuchende Familienarbeit und -therapie
AI						
AI	1	Spitex Appenzell AI		www.spitexai.ch	info@spitexai.ch	
AI	1	Spitex-Verein Appenzell Innerrhoden		www.spitexai.ch	info@spitexai.ch	Psychiatrische Pflege durch Spitex Appenzell AI
AI	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.kempecare.ch	Viola Kempe	
AI	2	Ambulante Psychiatrische Dienste des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden mit Standort in der Sozialberatung in Appenzell	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	www.spitalverbund.ch/angebote-heiden-herisau/beratungen-angebote/sozialpsychiatrischer-dienst		
AI	3	Sozialbegleitung Appenzellerland Begleitetes Wohnen		www.sozap.ch	info.bewo@sozap.ch	Ambulante Wohnbegleitung für Menschen mit psychosoziale Schwierigkeiten
AR						
AR	1	Ambulant psychiatrischer Dienst Spitex Vorderland		www.spitex-vorderland.ch	psychiatrie.vorderland@spitex-hin.ch	
AR	1	Fachteam Psychiatrie Spitex Appenzellerland		www.spitex-appenzellerland.ch	fachteam.psychiatrie@spitex-appenzellerland.ch	Einwohner des Kanton AR
AR	1	Heilsarmee mobil	Psychiatrische Spitex Rheineck	www.heilsarmee-sozialwerk.ch/angebote/soziale-institutionen/psychiatrische-spitex	heike.becker@heilsarmee.ch071/8882526	
AR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.kempecare.ch	Viola Kempe	
AR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.mitenand-pflege.ch	Christine Schmieder	
AR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Stadt St. Gallen und Umgebung		http://aufsuchendepsychiatriepflege.ch		
AR	1	Spitex Rotbachtal		www.spitex-rotbachtal.ch		
AR	2	Ambulante Psychiatrische Dienste des Spitalverbundes Appenzell Ausserrhoden mit Standort in der Sozialberatung in Appenzell	Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden	www.spitalverbund.ch/angebote-heiden-herisau/beratungen-angebote/sozialpsychiatrischer-dienst		
AR	3	Sozialbegleitung Appenzellerland		www.sozap.ch	info.bewo@sozap.ch	Ambulante Wohnbeglei-

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
		Begleitetes Wohnen				tung für Menschen mit psychosoziale Schwierigkeiten
		BE				
BE	1	Spitex Verband Kanton Bern		www.spitexbe.ch	info@spitexbe.ch	
BE	1	AAPP		www.aapp-zulauf.ch	doris.zulauf@aapp-zulauf.ch	
BE	1	Ambulante Pflege und Psychosoziale Begleitung		www.pflegend.ch	Sibylle Marthaler, s.marthaler@pflegend.ch	
BE	1	Ambulante Pflege zu Hause			naturmedizinpraxis@bluewin.ch	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.app-bern.ch	Rachel Aebi	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.levitalis.ch	Verena Aellen	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Marta Affolter	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.prapp.ch	Ludivine Amstutz	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatriespitex-melini.ch	Nicole Angele	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.centercare.ch	Andrea Badertscher	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Jolanda Bärenfaller	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.hauptsachegesundvoran.ch	Peter Barth	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Vanja Barth	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.app-beo.ch	Dinah Bärtsch	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Ingrid Bischoff	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Friedrich Brühlmann	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rita Brunner	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Ursula Bucher	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.wohn-balance.com	Marianne Burgener	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Pascal Bürki	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Susanne Curty	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Caroline Dardel	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Matthias Derungs	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Elisabeth Dettwiler	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Markus Dietrich	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Christine Dürig - Stalder	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rahel Eggenberger	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Doris Eggimann	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.jonasegloff.ch	Jonas Egloff	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Alice Erni	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Margrit Fahrni	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rita Fallegger	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.foxcare.ch	Samuel Fuchs	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Tatyana Gerber	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatrie-emmental.ch	Beatrice Graf	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Hans Häberli	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Franziska Elisabeth Hofmann	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.beistand-isler.ch	Marianne Isler	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Catherine Jenni	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	app.antonia.keene@gmail.com	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Michaela Klopstein	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Enes Kulic	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Jasmine Linder	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Stefan Lör	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Elke Marchand	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sabrina Marino	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.ankerplatz.ch	Matthias Maschke	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege			Ljiljana Mezic, mezic@sunrise.ch, 076 441 64 92	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatrie-aaretal-emmental.ch	Elisabeth Mickan	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.mikkonen.ch	Helimarja Mikkonen	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Doris Moggi - Hofer	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.aufsuchen.ch	Marcel Moretto	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.ambulante-psychiatrische-pflege-muther.ch	Doris Muther	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.somobil.ch	Ursula Näf	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatriepfleger.ch	Rebekka Niemeyer - Trauffer	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Walter Oertle	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.holistic-empowerment.ch	Maximilian H. Ott	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Seriye Öztürk	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.erichrohrba.ch	Erich Rohrbach	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.sirose.ch	Silvia Rolli Seiler	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Nicole Rubeli	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitexaarebielersee.ch	Sandra Rüfli	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rita Rütimann - Casablaca	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.ambulante-psy-pflege.ch	Susanna Salzgeber, app.susal@bluewin.ch /	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
					079 364 42 41	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Viktoria Sandor	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege			Hélène Scherz - Meyer	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatriepfleger.ch	David Schmid	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatrie-aaretal-emmental.ch	Annett Schneider	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.sinnpunkt.ch	Damian Schnidrig	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sybille Schnyder	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.app-beo.ch	Cristina Schwarz	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.effispalinger.ch	Effi Spalinger	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Lucas Stähli	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Therese Stalder	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.appseeland.ch	Monika Steiner	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.appbern.ch	Werner Steiner	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Renate Sterchi	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sonia Stöckli	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatriepfleger.ch	Andreas Storck	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.reginestreifwalker.ch	regine.streif@gmx.ch	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Johanna Tinner Stucki	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Jaqueline Tracia	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sirpa Tuominen	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psychiatrie-betreuung.ch	Orlanda Vetter	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Beat Weissen	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitexpsychiatrie.ch	Françoise Weisswange, 078 6446702	fckw@bluewin.ch
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.susannewelten.ch	Susanne Welten	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.balance-care.ch.vu	Jürg Wenger	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.somobil.ch	Michel Wenger	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.triangel-app.ch	Franziska Wolff	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.pfapp.ch	Hansrudolf Zölch	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sibylle Zürcher	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Jeannine Zwahlen	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Brigitte Neururer	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege - Marianne Zaugg		www.mariannezaugg.ch	info@mariannezaugg.ch	
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Biel und Region, Beat Ganzoni		beatganzoni.com	mail@beatganzoni.com +41 79 428 02 87	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
BE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Stefan Löhr		www.stefanloehr.ch	info@stefanloehr.ch 079-3867825	
BE	1	APP - carpe noctem		www.lebendstern.ch	lebendstern@bluewin.ch	
BE	1	APP Azoulay Silke		www.silkeazoulay.ch	info@silkeazoulay.ch	Ambulante Psychiatrische Pflege; Zusatzausbildung in kognitiv- verhaltensthe- rapeutischen Strategien und Methoden, DBT
BE	1	APP Hans Peter Grossen		www.vapp.ch	kuki@livenet.ch 079 374 47 06	
BE	1	APP Unteres Aaretal			Susanne Wenger, app.unteres.aaretal@bluewin.ch	
BE	1	cabinet fmnr		rettiwermeille.ch	france@rettiwermeille.ch	
BE	1	Coaching und Beratung		www.helmutweningen.ch	hweningen@sunrise.ch	Abhängigkeitserkrankte
BE	1	Empowerment		www.fenn.ch	deborah.fenn@gmail.com	APP & Körperarbeit
BE	1	Freischaffende Pflegefachfrau Psy- chiatrie (Zusammenarbeit mit soma- tischem Team)		https://sanapflegeteam.jimdo.com/	Ursula Plüss, ursula.p@bluewin.ch	
BE	1	Infirmière en santé mentale			commaret88@gmail.com	
BE	1	Infirmières et infirmiers indépendant- e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Mathieu Gigandet	
BE	1	Joëlle Braun Monnerat, infirmière indépendante en psychiatrie			078 943 13 23 / joelle.braun@gmail.com	Consultations ambula- toires et à domicile, per- sonne adulte souffrant de d'une problématique psy- chique / région Jura et Jura bernois
BE	1	Jörg Scheinig		www.appds.ch	078 6051704	
BE	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Udo Finklenburg, u.finklenburg@just-do-it.ch	Alle psychiatrische Diag- nosegruppen ausser Demenz
BE	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Béatrice Gähler, 079/6597425	
BE	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Cécile Geisseler	
BE	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Brigitte Marolf	
BE	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Urs Rohrer	
BE	1	Klinex			Giovanni Giacometti, klinex.giacometti@bluewin.ch	
BE	1	Kontar Maya Freiberufliche Aufsu- chende Dipl. Pflegefachfrau HF			Maya.Kontar@gmx.ch	Angebot für psychisch beeinträchtigte Menschen
BE	1	LöAPP		www.loapp.ch	Daniel.stucki@loeapp.ch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
BE	1	Prissag		www.prissag.ch	Sandra Falleger - Gmür, 079 3949590	Wundexpertise, Palliative Care, Demenz
BE	1	psychiatriepflege moossee		www.psychiatriepflege-moossee.ch	rogerfreiburghaus@bluewin.ch / 079 537 24 31	Beratung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
BE	1	Psychiatrie-Spitex		www.psychiatrie-spitex-thun.ch	psychiatrie-spitex@gmx.ch	Individuelle Betreuung und Beratung
BE	1	Psychiatriespitex Ursula Gerber		www.vapp.ch	psyspitex@gmail.com 078/ 685 68 13	
BE	1	Psychiatrische Spitex		www.provita24.ch	info@provita24.ch	031 307 24 24
BE	1	Psymorat		www.psymorat.ch	jbellenot@gmail.com	
BE	1	Psymorat		www.psymorat.ch	fbellenot@gmail.com	
BE	1	Psymorat		www.psymorat.ch	jbellenot@gmail.com	
BE	1	Psymorat		www.psymorat.ch	fbellenot@gmail.com	
BE	1	Psymorat		www.psymorat.ch	jbellenot@gmail.com	
BE	1	Psymorat		www.psymorat.ch	fbellenot@gmail.com	
BE	1	Regina Bucher, Psychiatrische Pflege und Begleitung zu Hause		www.regina-bucher.ch	mail@regina-bucher.ch	
BE	1	Rita Ehmann, Ambulante psychiatrische Pflege		www.rita-ehmann.ch	mail@rita-ehmann.ch 079 969 36 10	
BE	1	Sollievo.net		www.sollievo.net	Anne Bossard	
BE	1	Sollievo.net		www.sollievo.net	Bodil Eichmann	bodil.eichmann@sollievo.net
BE	1	Sollievo.net		www.sollievo.net	Maya Furrer	
BE	1	Sollievo.net		www.sollievo.net	Gregor Roos	gregor.roos@sollievo.net
BE	1	Sollievo.net		www.sollievo.net	Annina Sahli	annina.sahli@sollievo.net
BE	1	Sonja Julier Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sonja Julier, s.julier@gmx.ch	Gendersensible Pflege, gerontopsychiatrische Pflege
BE	1	Spitex Grauholz		www.spitex-grauholz.ch	Patrick Anliker	
BE	1	Spitex Grauholz		www.spitex-grauholz.ch	info@spitex-grauholz.ch	
BE	1	Spitex Region Lueg		www.spitexlueg.ch	info@spitexlueg.ch, 034/460 50 00, Martin Stäger	
BE	1	Spitex Schlossmatt		www.spitex-schlossmatt.ch	info@spitex-schlossmatt.ch/ 079 464 65 68	
BE	1	Step by step (Susanna Loosli)		www.vapp.ch	sue@besonet.ch	Freiberufliche Psychiatriepflegefachfrau HF
BE	1	Stettler's Ambulante Psychiatrische Pflege		www.stettlers-app.ch	Robert Stettler, stettlers-app@sunrise.ch	
BE	1	Support- Art, Ambulante psychiatri-		www.support-art.ch	rea.hochuli@support-art.ch	Rehab.- Psychiatrie, Psy-

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
		sche Pflege				chogeriatrie, Bariatrische Chirurgie
BE	1	Zämespanne - Ambulante Psychiatrische Pflege		www.zaemespanne.ch	Ursula Albiker, albiker@zaemespanne.ch	
BE	1	Zämespanne - Ambulante Psychiatrische Pflege		www.zaemespanne.ch	Monika Heiniger	
BE	1	Zämespanne - Ambulante Psychiatrische Pflege		www.zaemespanne.ch	Sabine Piccolruaz	
BE	1			www.go-for-hope.ch	Dorothea Ambrosio	
BE	1			www.spitexaarebruegg.ch	info@spitexaarebruegg.ch	
BE	2	Mobile Equipe PD Emmental	Spital Emmental	www.spital-emmental.ch / Psychiatrischer Dienst	034 421 27 27	
BE	2	Mobile Krisenintervention MOKI	Spital Region Oberaargau SRO AG	http://www.psychiatrie-sro.ch/651.html		
BE	2	K+L Alters- und Pflegeheime Alterspsychiatrischer Dienst Thun	Spital Thun	www.spitalstsag.ch	franziska.wenger@spitalstsag.ch	
BE	2	Mobile Equipe Alterspsychiatrie	Spital Thun	www.spitalstsag.ch	franziska.wenger@spitalstsag.ch	
BE	2	Familienpsychiatrisches Team der Psychiatrischen Dienste der Spitäler fmi AG	Spitäler fmi AG	www.spitalfmi.ch	Regula.schweizer@spitalfmi.ch	Aufsuchendes Angebot für Familien mit Kindern, in denen ein Elternteil psychisch belastet ist
BE	2	Hometreatment Autismuspektrumsstörungen KJP Bern	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	www.upd.ch		
BE	2	Hometreatment KJP Bern	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	www.upd.ch		
BE	2	Intensives Case Management UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	www.upd.ch	erika.rettmund@upd.ch	
BE	2	Mobile Alterspsychiatrie UPD AG	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	https://www.upd.ch/angebot/alterspsychiatrie/mobile-alterspsychiatrie.php	alterspsychiatrie@upd.ch	
BE	2	Psychiatrische Familienpflege UPD Bern	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	www.upd.ch/familienpflege	familienpflege@upd.ch	Betreutes Wohnen in Gastfamilien
BE	2	Wohn-Coaching UPD	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	www.upd.ch oder www.wohncoach.ch	wohncoaching@upd.ch /031 970 58 71	
BE	3	IGS	Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern	www.igsbern.ch	Reinhart Meister; meister@igsbern.ch	
BL						
BL	1	Spitex Verband Baselland		www.spitexbl.ch	info@spitexbl.ch	
BL	1	Adfp, Boukhris Evelyne			adfp2002@hotmail.com 079/9350056	Menschen mit psychischer und körperlicher Erkran-

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
						kung
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rebekka Brunner	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.mobilekrankenpflege.ch	Valerio Fedrigo	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.fapp-net.ch/fapp-net	Gabriela Goldbeck	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Nicole Mollet	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Judith Rauber	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Beatrice Reber	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.marebach.com	Markus Rebmann	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Silvia Rudin	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Johanna Tamba	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.casecare.ch	Luigi Trevisi	auf Wunsch - Begleitung mit Therapiehund
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.jelicawagner.ch	Jelica Wagner	
BL	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rahel Wanner - Mohr	
BL	1	app Tandem, Ambulante psychiatrische Pflege		www.app-tandem.ch	rurben@sunrise.ch	
BL	1	Drei-Klang-Praxis		www.drei-klang-praxis.ch	beratung@drei-klang-praxis.ch	Ambulante Pflege
BL	1	Freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege		https://sites.google.com/site/comehome	com.homecare@gmail.com	
BL	1	Kinder Spitex Nordwestschweiz		www.spitexkinder.ch	r.buder@spitexkinder.ch	Psychiatrische Pflege und Begleitung von Kindern und Jugendlichen gemäss Bedarfsabklärung
BL	1	Spitalexterne psychiatrische Betreuung		Josh Moeller	josh.moeller@bluewin.ch	
BL	1	VivAnthro, ambulante psychiatrische u. allgem. Pflege			martina.menne@gmx.de	
BL	1	Wohnbegleitung der Stiftung Rheinleben		www.rheinleben.ch	mathias.eichenberger@rheinleben.ch / 061 204 04 32	
BL	1	Wohnbegleitung der Stiftung Rheinleben		www.rheinleben.ch	mathias.eichenberger@rheinleben.ch / 061 204 04 32	
BL	1	Wohnbegleitung der Stiftung Rheinleben		www.rheinleben.ch	mathias.eichenberger@rheinleben.ch / 061 204 04 32	
BL	1			www.graziella-burri.ch	079 721 00 12	
BL	2	Psychiatrie BL: Notfalleinsätze vor Ort für Erwachsene und Kinder im ganzen Kanton BL	Psychiatrie Baselland	www.pbl.ch/home/notfaelle		
BS						

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
BS	1	Spitex Basel		www.spitexbasel.ch	info@spitexbasel.ch	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.fapp-net.ch/fapp-net	Heidi Bürgin-Kühne	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.pfs-basel.ch	Stefan Dietschi	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.fapp-net.ch/fapp-net	Andrea Lerch	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sibylle Meier	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Nicole Mollet	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Nicole Mollet	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Nicole Mollet	
BS	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Judith Rauber	
BS	1	app Tandem, Ambulante psychiatrische Pflege		www.app-tandem.ch	rurben@sunrise.ch	
BS	1	Freiberufliche ambulante psychiatrische Pflege		https://sites.google.com/site/comehomecare/home/ueber-mich	com.homecare@gmail.com	
BS	1	Spitalexterne psychiatrische Betreuung		Josh Moeller	josh.moeller@bluewin.ch	
BS	1	Stettler Petra			stettlerambulant@gmx.ch	
BS	1	VivAnthro, ambulante psychiatrische u. allgem. Pflege			martina.menne@gmx.de	
BS	1	Wohnbegleitung der Stiftung Rheinleben		www.rheinleben.ch	mathias.eichenberger@rheinleben.ch / 061 204 04 32	
BS	1			www.graziella-burri.ch	079 721 00 12	
BS	2	Ambulantes Angebot Forensisch-psychiatrische Klinik UPKBS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	www.upk.ch		
BS	2	Aufsuchendes Familiencoaching von Tagesklinik KJPK UPK	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	www.upk.ch		
BS	2	Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung UPK (in PLANUNG)	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	www.upk.ch		
BS	2	Home Treatment High Utilizer UPK (in PLANUNG)	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)	www.upk.ch		
FR						
FR	1	SMAD (Soins et Maintien à Domicile) Fribourg		Denise Maradan Infirmière indépendante SMAD	denisemaradan@bluewin.ch / +41 79 436 76 72	soins psychiatriques OPAS 7
FR	1	SMAD (Soins et Maintien à Domicile) Fribourg		Brigitte Schornoz		
FR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege			anja.salz@gmx.ch / 079/ 214 70 31	
FR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege			anja.salz@gmx.ch / 079/ 214 70 31	
FR	1	Association d'aide et de soins à		www.aide-soins-fribourg.ch	info@aide-soins-fribourg.ch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
		domicile du canton de Fribourg (AFAS)				
FR	1	Empowerment		www.fenn.ch	deborah.fenn@gmail.com	APP & Körperarbeit
FR	1	Infirmière indépendante en psychiatrie		Geneviève Annen	genevieve.annen@bluewin.ch	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch		OPAS 7 + soins en psychiatrie
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Marie-José Bratschi-Vives	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Catherine Doutaz	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Catherine Gasser	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Anne-Marie Grandjean Blein	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Cynthia Jeanneret	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Bénédicte Joye	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Sonja Lehmann	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Maria Rosinda Navalho Pereira	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Denis Nussbaum	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Gigliola Panunzio	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Aline Schuwey	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Janique Sciboz	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Piero Scrima	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Marie-France Tinguely	
FR	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-sbk-fr.ch	Bernadette Yerly-Robadey	
FR	1	PSYDOM		www.psydom.ch	psydom@psydom.ch, Laurent Guiland	
FR	1	PSYDOM		www.psydom.ch	Fabien Mock	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
FR	1	PSYDOM		www.psydom.ch	psydom@psydom.ch, Gérard Villarejo	Soins psychiatriques et psychologiques ambulatoires; Coaching AI
FR	1	PSYDOM Fribourg		www.psydom.ch	psydom@psydom.ch 079/ 82 88 801	
FR	1	Psymorat		www.psymorat.ch	jbellnot@gmail.com	
FR	1	Psymorat		www.psymorat.ch	fbellenot@gmail.com	
FR	1	Services psychiatriques mobiles		Brigitte Daetwyler	br.daetwyler@bluewin.ch	
FR	1	Soins infirmiers psychiatriques. Christian Cornu			soins-psy@cornu.net 079 322 33 17	
FR	1	Soins psychiatriques à domicile		Sandrine Heller Miazza	s.hellermiazza@gmail.com	
FR	1	Spitex SENSE		spitex sense	026 419 95 55	
FR	1				Masiggis@msn.com	Nachbetreuung nach Spitalaufenthalt, Begleitung und Unterstützung der Klienten und deren Angehörigen Anfrage von Betroffenen ohne Spitalaufenthalt
FR	2	Service de Psychiatrie de liaison dans les Foyers d'hébergements psychiatriques du Canton	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	www.fr.ch/rfsm		
FR	2	Service de psychogériatrie de liaison dans les EMS du Canton	Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	www.fr.ch/rfsm		
GE						
GE	1	imad, institution genevoise de maintien à domicile - Genève		www.imad-ge.ch	info@imad-ge.ch	
GE	2	Equipe mobile en addiction: CMT (case management de transition)	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)		Yasser.Khazaal@hcuge.ch, Louise.E.Penzenstadler@hcuge.ch	groupe cible: patients avec addictions hospitalisés
GE	2	Equipe mobile en addiction: SIM (soins intensifs dans le milieu)	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)		Louise.E.Penzenstadler@hcuge.ch	patients avec addictions
GE	2	Equipe mobile psychiatrie adulte	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)			
GL						
GL	1	Spitex Glarus Nord		www.spitex-glarus-nord.ch	glarus-nord@spitexgl.ch	
GL	1	Spitex Glarus Süd		www.spitex-glarus-sued.ch	glarus-sued@spitexgl.ch	
GR						
GR	1	Spitex Verband Graubünden		www.spitexgr.ch	info@spitexgr.ch	
GR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Anita Barblan Läderach	
GR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.ursbertsch.ch	Urs Bertsch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
GR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Bigna Janutin	
GR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Donat Ragetti	
GR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Andrea Rychter	
GR	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Lukas Bauer, Oberschan		www.lukasbauer.ch	ambulante.pflege@lukasbauer.ch	
GR	1	Andres' Pflegedienst von:-(zu :-)			andreas.mathis@sunrise.ch	Betreuung, Beratung, Unterstützung
GR	1	Freiberuflicher Pflegefachmann		www.frankos.ch	franzxkost@bluemail.ch	
GR	1	Spitex Chur/ psychiatrische Pflege		www.spitex-chur.ch	info@spitex-chur.ch 081 257 09 57	
GR	2	Ambulante psychiatrische Krisenintervention an Wochenenden und Feiertagen	Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR)	www.pdgr.ch	axel.baumann@pdgr.ch, andre- as.werner@pdgr.ch	Personen ab 18 Jahren mit akuter psychischer Dekompensation von Erkrankungen des gesamten psychiatrischen Spektrum
JU						
JU	1	cabinet fmr		rettiwermeille.ch	france@rettiwermeille.ch	
JU	1	Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile FASD		www.fasd.ch	info@fasd.ch	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Sandra Frund-Vollenweider	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Mathieu Gigandet	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Line Humair	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Mariette Léanza Monnot	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Françoise Linder Beutler	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Caroline Marti	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Liliane Reinsch	
JU	1	Infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Françoise Retti	
JU	1	Joëlle Braun Monnerat, infirmière indépendante en psychiatrie			078 943 13 23 / joelle.braun@gmail.com	Consultations ambulatoires et à domicile, personne adulte souffrant de d'une problématique psychique / région Jura et Jura bernois

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
JU	1	PSYDOM		www.psydom.ch	psydom@psydom.ch, Laurent Guiland	
JU	1	PSYDOM		www.psydom.ch	Stephan Lendais	
JU	1	Rita Ehmann, Ambulante psychiatrische Pflege		www.rita-ehmann.ch	mail@rita-ehmann.ch 079 969 36 10	
JU	1	SIIP Soins Infirmiers en Psychiatrie			siip@bluewin.com	
JU	2	Prestations de soins infirmiers psychiatriques spécialisés à domicile	Centre médico-psychologique (CMP) de la RCJU (psychiatrie d'Etat)	https://www.jura.ch/DES/SSA/Centre-medico-psychologique-CMP.html		
LU						
LU	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex-luzern.ch	Stephan Gisler	
LU	1	Spitex-Kantonalverband Luzern		www.spitexlu.ch	info@spitexlu.ch	
LU	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Pietro Fiorina	
LU	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Ruth Rüegger	
LU	1	Blickweite ambulante psychiatrische Pflege		blickweite.ch	tania.herzig@blickweite.ch	
LU	1	Spitex Lichtblick			a.koch@anko-lichtblick.ch	
LU	1	SPITEX PSYCHIATRIE			rene.fellmann@gmx.ch	
LU	2	Aufsuchende sozialpsychiatrische/sozialpädagogische Nachbetreuung nach stationären Behandlungen	Jugendpsychiatrischen Therapiestation Kriens LUPS, Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
LU	2	Aufsuchende Pflege LUPS Kanton LU	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
LU	2	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung GiA Stadt und GiA Land	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch	kerstin.gabrielfelleiter@lups.ch/058 856 4639	
LU	2	Konsiliar- und Liaisondienst für Alters- und Pflegeheime Kanton Luzern	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
LU	2	Konsiliar- und Liaisondienst für Justizvollzugsanstalten Grosshof, Wauwilermoos, Untersuchungs- und Haftanstalt Stans	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
LU	2	Konsiliar- und Liaisondienst für Schwerbehinderte (SSBL/Brändi)	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
NE						
NE	1	NOMAD - Aide et soins à domicile		http://www.nomad-ne.ch		Concept de prise en soins des clients présentant des troubles de la Santé Mentale

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
NE	1	Ambulante Psychiatrische Pflege			anja.salz@gmx.ch / 079/ 214 70 31	
NE	1	Cabinet d'infirmières indépendantes en santé mentale		www.asi-neju.ch	christelle.varone@bluewin.ch	
NE	1	Cabinet Daniel Bégot et Vincent Monard		www.asi-neju.ch	Daniel Bégot	
NE	1	Cabinet de consultation, Grossenbacher Pamela		www.asi-neju.ch	Pamela Grossenbacher	
NE	1	EPPICE		www.eppice.ch	Christine Fernandez	
NE	1	EPPICE		www.eppice.ch	Raphael Jambé Baumgartner	
NE	1	EPPICE		www.eppice.ch	Chloé Christen, chloe@eppice.ch	adultes-soutien et conseil spécialisé dans des entretiens individuels
NE	1	EPPICE		www.eppice.ch	Tamara Patrizi Buteux, tamara@eppice.ch	adultes-soutien et conseil spécialisé dans des entretiens individuels
NE	1	Escapad		www.escapad.ch	Céline Biétry Kyburz	
NE	1	GIM – Groupement Indépendant des Montagnes		www.asi-neju.ch	Laurent Jacot	
NE	1	Infirmière en santé mentale			commaret88@gmail.com	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Samira Azlag Cadet	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Norbert Cadet	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Jean-Luc Chevance	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Anne Colliard	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Déborah Deschamps	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Danielle Kyburz-Marastoni	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Jacques Manzoni	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Karine Marleau-Zahnd	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Sandra Merlino	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Micheline Miserez	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Monica Rahm	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.votreinfirmier.ch	Omar Sahal	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.cpsy.ch	Catherine Savic-Matthey-Doret	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Elmir Skiljan	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.essid.ch	Mohamed-Ali Tabarki	
NE	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.asi-neju.ch	Magali Theurel	
NE	1	L'Almulette		www.lalmulette.com	Corinne Wutrich	
NE	1	lucia mathys infirmière en psychiatrie à domicile		www.curacasa.ch	luciamathys@hotmail.com	identification des ressources et besoins- suivi thérapeutique court ou long terme- soutien aux proches- collaboration avec le réseau de soins
NE	1	PSImobile			psimobile@bluewin.ch	De l'âge adulte à la personne âgée, souffrant d'une pathologie dite psychiatrique.
NE	1	PSYDOM		www.psydom.ch	Laurent Chalendard	
NE	1	PSYDOM		www.psydom.ch	psydom@psydom.ch, Laurent Guiland	
NE	1	PSYDOM		www.psydom.ch	Céline Schiess	
NE	1	SIIP Soins Infirmiers en Psychiatrie			siip@bluewin.com	
NE	2	Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP)		www.cnp.ch		
NW						
NW	1	Spitex Nidwalden		www.spitexnw.ch		
NW	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Monika Püntener Kälin		www.app-puentener.ch		
NW	1	Spitex Lichtblick			a.koch@anko-lichtblick.ch	
NW	2	Aufsuchende Pflege LUPS Kanton NW	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
OW						
OW	1	Spitex Obwalden, Team Psychiatrie		www.spitexow.ch	info@spitexow.ch	
OW	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.traumambulant.ch	Melanie von Ah	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
OW	1	Stettler's Ambulante Psychiatrische Pflege		www.stettlers-app.ch	Robert Stettler, stettlers-app@sunrise.ch	
OW	2	Aufsuchende Pflege LUPS Kanton OW	Luzerner Psychiatrie (LUPS)	www.lups.ch		
SG						
SG	1	Spitex St. Gallen		www.spitex.sg		
SG	1	Heilsarmee mobil	Psychiatrische Spitex Rheineck	www.heilsarmee-sozialwerk.ch/angebote/soziale-institutionen/psychiatrische-spitex	heike.becker@heilsarmee.ch071/8882526	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Irene Friedli - Bollhalder	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Madeleine Hürlemann	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.kempecare.ch	Viola Kempe	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Sonja Künzle	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.praxis-buchs.ch	André Kurmann	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.knowledge-nursing.com	Martin Lutz	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Carmen Neuhaus - Gulianni	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.bluesky-ritti.ch	Thomas Riedmann	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.psych-bewo.ch	Bernadette Schneider	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.annickwaller.ch	Annick Waller	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Angelika Weilenmann	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Lukas Bauer, Oberschan		www.lukasbauer.ch	ambulante.pflege@lukasbauer.ch	
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Stadt St. Gallen und Umgebung		http://aufsuchendepsychiatriepflege.ch		
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Stadt St. Gallen und Umgebung		http://aufsuchendepsychiatriepflege.ch		
SG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege Stadt St. Gallen und Umgebung		http://aufsuchendepsychiatriepflege.ch		
SG	1	Freiberuflicher Pflegefachmann		www.frankos.ch	franzxkost@bluemail.ch	
SG	1	Jachin Pflege		www.jachinpflege.ch	etzi@sunrise.ch	DBT auch ambulant
SG	1	Knowledge & Nursing		Www.knowledge-nursing.com	0764241133	
SG	1	Psychiatrische Spitexorganisation Mobiler Betreuungsdienst		www.mobiler-betreuungs-dienst.ch	info@mobiler-betreuungs-dienst.ch	
SG	1	Step by Step			step.by.step@bluewin.ch	Tiergestützte Therapie und Interventionen /ambulante psych. Begleitung
SG	2	SOMOSAmobil	Modellstation SOMOSA	www.somosa.ch		junge Männer 14-18 Jahre

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
SG	2	Hausbesuche „Aufsuchende Psychiatrische Pflege“ Rorschach	Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)	www.psgn.ch		
SG	2	Hausbesuche „Aufsuchende Psychiatrische Pflege“ Wattwil	Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)	www.psgn.ch		
SG	2	Medizinisch-psychiatrische Versorgung für Menschen mit einer kognitiven Behinderung (KOMBI)	Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)	www.psgn.ch		
SG	2	Mobile Equipe St.Gallen	Psychiatrie St. Gallen Nord (PSGN)	www.psgn.ch/diagnosen/behandlungsarten/hausbesuchemobile-equipe-stgallen		
SG	2	Alterspsychiatrischer Dienst	Psychiatrie-Dienste Süd	www.psych.ch/angebot/detail/alterspsychiatrischer-dienst	örs.dömösi@psych.ch	Personen älter als 60 Jahre
SG	2	Alterspsychiatrischer Dienst, Pilotprojekt aufsuchender Psychiatrischer Dienst für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung	Psychiatrie-Dienste Süd	www.psych.ch/angebot/detail/alterspsychiatrischer-dienst	stephan.kudrnovsky@psych.ch	Erwachsenen in der zweiten Lebenshälfte (ab 60); Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
SG	2	Aufsuchender Psychiatrischer Dienst, PZL - Uznach	Psychiatrie-Dienste Süd	www.psych.ch/angebot/detail/aufsuchender-psychiatrischer-dienst	younis.rawanduzy@psych.ch	
SG	2	Aufsuchender Psychiatrischer Dienst, PZR - Heerbugg	Psychiatrie-Dienste Süd	www.psych.ch/angebot/detail/aufsuchender-psychiatrischer-dienst	andreas.fleischmann@psych.ch	
SG	2	Aufsuchender Psychiatrischer Dienst, PZW- Trübbach	Psychiatrie-Dienste Süd	www.psych.ch/angebot/detail/aufsuchender-psychiatrischer-dienst	truebbach@psych.ch	
SH						
SH	1	Spitex Verband des Kantons Schaffhausen		www.spitexsh.ch	doris.isenschmid@stsh.ch	Pflege und Betreuung bei psychischen Gesundheitsproblemen
SH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.therapie-lichtblick.ch/	Elisabeth Butz	
SH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitexaarebruegg.ch	Esther Kaiser	
SH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.alpha-pflege.info	Eberhard Rasberger	
SH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.casecare.ch	Luigi Trevisi	auf Wunsch - Begleitung mit Therapiehund
SH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.casecare.ch	Luigi Trevisi	auf Wunsch - Begleitung mit Therapiehund
SH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.casecare.ch	Luigi Trevisi	auf Wunsch - Begleitung mit Therapiehund
SH	1	ambulantpflege yvonne muhl		www.ambulantpflege.ch	pflagemuhl@bluewin.ch	
SH	2	Psychiatriezentrum Breitenau: Sozialpsychiatrie	Spitäler Schaffhausen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	www.spitaeler-sh.ch/psychiatriezentrum/klinik-fuer-psychiatrie-und-		

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
				psychothera- pie/fachbereiche/sozialpsychiatrie/		
SO						
SO	1	Spitex Verband Solothurn		www.spitexso.ch	info@spitexso.ch	Menschen mit psychischer und körperlicher Erkran- kung
SO	1	Adfp, Boukhris Evelyne			adfp2002@hotmail.com 079/9350056	
SO	1	Ambulante Pflege zu Hause			naturmedizinpraxis@bluewin.ch	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Nicole Blanc	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		sites.google.com/site/comehomecare	Cécile Breitenstein - Meier	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rita Brunner	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Brigitte Cornu	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Patricia Derungs	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.erkennen-beraten-verändern.ch	Liliane Froidevaux	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Vroni Kallen	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex-grenchen.so.ch	Iris Maurer	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Christoph Moser	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Olaf Priess	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Judith Rauber	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.zuchwil.ch	Spitex Zuchwil, Tel. 032 686 52 82	
SO	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Ruth Rüegger	
SO	1	app Tandem, Ambulante psychiatri- sche Pflege		www.app-tandem.ch	rurben@sunrise.ch	
SO	1	apreha		www.apreha.ch	info@apreha.ch	
SO	1	Freiberufliche ambulante psychiatri- sche Pflege		https://sites.google.com/site/comehome care/home/ueber-mich	com.homecare@gmail.com	
SO	1	Gerwig Colette, ambulantes psychi- atrisches Angebot APA			apa@bluemail.ch	
SO	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Udo Finklenburg, u.finklenburg@just-do-it.ch	Alle psychiatrische Diag- nosegruppen ausser Demenz
SO	1	Just do it		www.just-do-it.ch	Béatrice Gähler, 079/6597425	Psychiatrische Pflege und Begleitung von Kindern und Jugendlichen gemäss Bedarfsabklärung
SO	1	Kinder Spitex Nordwestschweiz		www.spitexkinder.ch	r.buder@spitexkinder.ch	
SO	1	LöAPP		www.löapp.ch	Daniel.stucki@loeapp.ch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
SO	1	Psychiatrie - Spitex Lindenpark		www.spitex-lindenpark.ch	silvia.aerni@lindenhof-oftringen.ch	Psychiatrie -Spitex Einsätze Kanton AG und SO
SO	1	Psychiatrische Spitex		www.spitex-thdo.ch	info@spitex-thdo.ch	
SO	1	Regina Bucher, Psychiatrische Pflege und Begleitung zu Hause		www.regina-bucher.ch	mail@regina-bucher.ch	
SO	1	Spitex Bucheggberg		www.spitex-bucheggberg.ch		
SO	1	Spitex Gäu		info@spitex-gaeu.ch	franziska.thomet@spitex-gaeu.ch	
SO	1	Step by step (Susanna Loosli)		www.vapp.ch	sue@besonet.ch	Freiberufliche Psychiatriepflegefachfrau HF
SO	1	Support- Art, Ambulante psychiatrische Pflege		www.support-art.ch	rea.hochuli@support-art.ch	Rehab.- Psychiatrie, Psychogeriatric, Bariatrische Chirurgie
SO	1	unter Spitex Sol. Leimental		www.blumenrain.ch	info@pitex-solei.ch	wir sind vernetzt mit der Stiftung Blumenrain
SO	1	VivAnthro, ambulante psychiatrische u. allgem. Pflege			martina.menne@gmx.de	
SO	1			www.graziella-burri.ch	079 721 00 12	
SO	2	Alterspsychiatrischer Konsiliardienst	Solothurner Spitäl SOH	www.so-h.ch/psychiatrische-dienste/institute/kliniken-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/alterspsychiatrie.html		Behandlungszentrum für Alterspsychiatrie, Solothurner Spitäl SOH
SO	2	Aufsuchender ärztlicher Konsiliardienst für die Heime oder betreutes Wohnen	Solothurner Spitäl SOH	www.so-h.ch		
SO	2	Home Treatment der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Solothurner Spitäl SOH	www.so-h.ch/psychiatrische-dienste/institute/kinder-und-jugendpsychiatrie/ambulantes-angebot/hometreatment.html		
SO	2	Konsilisardienst Behandlungszentrum für Psychose	Solothurner Spitäl SOH	www.so-h.ch	beat.nick@spital.so.ch	
SZ						
SZ	1	Spitex Kanton Schwyz		www.spitexsz.ch	info@spitexsz.ch	
SZ	1	Ambuante Kranken- und Psychiatriepflege Zentralschweiz GmbH		www.akpz.ch	041 511 35 35	Psychiatrische Grundversorgung, Zusatzangebote für Menschen mit Depressionen, diverse Gruppenangebote
SZ	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex-untermarch.ch	Gaby Glaser	
SZ	1	Elisabeth Bleiker, ambulante psychiatrische Pflege		www.spitex-hoeft.ch	psychiatrie@pitex-hoeft.ch	Schwerpunkt Erwachsenenpsychiatrie

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
SZ	1	Spitex Obermarch		www.spitex-obermarch.ch		
SZ	3	Begleitetes Wohnen	Stiftung Phönix Schwyz	www.phoenix-schwyz.ch		
TG						
TG	1	Spitex Verband Thurgau		www.spitextg.ch	info@spitextg.ch	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Mirjam Althaus	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.camino-app.ch	Bettina Baumeler	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Mila Fuentes	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Edith Göhringer - Ambühl	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Claudia Herzig	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.camino-app.ch	Barbara John	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.kempecare.ch	Viola Kempe	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Silvia Künzler	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.camino-app.ch	Jacqueline Peterli	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Steffen Plischke	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Gabriela Schläfli	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex-region-kreuzlingen.ch	Liddy Schwemer	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.apsy-tg.ch	Mirko Stankovic	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Marco Tulinski	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Eva Wagner	
TG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Patricia Zwick	
TG	1	Camino, U. Wittschorek		www.camino-app.ch	u.wittschorek-camino@atlina.ch	APP
TG	1	Jachin Pflege		www.jachinpflege.ch	etzi@sunrise.ch	DBT auch ambulant
TG	1	Psychiatrische Spitex Katja Engler		www.vapp.ch	engler.spitex@hotmail.com / 076 724 74 81	Psychiatrische Bedarfsabklärungen, Ambulante psychiatrische Pflege und Betreuung
TG	1	Vedanta-Care Kraus-Meyer		www.vedanata-care.ch	Sylvia Kraus	
TG	2	Ambulante Psychiatrische Pflege	Clienla Littenheid AG	www.clienla.ch	info.frauenfeld@clienla.ch, info.sirnach@clienla.ch	
TG	2	Externe Psychiatrische Dienste Thurgau Frauenfeld und Sirnach	Clienla Littenheid AG	www.clienla.ch	info.frauenfeld@clienla.ch, 071 929 67 67, info.sirnach@clienla.ch, 071 929 64 64	
TG	2	Konsiliar- und Liaisondienst der Externen Psychiatrischen Dienste Thurgau	Clienla Littenheid AG	www.clienla.ch	info.frauenfeld@clienla.ch, info.sirnach@clienla.ch	Spezielles K&L Angebot im Bereich ambulante Alterspsychiatrie und -psychotherapie
TG	2	Poststationäre Übergangspflege	Clienla Littenheid AG	www.clienla.ch	info.frauenfeld@clienla.ch, info.sirnach@clienla.ch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
TG	2	Aufsuchende Familientherapie (AFT)	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/psychiatrische-dienste-thurgau/aufsuchend/aufsuchende-familientherapie-aft	ute.fuerstenau@stgag.ch	
TG	2	Intensivierte systemische Therapie IST	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/psychiatrische-dienste-thurgau/aufsuchend/intensivierte-systemische-therapie-ist	ute.fuerstenau@stgag.ch	
TG	2	Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhalten und Multisystemische Therapie Kinderschutz MST CAN (child abuse and neglect)	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/psychiatrische-dienste-thurgau/aufsuchend/multisystemische-therapie-mst	bruno.rhiner@stgag.ch	Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens/und oder Abhängigkeitserkrankung, Kinder/Jugendliche aus Familien mit Gefährdung/Kinderschutzgründen
TG	2	SOMOSAmobil	Modellstation SOMOSA	www.somosa.ch		junge Männer 14-18 Jahre
TG	2	Intensive Case Management	Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/ambulante-erwachsenenpsychiatrie/ambulante-erwachsenenpsychiatrie-thurgau/aufsuchende-therapien/intensive-case-management	ralf-peter.gebhardt@stgag.ch	
TG	2	Konsiliar- und Liaisondienst (Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Psychiatrischen Dienste Thurgau)	Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/ambulante-erwachsenenpsychiatrie/ambulante-erwachsenenpsychiatrie-thurgau/aufsuchende-therapien/konsiliar-liaisondienst-alterspsychiatrie	ralf-peter.gebhardt@stgag.ch	Demenzpatienten und deren Angehörige
TG	2	Krisenintervention/Notfallversorgung für PatientInnen der Erwachsenenpsychiatrie	Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/ambulante-erwachsenenpsychiatrie/ambulante-erwachsenenpsychiatrie-thurgau/ambulatorien	marko.hurst@stgag.ch	
TG	2	Poststationäre Übergangsbehandlung	Spital Thurgau (STGAG)	www.stgag.ch/fachbereiche/ambulante-erwachsenenpsychiatrie/ambulante-erwachsenenpsychiatrie-thurgau/aufsuchende-therapien/poststationaere-uebergangsbehandlung	ralf-peter.gebhardt@stgag.ch	
TI						
TI	1	Servizi di Assistenza e Cura a domicilio (SACD)	www.sacd-ti.ch	conferenzasacd@sacd-ti.ch		
TI	1	Assistenza e cure a domicilio del bellinzone	ABAD Bellinzona	www.abad.ch	info@abad.ch	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
TI	1	Gruppo psichiatria e psico-geriatria a domicilio (GPP)	Servizio psichiatria a domicilio - ALVAD	www.alvad.ch	info@alvad.ch	
TI	1	Infermiere/i indipendenti psichiatrici	www.asiticino.ch/indipendenti/lista-infermieri-indipendenti	Patrizia Pasciuti		
TI	1	Infermiere/i indipendenti psichiatrici	www.asiticino.ch/indipendenti/lista-infermieri-indipendenti	Allessandra Poloni		
TI	1	Infermiere/i indipendenti psichiatrici	www.asiticino.ch/indipendenti/lista-infermieri-indipendenti	Cristina Tattarletti		
TI	1	Centro cure infermieristiche		www.centrocure.ch	info@centrocure.ch	
TI	1	infermiera in salute mentale, sostegno psicosociale		Tamara Arigoni	t.arigoni@iiti.ch	079 343 84 41
TI	1	Infermiera psichiatrica indipendente		Raffaella Cammarote	raffaella.cammarota@sunrise.ch	
TI	1	Internursing Cure psichiatriche		www.internursing.ch	091 960 53 60	Servizio per adulti ed anziani
TI	1	Spitex Hannelore Pieroni Sagl		www.hpieroni.ch	091 630 66 80	equipe psichiatrica e psicogeriatrica
TI	2	Equipe Progetti Complessi	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)		thomas.emmenegger@ti.ch / 079 50 30 564	
TI	2	Home treatment - Psichiatria acuta territoriale CPC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)	www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chiamo/home-treatment	raffaellaada.colombo@ti.ch	Psichiatria Acuta Domiciliare
UR						
UR	1	Spitex Uri		www.spitexuri.ch	info@spitexuri.ch	
UR	2	Ambulante Psychiatriepflege	Sozial Psychiatrischer Dienst Uri	www.triaplus.ch	app-ur@triaplus.ch	
UR	2	Konsiliar- bzw. Beratungsdienste bei Pflegeheimen und Wohnheim Phönix	Sozial Psychiatrischer Dienst Uri	www.triaplus.ch		
VD						
VD	1	Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD)		http://www.avasad.ch		
VD	1	Cabinet 35		www.cabinet35.ch	alexiantantz@gmail.com	
VD	1	Cabinet infirmier en soins généraux et psychiatrie			isabelle.balestra@gmail.com	
VD	1	Cabinet infirmier La Maraude		www.lamaraude.ch	079 739 69 87	prevention de la rechute, directives anticipées en psychiatrie, thérapies cognitives et comportementales, évaluation du

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
VD	1	Espace santé mentale		espacesantementale.ch	cabinet.yannick.gautier@gmail.com	risque suicidaire, etc...
VD	1	Infirmière en psychiatrie et santé mentale		Catherine Darbellay Fournier	079 213 34 79	Gestion du stress, burn-out, douleurs psychosomatiques
VD	1	Infirmière indépendante en psychiatrie		Geneviève Annen	genevieve.annen@bluewin.ch	Suivi individualisé lors de maladie psychiatrique; soutien et/ou gestion de la médication; soutien pour la gestion du quotidien; soutien pour gérer les symptômes de la maladie et dans les moments de crises
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Isabelle Baudois	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Pascal Bourne	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Claire Buri	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Christine Chételat Bequet	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Frederic Chrzanowski	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Delphine Cottet	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Constance Denis	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Arnaud Diserens	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Lena Garcia	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Simone Haenggeli	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Lorna Hall-Hutcheson	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		Jean-Philippe Louis	jp.louis@bluewin.ch	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Ronald Marbehant	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Barbara Martin	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Catherine Matter	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Isabelle Meyer Siegenthaler	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Javad Nazery	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Claude Robert	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Jacques Rohrbach	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Doina Rölli Toma	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Graziella Rothmann	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Laurent Schönmann	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Delphine Spangenberg-Gofi	
VD	1	infirmières et infirmiers indépendant-e-s spécialisés en psychiatrie		www.curacasa.ch	Palmira Zibung	
VD	1	lucia mathys infirmière en psychiatrie à domicile		www.curacasa.ch	luciamathys@hotmail.com	identification des ressources et besoins- suivi thérapeutique court ou long terme- soutien aux proches- collaboration avec le réseau de soins
VD	1	PSYDOM		www.psydom.ch	Fabien Mock	
VD	1	PSYDOM		www.psydom.ch	psydom@psydom.ch, Gérard Villarejo	Soins psychiatriques et psychologiques ambulatoires; Coaching AI
VD	1	Services psychiatriques mobiles		Brigitte Daetwyler	br.daetwyler@bluewin.ch	
VD	1	Soins infirmiers psychiatriques. Christian Cornu			soins-psy@cornu.net079 322 33 17	
VD	1	Soins psychiatriques à domicile		Sandrine Heller Miazza	s.hellermiazza@gmail.com	
VD	1				Masiggis@msn.com	Nachbetreuung nach Spitalaufenthalt, Begleitung und Unterstützung der Klienten und deren

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
						Angehörigen Anfrage von Betroffenen ohne Spitalaufenthalt
VD	2	Case management de transition (CMT)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles	pco.upm@chuv.ch 09 556 09 47	
VD	2	Equipe mobile adolescents (EMA)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles		
VD	2	Équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles	Dr Ebbing, 0793104091	Groupe cible personnes âgées à domicile ou dans des institutions
VD	2	Service de psychiatrie de liaison (PLI)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles		
VD	2	Suivi intensif dans le milieu (SIM)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles	pco.upm@chuv.ch 079 556 09 47	
VD	2	Suivi Intensif pour problèmes d'addiction (SIMA)	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles	pco.upm@chuv.ch 079 556 09 47	
VD	2	TIPP détection et traitement des premiers épisodes psychotiques	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	www.chuv.ch/psychiatrie/dp-projets-equipemobiles	021 314 00 50	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445318
VS						
VS	1	Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren		www.cms-smz-vs.ch	info@cms-smz-vs.ch	
VS	1	Cabinet infirmier en soins généraux et psychiatrie			isabelle.balestra@gmail.com	
VS	1	Espace santé mentale		espacesantementale.ch	cabinet.yannick.gautier@gmail.com	Gestion du stress, burn-out, douleurs psychosomatiques
VS	1	Psychiatrische Pflege im Sozialmedizinischen Zentrum Oberwallis		www.smzo.ch		
VS	1	Sozial Psychiatrische Spitex Oberwallis		www.spspitex.ch	spspitex@gmx.ch	
VS	1	Suivi en soins infirmiers en santé mentale à domicile			infirmier.hg.saillon@gmail.com	
ZG						
ZG	1	Fachbereich Psychiatrische Krankenpflege Spitex Kanton Zug		www.spitexzug.ch	info@spitexzug.ch/ 041 729 29 29	
ZG	1	Ambuante Kranken- und Psychiatriepflege Zentralschweiz GmbH		www.akpz.ch	041 511 35 35	Psychiatrische Grundversorgung, Zusatzangebote für Menschen mit Depressionen, diverse Gruppenangebote

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
ZG	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Robert Hafner	
ZH						
ZH	1	Spitex Verband Kanton Zürich		www.spitexzh.ch	info@spitexzh.ch	
ZH	1	Ambuante Kranken- und Psychiat- riepflege Zentralschweiz GmbH		www.akpz.ch	041 511 35 35	Psychiatrische Grundver- sorgung, Zusatzangebote für Menschen mit Depres- sionen, diverse Gruppen- angebote
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vp-spitex.ch	Karin Baumeler	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.nursing-care.ch	Reto Buchli	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.begleitetundbetreut.ch	Janine Burger	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.uster.ch/spitex	Heidi Corletto-Weder	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Susan Duss	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Rahel Fluck	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.lucia-fresca.ch	Lucia Fresca	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.privat-pflege.ch	Hedi Hauswirth	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.care-for-you.ch	Regula Hüsser	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.diheibliibe.ch	Barbara Kaiser	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.kempecare.ch	Viola Kempe	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege			aija.kinnunen@bluewin.ch	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Beatrice Köppel	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.knowledge-nursing.com	Daniel Kottonau	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Yrene Mönch	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.steinbock3000.ch	Elsy B. Moser	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.knowledge-nursing.com	Gert Njiland	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Christine Olsen-Sickinger	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.ps-morgenstern.ch	Hülya Pinkwasser	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex24.ch	Dusan Popovic	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vp-spitex.ch	Rajko Janek Rakus	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Marlise Ruffner	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.spitex-toesstal.ch	Maurizio Rutishauser	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.weitergehen.ch	Beat Von Ballmoos	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.einsicht.ch	Ulrich Weidmann	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Melanie Wettig	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	Renata Zanini	
ZH	1	Ambulante Psychiatrische Pflege		www.vapp.ch	marco-frey@gmx.ch / 077 4238280	Suchtbewältigung, Beglei-

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
		Obertor, Winterthur				tung der Arbeitsintegration, DBT Elemente
ZH	1	Ambulante Sozialpsychiatrische und Psychosoziale Betreuung und Be- gleitung, Silvia Vontobel Zürich			079 833 29 30 / 044 272 92 20	Stadt Zürich, aufsuchende Begleitung
ZH	1	ambulantpflege yvonne muhl		www.ambulantpflege.ch	pflegemuhl@bluewin.ch	
ZH	1	B. Regenscheit, Privater psychiatri- scher Spitexdienst		www.seelengrund.ch	S.HP	
ZH	1	Begleitet und Betreut		www.begleitetundbetreut.ch	info@begleitetundbetreut.ch	Ambulante Psychiatrische Pflege für Erwachsene in der Stadt Zürich
ZH	1	candrian app		www.candrian-app.ch	kontakt@candrian-app.ch	Ambulante psychiatrische Pflege für Kinder, Jugend- liche und Erwachsene
ZH	1	Case Management und Begleitung in häuslicher Umgebung		www.fiorebianco.ch	bianco@fiorebianco.ch	komplexe Situationen
ZH	1	Christine Hunziker, Psycho-soziale Spitex		www.vapp.ch	076 519 00 06 / christineeva@bluewin.ch	Stadt Zürich und Schwerzenbach
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Marianne Bänninger	
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Nadine Gisler	
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Stefan Luzi	
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Beatrice Regazzoni	
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Marie - Louise Roches	
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Andrea Schoch, a.schoch@gepswinterthur.ch	
ZH	1	GEPS Winterthur		www.gepswinterthur.ch	Karel Suler	
ZH	1	GEPS Zürich Unterland		www.geps-zu.ch	Judith Bentele	
ZH	1	GEPS Zürich Unterland		www.geps-zu.ch	Core Anne Maag	
ZH	1	Jachin Pflege		www.jachinpflege.ch	etzi@sunrise.ch	DBT auch ambulant
ZH	1	Knowledge & Nursing		Www.knowledge-nursing.com	0764241133	
ZH	1	Mozemo		www.mozemo.ch	m.zivkovic@mozemo.ch	Erwachsene und jugendli- che die eine Psychiatri- sche begleitung brauchen!
ZH	1	Psychiatrische Pflege ambulant & zu Hause		www.psychiatriepflege.com	Caterina Nidegger, nidegger@psychiatriepflege.com	
ZH	1	Psychiatrische Spitex		www.vapp.ch	r.locatelli@sunrise.ch055 241 10 18	
ZH	1	Psychiatrische Spitex der Spitex Knaueraueramt		www.spitexka.ch	maja.bruehlmann@spitexka.ch	
ZH	1	Psychiatrische Spitex, Bezirk Meilen		www.geist-koerper-seele.ch	susanna.dolci@gmx.ch	Psychosoziale Spitex,

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
		und Stadt Zürich				Krisenintervention
ZH	1	Psychosoziale Spitex Limmattal		www.psychosoziale-spitex.ch	info@psychosoziale-spitex.ch	
ZH	1	socialcare eG		www.social-care.net	info@social-care.net	Ambulante psychiatrische Pflege
ZH	1	Spitex Glattal		www.spitexglattal.ch	info@spitexglattal.ch / 044 835 12 12	
ZH	1	Spitex Richterswil / Samstagen		www.spitex-richterswil.ch		
ZH	1	Spitex Zürich Limmat AG, Fachstelle für Psychosoziale Pflege und Betreuung		www.spitex-zuerich.ch	058 404 36 36	Die Fachdienste für Psychosoziale Pflege und Betreuung der Spitex Zürich unterstützen Menschen in psychischen Ausnahmesituationen.
ZH	1	Yvonne Raap			pflgeraapy@gmx.ch	Palliativ Pflege
ZH	2	Konsiliar-und Liaisondienste Spitäler Wetzikon, Uster und Männedorf	Clienla Schlössli AG	www.clienla.ch		
ZH	2	Konsiliar-und Liaisondienste Heime Zürcher Oberland, Pfannenstielregion und rechtes Zürichseeufer	Clienla Schlössli AG	www.clienla.ch		
ZH	2	Mobile Equipe Wetzikon und Männedorf	Clienla Schlössli AG	www.clienla.ch		
ZH	2	Case Management	Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (ipw)	www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/angebote_fachbereiche/weitere_angebote/case_management.html	info@ipw.zh.ch	
ZH	2	Mobile Equipe Gemeindenahe alterspsychiatrische Ambulanz & Tagesklinik (GAT) Winterthur und Glattbrugg	Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (ipw)	www.ipw.zh.ch	info@ipw.zh.ch	
ZH	2	Aufsuchender Gerontopsychiatrischer Interprofessioneller Liaisondienst (AGIL)	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)	www.pukzh.ch/unsere-angebote/alterspsychiatrie/angebote/aufsuchende-dienste/agil		
ZH	2	Home Treatment	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)	www.pukzh.ch/hometreatment	hometreatment@puk.zh.ch / +41 (0)44 384 28 58	
ZH	2	Mobiler Dienst für Wohnversorgung (MDW)	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)	www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/konsiliar-liaisondienst/mobiler-dienst-fuer-wohnversorgung	mdw@puk.zh.ch / +41 (0)44 384 29 14 /	
ZH	2	Mobile Krisenintervention in der Stadt Zürich, MoKiT - Kompass,	Städtärztlicher Dienst Zürich	www.stadt-zuerich.ch/ppz	044 412 48 00	

KT CT	Typ Type	Name Nom	Institution Institution	Homepage Page d'accueil	Kontakt Contact	Weiteres Autre chose
		Stadt Zürich				
ZH	3	SOMOSAmobil	Modellstation SOMOSA	www.somosa.ch		junge Männer 14-18 Jahre

Anmerkung: Typ 1: Ambulante psychiatrische Pflege von freiberuflichen Psychiatriepflegefachpersonen und von Spitex-Diensten; Typ 2: Mobile psychiatrische Dienste von Spitälern und Psychiatrien (Konsiliar- und Liaisondienste; Mobile Einheiten von Spitälern und psychiatrischen Kliniken); Typ 3: Mobile Dienste anderer Anbieter
 Quelle: Kantonsbefragung 2017, Anbieterbefragung 2017, Informationen Verein Ambulante Psychiatrische Pflege (VAPP), Informationen Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz (CURACASA), ergänzende Recherchen Forschungsteam, Eigene Darstellung BASS

Förderung der Eigenverantwortung in der sozialen Krankenversicherung der Schweiz i eine Bestandesaufnahme

Dr. oec. Hans-Peter Studer

Sinn und Zweck des vorliegenden Grundsatzpapiers

**Kopfprämien als
ÄUnikum, für das
sich auch andere
Länder interessieren**

Mit dem System der Kopfprämien in der sozialen Krankenversicherung verfügt die Schweiz über ein ÄUnikum, das zunehmend auch für andere Länder von Interesse ist. Denn anders als lohnfinanzierte Prämien ermöglichen Kopfprämien ein hohes Mass an *Eigenverantwortung der Versicherten*, vor allem dann, wenn sie mit alternativen Versicherungsmodellen kombiniert werden. Diese führen erwiesenermassen zu erheblichen *kosten-dämpfenden Wirkungen*.

Das Potenzial alternativer Versicherungsmodelle ist bei weitem noch nicht ausgeschöpft

Allerdings schöpfen wir auch in der Schweiz das Potenzial kostensenkender Versicherungsmodelle bei weitem noch nicht aus. Das vorliegende Grundsatzpapier dient zum einen der *Bestandesaufnahme* und zeigt des weiteren auf, in welcher Hinsicht und mit welchen *neuen Modellen* die vorhandenen Möglichkeiten zur Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten im Interesse eines auch weiterhin finanzierbaren Gesundheitswesens ausgebaut und verstärkt werden können.

Einleitung

**Das KVG hat die
Erwartungen nur
bedingt erfüllt**

Die hohen Erwartungen und Versprechungen an das neue KVG haben sich bisher nur sehr bedingt erfüllt. Vor allem konnten die alljährlichen Kostensteigerungen nicht eingedämmt werden. In den Jahren 1998 bis 2000 stiegen zwar die Prämien in der Grundversicherung etwas weniger stark an als im langjährigen Durchschnitt, dies aber vor allem deshalb, weil das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) die Versicherer über nicht kostendeckende Prämien zwang, Reserven abzubauen.

**Zunahme der Prämien
2003 um 9,6 Prozent**

Um so grösser scheint jetzt der *Nachholbedarf* zu sein. Die Zunahme der Prämien in der Grundversicherung für das Jahr 2003 um 9,6 Prozent lässt jedenfalls für die Zukunft aus Sicht der Kostenzahler nichts Gutes erwarten. Bereits heute ist das *Schweizerische Gesundheitswesen das zweitteuerste der Welt*. Fast jeder neunte Franken wird mittlerweile in diesem lukrativen Wachstumsbereich der Wirtschaft umgesetzt, und insgesamt belaufen sich die jährlichen Gesundheitskosten bereits auf mehr als 45 Milliarden Franken.

**Fast jeder 9. Franken
wird im Gesundheitswesen umgesetzt**

Von der Solidarität zur Selbstbedienung

Vielfältige Ursachen der Kostensteigerung

Die Ursachen für die ständigen Kostensteigerungen sind sehr vielschichtig. Im Buch *„Gesundheit in der Krise“* wurden sie in ihrer Vernetzung ausführlich dargestellt.^{*)} Neben gesellschaftlichen Faktoren wie der Zunahme von *Stress, Angst, Sucht oder sozialer Vereinzelung*, dem *steigenden Durchschnittsalter* der Bevölkerung, der einseitigen Ausrichtung einer immer stärker *technisierten Reparaturmedizin*, den damit verbundenen *Gewinninteressen* und der *hohen Ärzte- und Spitalbettendichte* spielt dabei auch das *Anspruchsverhalten der Patientinnen und Patienten* eine wesentliche Rolle. An sich in einer Konsumgesellschaft nichts Aussergewöhnliches, wird es durch Werbung und medienwirksame *Sensationsmeldungen neuer Therapieerfolge* gezielt verstärkt.

Krankenversicherung als Selbstbedienungsgeschäft

Zusätzlich genährt wird dieses Anspruchsverhalten darüber hinaus durch die Besonderheiten, die ein Sozialversicherungssystem mit sich bringt. Einst geschaffen, um die Kostenrisiken eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung eines Einzelnen auf die *Solidargemeinschaft der Versicherten* zu verteilen, hat sich die Krankenversicherung heute zu einer Art *„Selbstbedienungsladen“* entwickelt:

Nur das „Beste und Teuerste ist gut genug

Je noch höher die zwangsweise zu entrichtenden Prämien werden, desto ausgeprägter fühlt sich der Einzelne legitimiert, sie im Krankheitsfall dadurch wieder zurück zu *„ergattern“*, dass ihm nur das *„Beste und Teuerste“* gut genug ist. Und auch der Arzt oder die Ärztin hat oft wenig Skrupel, *den Patienten das Gewünschte zu verschreiben*, weil die Kosten ja nur zu einem sehr geringen Teil an diesen hängen bleiben und umgekehrt den eigenen Verdienst aufbessern. Zudem will er oder sie nicht Gefahr laufen, einen Patienten an einen kulanteren Kollegen zu verlieren.

Vergleichsweise hohe Kostenbeteiligung

Vergleichsweise hohe Selbstbehalte, die kostendämpfend wirken

Das neue KVG trägt diesem zentralen Schwachpunkt der sozialen Krankenversicherung zwar Rechnung. So gelten für die Patientinnen und Patienten in der Schweiz *Kostenselbstbehalte, die sich im internationalen Vergleich sehen lassen können*: Die ersten 230 Franken müssen sie zur Zeit jährlich selber berappen und darüber hinaus sowohl für ambulante und stationäre Leistungen 10 Prozent der Kosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 600 Franken übernehmen. Für Personen ohne Unterhaltspflichten kommen noch 10 Franken pro Spitalaufenthaltstag hinzu. Diese vergleichsweise hohe Selbstbeteiligung an den Kosten wirkt patientenseitig als gewisse *Hemmschwelle für die beliebige Inanspruchnahme von Leistungen*.

^{*)} Das Buch *„Gesundheit in der Krise“* umfasst 415 Seiten und ist zum Spezialpreis von Fr. 15.- zuzüglich Versandkosten direkt beim Autor erhältlich: Hans-Peter Studer, Rickstrasse 31, 9037 Speicherschwendi, Tel. 071 344 38 37, Fax 071 344 38 40, E-mail: hpstuder@kmu.ch

Weg frei für alternative Versicherungsmodelle

Darüber hinaus hat das KVG bewusst den Weg für alternative Versicherungsmodelle geebnet, welche sowohl auf Seiten der Leistungsanbieter als auch der Versicherten Anreize für einen kostenbewussten Umgang mit den Leistungen setzen:

HMOs mit veränderten Anreizstrukturen

Fixes Gehalt für Ärzte statt Verdienst durch Einzelleistungen

Aus den USA übernommen wurde das Konzept der so genannten *Gesundheitszentren* (HMOs), bei welchem die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr an den verschriebenen Einzelleistungen verdienen, sondern ein fixes Gehalt mit allfälliger Gewinn- oder Verlustbeteiligung beziehen.

Gewinne ergeben sich dabei daraus, dass die effektiven Kosten während der Rechnungsperiode unter den gesamten Prämienbeiträgen der angeschlossenen Versicherten liegen. Aufgrund dieser veränderten Anreizstrukturen haben die in einer HMO tätigen Ärztinnen und Ärzte ein Interesse daran, dass die *Versicherten möglichst gesund bleiben oder im Krankheitsfall wirksam und kostengünstig behandelt werden*.

Einsparungen sind grösser als Rabatte

Die Patienten umgekehrt geben zwar das Recht auf, ausser in Notfällen und für gynäkologische oder augenärztliche Untersuchungen direkt andere als die HMO-Ärzte zu konsultieren, erhalten dafür aber einen Prämienrabatt von bis zu 20 Prozent. Höher darf er von Gesetzes wegen vorderhand nicht sein, obwohl die Einsparungen in vor allem dank *weniger Spitaleinweisungen* zum Teil noch grösser wären. Weil das Modell zudem auf *Grossagglomerationen* ausgerichtet ist und bislang nur von grösseren Krankenkassen mit in der Regel überdurchschnittlich hohen Grundprämien angeboten wird, vermochte es sich in der Schweiz noch nicht wirklich durchzusetzen.

Hohe Zufriedenheit der HMO-Versicherten

Insgesamt jedoch wurden *gute Erfahrungen auch mit der Zufriedenheit der Versicherten* gemacht. Weil sie jedes Jahr die Möglichkeit haben, wieder in eine konventionelle Versicherungsform zu wechseln, wurden bisher in im Gegensatz zu den USA *keine Tendenzen zur Unterversorgung* der Patientinnen und Patienten festgestellt.

Hausarztssysteme und PPOs (Preferred Provider Organisations)

Hausärzte als Gatekeeper

Ebenfalls noch nicht durchgesetzt hat sich eine Abwandlung des HMO-Modells, das Hausarztssystem, welches sich besonders auch für *ländliche Gebiete* eignet. Dabei verpflichten sich die Versicherten, vorerst einen Hausarzt ihrer Wahl zu konsultieren, der als *Gatekeeper* tätig wird und sie nur bei Bedarf an einen Spezialarzt oder in eine stationäre Einrichtung weiterweist. Dafür erhalten die so Versicherten einen Prämienrabatt von bis zu 10 Prozent.

Die Anreize zu einem kostenbewussten Verhalten sind noch zu gering

Dieses Modell vermochte die ursprünglichen Erwartungen vor allem deshalb noch nicht zu erfüllen, weil es primär von einigermaßen gesunden Versicherten gewählt wurde und weil die beteiligten Ärztinnen und Ärzte *noch kaum wirksame Anreize zu einem kosteneffizienteren Behandlungsstil und Überweisungsverhalten* hatten.

Light-Listen mit kostengünstigen Ärztinnen und Ärzten ...

Die Krankenkasse Swica versuchte dahingehend eine Art griffigere Variante des Hausarztsystems zu verwirklichen, als sie kostengünstigere Ärztinnen und Ärzte auf einer so genannten „Light“-Liste zusammenfasste und jenen Versicherten einen Rabatt gewährte, welche sich verpflichteten, *ausschliesslich diese Listenärzte zu konsultieren*. Vor allem seitens der Ärzteschaft löste dieses Modell, das neu Favorit Medica heisst und in ähnlicher Form inzwischen auch von der Krankenkasse Panorama angeboten wird, beträchtlichen Wirbel aus.

... als Vorgeschmack auf die Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Dieses PPO-Modell bot damit einen Vorgeschmack auf die beabsichtigte Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Jedenfalls dürfen zur Beurteilung der Frage, ob ein Arzt kostengünstig behandelt oder nicht, *nicht nur die absoluten Kosten herangezogen* werden, sondern vor allem auch *die Art und die Schwere der Erkrankungen der Patientinnen und Patienten*.

Bonus-Versicherung mit ungünstigen Rahmenvorgaben

Einsparversuche bei den Versicherten

Während das HMO-Modell und in noch zu wenig ausgeprägter Form auch die Hausarzt-Systeme die Anreize für ein kostenbewussteres Verhalten in erster Linie auf Seite der Leistungserbringer setzen, fokussieren andere alternative Versicherungsmodelle stärker auf die *Versicherten*, allerdings ebenfalls mit unterschiedlichem Erfolg.

Bonus-Modell setzte sich nicht durch

Bisher nicht durchzusetzen vermochte sich das Bonus-Modell, das sich am Grundsatz der Autohaftpflichtversicherung orientiert. „Schadenfreie“ Jahre, in denen keine Leistungen bezogen wurden, führen zu einem Prämienbonus von 15 Prozent, der maximal dreifach kumuliert werden kann. Allerdings ist die *Ausgangsprämie um 10 Prozent höher* als bei einer konventionellen Versicherung. Der maximal mögliche Prämienrabatt beläuft sich somit auf 35 Prozent.

Zudem blieb der Versicherte bisher während fünf Jahre an das Modell gebunden und konnte während dieser Zeit auch den Versicherer nicht wechseln. Im ungünstigsten Fall bezahlte er somit während fünf Jahren eine um 10 Prozent höhere Prämie als konventionell Versicherte. Wegen dieser *nachteiligen Rahmenbedingungen* fand das Bonus-Modell bislang kaum Verbreitung und wird nur von ganz wenigen Grosskassen mit vergleichsweise teuren Grundprämien überhaupt angeboten.

Freiwillig erhöhte Franchisen

Freiwillig erhöhte Kostenselbstbehalte i vor allem in Kantonen mit hohem Prämienniveau

Weit verbreitet ist demgegenüber das alternative Versicherungsmodell freiwillig erhöhter Franchisen i vor allem in jenen Kantonen mit hohen Prämien für die Grundversicherung. Wer statt der gesetzlich vorgeschriebenen Franchise von 230 Franken vorerst 400 Franken pro Jahr selber trägt, erhält zur Zeit einen Prämienrabatt von bis zu 8 Prozent. Bei einer Franchise von 600 Franken beträgt der Rabatt bis zu 15 Prozent, bei 1200 Franken Franchise bis zu 30 Prozent und bei einer Franchise von 1500 Franken sogar bis zu 40 Prozent.

Seit zwei Jahren konnte dabei der *maximale Rabatt nicht mehr höher sein als das zusätzliche Kostenrisiko*, welches der Versicherte im Vergleich zur gesetzlichen Minimalfranchise übernahm. Das wirkte sich in teuren Kantonen und auch bei Versicherern mit hohen Prämien dahingehend aus, dass die vorgesehenen maximalen Prämienrabatte unter Umständen gar nicht mehr gewährt werden konnten.

Leistungen werden zurückhaltender konsumiert

Das Modell des freiwillig erhöhten Kostenselbstbehalts hat jedoch den Vorteil, dass die Versicherten sich bis zum Erreichen der Franchise weit eher die Frage stellen, *ob sie eine medizinische Leistung tatsächlich in Anspruch nehmen wollen* oder nicht. Ein Nachteil kann darin bestehen, dass ein Arztbesuch in Einzelfällen zu lange hinausgeschoben wird. Vor allem aber wird das Gegenteil der Fall sein: Es wird vermieden, dass vor schnell ein Arzt aufgesucht wird und damit unnötige oder allenfalls sogar mit Nebenwirkungen behaftete Leistungen ausgelöst werden.

Sehr hohe Franchisen nur für ~~Ä~~Gutsituierten

Ein weiterer *Vorbehalt* gegenüber dem Modell erhöhter Franchisen besteht darin, *nur einigermassen wohlhabende Versicherte* könnten sich das Risiko eines hohen Kostenselbstbehalts von 1200 oder gar 1500 Franken überhaupt leisten i auch deshalb, weil die Möglichkeit, sich gegen das Franchisenrisiko zu versichern, vom Gesetzgeber ausdrücklich untersagt wurde. Zudem seien *gesunde Versicherte im Vorteil*. Dies gelte um so mehr, als sie bei einer schwereren Erkrankung die Franchise innerhalb der ordentlichen Kündigungsfrist wieder auf das gesetzliche Minimum senken können.

Erhöhte Franchisen fördern die Eigenverantwortung

Allerdings hat sich gezeigt, dass der *beträchtliche Spareffekt*, den freiwillig erhöhte Franchisen mit sich bringen, nicht nur dadurch bedingt ist, dass vor allem die ohnehin gesunden Versicherten davon profitieren. Vielmehr verstärkt das Modell offensichtlich auch die *Eigenverantwortung der Versicherten*, was dazu führt, dass diese umgekehrt den gemeinsamen Risikotopf auch im Krankheitsfall erheblich entlasten. Sobald allerdings die Franchisen-Obergrenze überschritten wird, entfällt dieser kostendämpfende Effekt wieder.

Das KVG bietet die Möglichkeit für neue alternative Versicherungsmodelle

Weitere alternative Versicherungsmodelle sind möglich

Obwohl die bisherigen alternativen Versicherungsmodelle mit Ausnahme desjenigen der freiwillig erhöhten Franchise den Durchbruch noch nicht wirklich geschafft haben, haben sie wesentlich dazu beigetragen, den Kostenanstieg in der Grundversicherung zu dämpfen. Es muss deshalb als eine *Stärke des neuen KVG* bezeichnet werden, dass es alternative Versicherungsmodelle gesetzlich verankert und in Artikel 62, Absatz 2 ausdrücklich die *Möglichkeit eröffnet hat, neue Modelle einzuführen*. Dort heisst es:

Der Bundesrat kann weitere Versicherungsformen zulassen, namentlich solche, bei denen:

- a. die Versicherten die Möglichkeit erhalten, sich gegen eine Prämienermässigung stärker als nach Artikel 64 an den Kosten zu beteiligen;
- b. die Höhe der Prämie der Versicherten sich danach richtet, ob sie während einer bestimmten Zeit Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht.ñ

Vorbehalten bleibt dabei der *Risikoausgleich*, den die Versicherer abgestuft nach Alter und Geschlecht der Versicherten in den Risikoausgleichsfonds bezahlen müssen oder ï im Fall von älteren Versicherten ï von dort erhalten.

Pilotversuch mit Beratungszentrum

KPTwin.win

Entsprechend den gesetzlichen Möglichkeiten wurde vom Bundesamt für Sozialversicherung im September 2002 ein *dreijähriger Pilotversuch* mit einem neuen alternativen Versicherungsmodell bewilligt. Es wird von Medgate, einem unabhängigen ärztlichen Beratungszentrum für Versicherte, und der Krankenkasse KPT ab dem Jahr 2003 unter dem Namen *KPTwin.win* angeboten.

Der Patient kontaktiert zuerst telefonisch das Beratungszentrum

Die Grundidee besteht darin, dass sich KPTwin.win-Versicherte verpflichten, sich im Krankheitsfall ï mit der Ausnahme von Notfällen und einmal pro Jahr einer augenärztlichen oder gynäkologischen Untersuchung ï zuerst telefonisch an das Medgate-Beratungszentrum zu wenden. Dafür werden ihnen *100 Punkte gutgeschrieben*.

Kostenbewusstes Verhalten zahlt sich aus

Wenn sich ein versichertes Mitglied nun im Krankheitsfall an Medgate wendet, erhält es vom betreffenden Arzt telefonisch eine *Behandlungsempfehlung*. Falls es sich daran hält, bleibt sein Punktesaldo bestehen; wenn nicht, werden ihm von Medgate nach dem Vergleich mit den eingereichten Rechnungen Punkte abgezogen. Die verbleibende Punktzahl führt *am Jahresende* zu einer um so höheren *Prämienrückerstattung*, je grösser die gesamten Einsparungen des KPTwin.win-Versichertenkollektivs mit einer Vergleichsgruppe waren.

Die freie Arztwahl ist nur bedingt eingeschränkt

Das Modell hat eine Reihe von Vorteilen: Der Versicherte schränkt seine freie Arztwahl nur bedingt ein. Er kann auch nach einer Beratung durch Medgate selber andere als die empfohlenen Leistungserbringer konsultieren, nimmt damit jedoch *Punktabzüge* in Kauf. Falls der Patient umgekehrt die Behandlungsempfehlungen befolgt, kann durch die Ärztinnen und Ärzte von Medgate im Kontakt mit den Leistungserbringern und dem Patienten ein möglichst *optimaler Behandlungspfad* gewährleistet werden.

Sparanreize für das gesamte Versichertenkollektiv

Zudem beinhaltet das Modell nicht nur einen Sparanreiz für den einzelnen Versicherten, sondern auch für das gesamte Versichertenkollektiv. Je verantwortungsbewusster die KPTwin.win-Versicherten mit dem medizinischen Leistungsangebot umgehen, desto höher werden am Jahresende die individuellen Punkte bewertet und in einen entsprechenden Prämienrabatt umgemünzt.

Das Potenzial alternativer Versicherungsmodelle besser nutzen

Umfassende Leistungen zu hohem Preis

Das heutige schweizerische Krankenversicherungssystem hat zum Ziel, den Versicherten einen *breiten Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung* zu ermöglichen. Das ist bisher gut gelungen, allerdings zu einem im wahrsten Sinn sehr hohen Preis.

Kostenproblematik wird sich weiter verschärfen

Die Kostenproblematik wird sich in Zukunft noch weiter verschärfen, weil sich zum einen die *Palette medizintechnologischer und pharmazeutischer Behandlungsmöglichkeiten ständig erweitert*, diese zum anderen aber oft nur die Symptome einer Krankheit zu beseitigen und zu lindern vermögen. Die *tieferliegenden Ursachen* des Krankheitsgeschehens jedoch werden von der überwiegend naturwissenschaftlich orientierten Medizin meist zu *wenig angegangen*. Auch werden die *Selbsteilkräfte* des Organismus *kaum gestärkt*, sondern weit eher unterdrückt und beeinträchtigt.

Rationierte Zweiklassenmedizin vermeiden

Soll deshalb die absehbare weitere Kostensteigerung nicht dazu führen, dass Leistungen bewusst rationiert werden müssen und damit einer *Zweiklassenmedizin* Tür und Tor geöffnet wird, gilt es, zum einen die *Schulmedizin mit der Komplementär- und Alternativmedizin zu ergänzen* und zum anderen den Solidaritätsgedanken in der Krankenversicherung gleichwertig mit demjenigen der *Eigenverantwortung* zu kombinieren. Mit anderen Worten, die Versicherten müssen stärkere Anreize als heute erhalten, verantwortungs- und kostenbewusst mit ihrer Gesundheit und einem allfälligen Krankheitsgeschehen umzugehen.

Solidarität mit Eigenverantwortung kombinieren

Eine Möglichkeit besteht darin, *die schon vorhandenen Anreize zu erhöhen*. So hat der Bundesrat bereits auf das Jahr 2004 eine Erhöhung der gesetzlichen Mindestfranchise auf jährlich 300 Franken beschlossen. Zudem wird der maximale 10prozentige Kostenselbstbehalt von jährlich 600 auf 700 Franken erhöht.

Bestehende Kostenbeteiligungen sollen erhöht werden

**Zusätzliche Kostenbe-
teiligung mit Prämien-
verbilligungen für
Familien abfedern**

Vorderhand noch nicht mehrheitsfähig war demgegenüber der Vorschlag des Ständerats, für all jene, die weiterhin in einem Modell mit freier Arztwahl versichert sein wollen, den Kosten-selbstbehalt auf 20 Prozent zu erhöhen, bei einer ebenfalls hö-heren betragsmässigen Obergrenze.

Diese Massnahmen erhöhen die Hürde für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen deutlich und wirken kosten-dämpfend. Allerdings bedeuten sie vor allem *für Haushalte mit kleineren Einkommen eine erhebliche zusätzliche Belastung*. Andererseits kann diese Zusatzbelastung dadurch abgefedert werden, dass die *Prämienverbilligung* für einkommensschwache Haushalte und für Familien mit (vielen) Kindern konse-quent erhöht wird.

Auch wäre mit in Betracht zu ziehen, die Grundfranchise künf-tig sogar noch stärker zu erhöhen und sie mit zusätzlichen Lei-stungen wie zum Beispiel einer besseren Kostendeckung bei Zahnschäden, Transporten und Rettungen zu kompensieren.

Bonus-Versicherung attraktiver gestalten

**Bonus-Versicherung
attraktiver gestalten**

Wesentlich wirksamere Anreize für ein gesundheits- und kos-tenbewussteres Verhalten der Versicherten lassen sich auch mit der bereits bestehenden und oben beschriebenen Bonus-Versi-cherung erzielen. Voraussetzung ist, die Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass das *Modell für die Versicherten und damit auch für die Versicherer attraktiver* wird.

**Jährlicher Versiche-
rungswechsel soll
möglich werden**

Entsprechend wurde vom Bundesrat beschlossen, den *Wechsel* zu einer anderer Krankenkasse oder in eine andere Versiche-rungsform zu *erleichtern*. Bonus-Versicherte sollen nicht mehr fünf Jahre an das Bonusmodell und den Versicherer gebunden bleiben, sondern i wie die anderen Versicherten auch i beides jährlich wechseln können.

**Gleiche Ausgangs-
prämie und höhere
Rabatte**

Um das Bonus-Modell zusätzlich attraktiver zu machen, sollte die *Ausgangsprämie* darüber hinaus *auf die Höhe der Grund-prämie gesenkt* werden. Auch ist allenfalls sogar eine *vierte Ra-battstufe* vorzusehen, so dass jedenfalls ein wesentlich höherer maximaler Prämienrabatt möglich wird.

**Schwächung der
Solidargemeinschaft?**

Den beiden Einwänden, ob dadurch nicht die Solidarität ge-schwächt und der kollektive Risikotopf zu wenig durch Beiträge der einigermaßen gesunden Versicherten alimentiert wird, ist dabei Folgendes entgegenzuhalten: Seit Einführung des Obliga-toriums in der sozialen Krankenversicherung besteht eine Art *Zwangssolidarität*, der sich niemand mehr entziehen kann und die sich wie beschrieben selber *ad absurdum* zu führen droht. Auch Versicherte mit einem maximalen Bonus bezahlen nach wie vor substanzielle Beiträge in den Risikotopf. Indem sie je-doch umgekehrt vermehrt Eigenverantwortung übernehmen, *entlasten sie diesen Topf durch weit geringere Bezüge*.

**Zwangssolidarität
führt sich selber ad
absurdum**

**Eigenverantwortung
entlastet den Risikotopf**

Wie Studien zur freiwillig erhöhten Franchise gezeigt haben, ist diese entlastende Wirkung mit einiger Wahrscheinlichkeit sogar

Den Trend zu ständig höheren Prämien durchbrechen

erheblich grösser als der verminderte Mittelzufluss aufgrund geringerer Prämienbeiträge. Entsprechend sind im übrigen auch in der Autoversicherung substanzielle Bonus-Rabatte möglich. Mit anderen Worten, gerade dann, wenn nebst den Leistungserbringern auch die Versicherten umfassende Anreize für einen eigenverantwortlichen und kostenbewussten Umgang mit Gesundheit und Krankheit erhalten, kann der heutige Trend zu ständig höheren Prämien durchbrochen werden und wirkt sich somit auch *zugunsten der Solidargemeinschaft* aus.

Freiwillige Franchisen erhöhen und nicht mit tieferen Rabatten bestrafen

Freiwillige Franchisen erhöhen

Diese Argumentation gilt in ähnlicher Weise für das alternative Versicherungsmodell freiwillig erhöhter Franchisen, das bislang in der Schweiz am meisten Verbreitung gefunden hat. Auch es lässt sich in seiner Wirksamkeit verstärken, indem zum einen die *Abstufung an die erhöhte gesetzliche Grundfranchise angepasst* und zum anderen die *maximal mögliche Franchise* und der entsprechende Prämienrabatt *substanziell erhöht* werden. Hier gehen die aktuellen Entscheide des Bundesrats, die freiwillig erhöhten Franchisen auf dem aktuellen Stand zu belassen, aber die *Rabatte zu senken*, genau in die *falsche Richtung* und dienen nur kurzfristigen prämiertaktischen Zielen.

Hohe Franchisen sollen nur noch stufenweise reduziert werden können

Um zu verhindern, dass bei höheren freiwilligen Wahlfranchisen im Krankheitsfall die vermehrte Eigenverantwortung wieder abgegeben und die Franchise unverzüglich auf das gesetzliche Minimum gesenkt werden kann, ist zweckmässigerweise vorzusehen, dass die einmal erhöhte Franchise *jährlich lediglich um eine Stufe reduziert* werden kann.

Einkommensabhängige Franchisen wären administrativ aufwändig

Eine Erhöhung der maximal möglichen Franchise hat darüber hinaus den Vorteil, dass vor allem in jenen Kantonen mit hohen Prämien wieder substanzielle Rabatte gewährt werden können und damit der *Anreiz steigt, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen*.

Um dabei eine Benachteiligung der ärmeren Bevölkerungsschichten zu vermeiden, können die Franchisen allenfalls einkommensabhängig ausgestaltet werden. Das heisst, jemand mit hohem Einkommen muss, um den gleichen Rabatt zu erhalten, eine höhere Franchise in Kauf nehmen als jemand mit einem niedrigen Einkommen. Allerdings *erhöht diese Variante den Verwaltungsaufwand* und lässt sich allenfalls dadurch vermeiden, dass freiwillige Solidargemeinschaften nach dem Vorbild der Artabana gefördert werden (siehe unten).

Neugestaltung des Risikoausgleichs nach Geschlecht und Alter

Risikoausgleich neu konzipieren

Was schliesslich sowohl beim Modell mit *höheren Bonusstufen* als auch bei jenem mit *höheren Franchisen* in Betracht gezogen und verändert werden muss, ist der Risikoausgleich nach Ge-

Der Beitrag in den Risikoausgleichsfonds darf nicht mehr höher sein als die einbezahlte Prämie

schlecht und Alter. Er darf nicht dazu führen, dass gemäss den heutigen gesetzlichen Bestimmungen ein hoher Prämienrabatt deshalb nicht gewährt und zur Förderung der Eigenverantwortung wirksam werden kann, weil die Krankenkasse sonst für einen jüngeren Versicherten mehr als die einbezahlte Prämie in den Risikoausgleichsfonds abliefern müsste.

Risikoausgleichsfonds künftig auch durch Kantone alimentieren

Zweckmässigerweise sollte der Beitrag an den Risikoausgleich *auch bei kumulierten Rabatten aus verschiedenen alternativen Versicherungsmodellen* nicht mehr höher sein als die einbezahlte Prämie abzüglich einem geringfügigen Verwaltungskostenaufwand. Umgekehrt sind die *Gutschriften für ältere Versicherte* aus dem Risikoausgleichsfonds den verminderten Gesamteinnahmen *anzupassen*, oder aber der Risikoausgleichsfonds ist zusätzlich mit den nicht beanspruchten Prämienverbilligungen zu alimentieren.

Schadens- statt Risikoausgleich?

Bei einem allfälligen Übergang zur *monistischen Spitalfinanzierung*, bei welcher die anfallenden stationären Spitalkosten vollumfänglich von den Versicherern übernommen werden und die Kantone ihren Anteil anderweitig leisten, könnte künftig ein *Teil des kantonalen Beitrags ebenfalls in den Risikoausgleichsfonds* fliessen, um die Einnahmefälle bei hohen Rabatten von alternativ Versicherten zu kompensieren. Voraussetzung ist dabei, den *Risikoausgleich nach Kantonen oder Regionen zu regeln*, um den kantonal und regional höchst unterschiedlichen Durchschnittsprämien Rechnung zu tragen.

Gesundheitsbewusste Versicherte müssen für die Versicherer weiterhin von Interesse sein

Um den Ausgleich gerechter zu gestalten und ihn stärker auf die tatsächlichen anfallenden Kosten auszurichten, wird zudem gefordert, ihn statt am *ÄRisiko* am *ÄSchaden* zu orientieren. Ein solcher *Schadensausgleich* würde im Wesentlichen auf die Krankheitskosten im Vorjahr abstellen, allenfalls zusätzlich gewichtet mit Alter und Geschlecht. Er führt dazu, dass die *ÄJagd* *nach guten Risiken konsequenter unterbunden* wird und Krankenkassen weniger in Schieflage geraten, weil sie einen hohen Anteil kostenintensiver Versicherter haben.

So richtig und zweckmässig diese Anpassung des Risikoausgleichs auf den ersten Blick erscheint, sie darf nicht so weit gehen, dass die Krankenkassen nicht mehr *an der Gesundheit und an einem gesundheitsbewussten Verhalten ihrer Versicherten interessiert* sind. Zudem bedingt er einen entsprechenden Datenaustausch zwischen den Versicherern für den Fall, dass der Versicherte die Krankenkasse gewechselt hat.

Stärkung der ärztlichen Kostenverantwortung

Höhere Prämienrabatte auch bei HMOs

Die Neuregelung des Risikoausgleichs ist auch eine Voraussetzung dafür, dass *im HMO-Modell künftig höhere Rabatte* gewährt werden können, vor allem wenn das Modell mit anderen alternativen Versicherungsmodellen wie zum Beispiel der freiwillig erhöhten Franchise kombiniert wird. Je höher die Rabatte entsprechend den verminderten Kosten künftig sein werden,

**Kostensenkungs-
Potenzial auch beim
Hausarztmodell noch
nicht ausgeschöpft**

**Mit der Capitation
wird die Gesundheit
anstelle der Krankheit
zum zentralen Anreiz-
faktor**

**Einer möglichen
Unterversorgung
vorbeugen**

desto attraktiver wird auch dieses Modell für die Versicherten werden und desto mehr Krankenkassen werden es anbieten.

Was schliesslich das Hausarztmodell anbelangt, so wurde auch hier das Kostensenkungs-Potenzial bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Dies vor allem deshalb, weil die *Anreize zu wirtschaftlichen Behandlungen bei den beteiligten Ärztinnen und Ärzten noch weitgehend fehlen*. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs verbunden mit der Verbreitung von *Ärztetzwerken* wird die Bereitschaft der Ärzteschaft, sich an entsprechenden Modellen zu beteiligen, absehbarerweise erhöhen.

In letzter Konsequenz kann das zur Einführung der sogenannten *Capitation* führen, bei welcher Allgemeinpraktiker (und allenfalls Chiropraktoren) zu tatsächlichen Gate-Keepern werden. Sie werden dann *nicht mehr wie heute nach Einzelleistungen entschädigt*, sondern erhalten pro Versicherte, die sie als Erstanlaufstelle gewählt haben, einen fixen, nach Alter und Geschlecht *abgestuften Prämienbeitrag*. Aus der Summe dieser Beiträge müssen sie die gesamten Ausgaben inklusive derjenigen an nachgelagerte Versorger tätigen. Analog zu den in einer HMO tätigen Ärzten *wird dadurch anstelle der Krankheit die Gesundheit der Versicherten zum zentralen Anreizfaktor*.

Um dabei einer Unterversorgung der Patientinnen und Patienten vorzubeugen, sind zwei Dinge vorzusehen: Zum einen muss ein Patient seinen Allgemeinpraktiker wechseln können, falls er mit dessen Leistungen nicht zufrieden ist. Dieser verliert dadurch die Prämie des entsprechenden Versicherten. Und zum anderen sind die *Leistungen für chronisch Kranke weitgehend aus einer Grossrisiko-Versicherung zu decken*, um zu verhindern, dass diese von einem Arzt zum anderen weiter geschoben werden.

Neue alternative Versicherungsmodelle

Die bisherigen Ausführungen beleuchteten die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Stärkung eines kostenbewussten Verhaltens der Versicherten und der Ärzteschaft sowie ihre Ausbaumöglichkeiten. Im Folgenden sollen nun mögliche *neue Versicherungsmodelle* vorgestellt werden, welche die bereits bestehenden ergänzen und die Wahrnehmung der *Eigenverantwortung vor allem auf Seiten der Versicherten zusätzlich verstärken*.

Artabana-Solidargemeinschaften

**Artabana i freiwillige
Solidargemeinschaften
mit 10 bis 100 Mitgliedern**

Artabana-Gemeinschaften sind eigentlich keine neue Erscheinung, aber in der Öffentlichkeit noch wenig bekannt. Sie existieren in der Schweiz seit 1987 als *Vereine mit 10 bis 100 Mitgliedern* und haben inzwischen auch in Deutschland Verbreitung gefunden. Die Grundidee besteht darin, dass sich Menschen freiwillig zu Solidargemeinschaften zusammenschliessen

und *sich gegenseitig gegen das Risiko von hohen Krankheitskosten absichern*. In den Zielsetzungen heisst es unter anderem:

Freie Wahl der Einrichtungen und Behandlungsmethoden solidarisch ermöglichen

Artabana gewährt jedem Mitglied die Bedingungen für eine individuelle Gesundheitspflege und Krankheitsbehandlung:

- Freie Wahl der behandelnden Personen, der therapeutischen Einrichtungen und der Behandlungsmethoden
- Unterstützung des Aufbaus eines vielseitigen, den Bedürfnissen der Menschen entsprechenden Angebotes von Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Finanzielle Mittel, die ausnahmslos und ohne Unterschied jedem Menschen den Zugang zu den notwendigen Behandlungsmethoden für seine Krankheit ermöglichen.

Kostenrisiken gemeinsam tragen

Vor Einführung des neuen KVG und dem damit verbundenen Versicherungsobligatorium im Jahr 1996 ermöglichten Artabana-Gemeinschaften Menschen, die keiner konventionellen Krankenkasse angeschlossen waren, das *Kostenrisiko einer schwereren Erkrankung* oder eines Unfalls *gemeinsam zu tragen*. Sie gingen vom Grundgedanken aus, dass Gemeinschaftseinrichtungen wie zum Beispiel Krankenkassen nur da sinnvoll sind, wo die Möglichkeiten des Individuums ausgeschöpft sind, das heisst, wo die Grenzen der Eigenverantwortung erreicht sind.

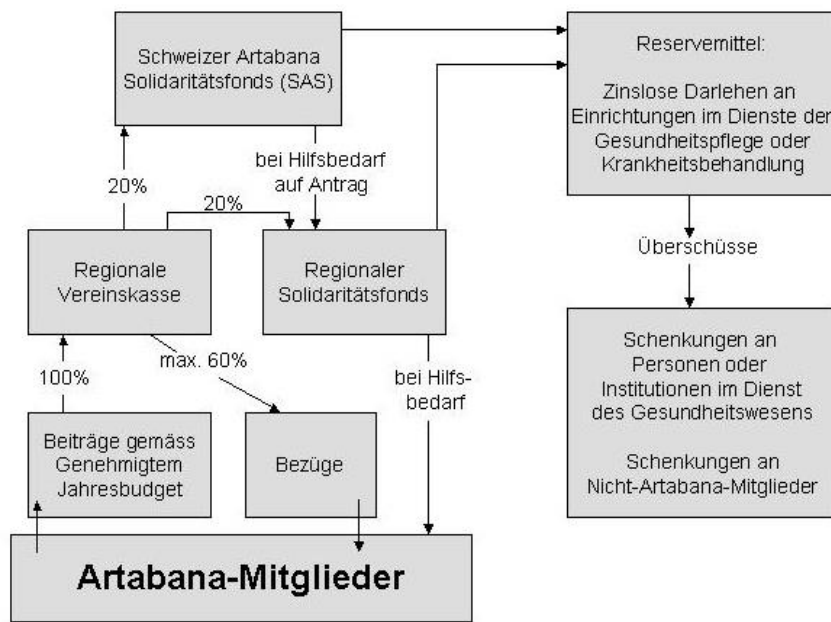
Gemeinsame Absicherung gegen Grossrisiken

Nach der Einführung des neuen Gesetzes mussten sich Artabana-Gemeinschaften zumindest in der Schweiz darauf beschränken, das *Risiko einer auf 1500 Franken erhöhten Franchise* oder dasjenige für *nicht durch den Leistungskatalog des KVG gedeckte Kosten solidarisch zu tragen* – wie zum Beispiel die stationäre Behandlung in einer nicht schulmedizinischen Institution. In Deutschland jedoch fanden Artabana-Gemeinschaften bei Selbstständigerwerbenden, die nicht staatlich krankenversichert sein müssen, in den vergangenen Jahren zunehmende Resonanz.

Die jährlichen Beiträge werden selber festgelegt

Das *Grundprinzip* der Artabana-Gemeinschaften funktioniert folgendermassen: *Das einzelne Mitglied ermittelt* aufgrund seiner Krankheitskosten in der Vergangenheit, seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse und der finanziellen Lage der Solidargemeinschaft *selber seinen jährlichen Beitrag*. Davon stehen ihm zur Begleichung von Krankheitskosten oder zur Gesundheitsvorsorge *60 Prozent zur freien Verfügung*. Die übrigen 40 Prozent dienen nebst den nicht beanspruchten frei verfügbaren Beiträgen je hälftig dazu, den *regionalen Solidaritätsfonds* und den *Schweizer Artabana Solidaritätsfonds* zu alimentieren. Daraus werden in der Folge jene Krankheitskosten gedeckt, die vom einzelnen Mitglied nicht mehr selber getragen werden können.

Die Geldflüsse in Artabana-Gemeinschaften in der Schweiz



Das Artabana-Modell hat sich in der Praxis bewährt

Auch Menschen mit niedrigem Einkommen können dank Solidargemeinschaften mehr Kostenverantwortung übernehmen

Die Gemeinschaft wird nicht ausgenützt

Die bisherigen, 15-jährigen Erfahrungen zeigen, dass das Artabana-Modell gut funktioniert, obwohl die *individuellen Beiträge vergleichsweise niedrig* sind. Weil umgekehrt die Eigenverantwortung hoch und die Verwaltungskosten tief sind, konnten *in den Solidaritätsfonds innerhalb kurzer Zeit substanzielle Mittel geöfnet* werden. In Deutschland wird schon nach wenigen Jahren in Betracht gezogen, die Beiträge an den überregionalen Solidaritätsfonds vorläufig zu sistieren, weil er bereits über genügend Mittel verfügt.

In der Schweiz ist das Modell aufgrund der Begrenzung der Eigenverantwortung auf 1500 Franken pro Jahr darauf angewiesen, dass die *Möglichkeiten für vermehrte Kostenselbstbeteiligungen* durch entsprechende Verordnungs- oder Gesetzesänderungen verbessert werden. Vor allem bei einer deutlich erhöhten Franchise kann das Artabana-Modell dazu dienen, dass auch Menschen mit einem niedrigen Einkommen mehr Eigenverantwortung übernehmen können. Über die *obligatorische Krankenversicherung* sind sie in diesem Fall *gegen grössere Risiken versichert*, während *kleine und mittlere Risiken* zum Beispiel bis 5'000 oder sogar 10'000 Franken pro Jahr durch das Mitglied selber oder durch die *Solidargemeinschaft* getragen werden.

Die Form der sozialen Solidargemeinschaft verhindert dabei gemäss den bisherigen Erfahrungen, dass das Modell von Einzelnen ausgenützt wird. Es hat in der Praxis im Gegenteil bestätigt, dass die Mitglieder mündig sind, zum einen *gute Voraussetzungen für die eigene Gesundheit zu schaffen* und zum anderen im Krankheitsfall die *Therapiemöglichkeiten* frei zu wählen und verantwortungs- und kostenbewusst in Anspruch zu nehmen.

Prämiensplitting mit Gesundheitskonto

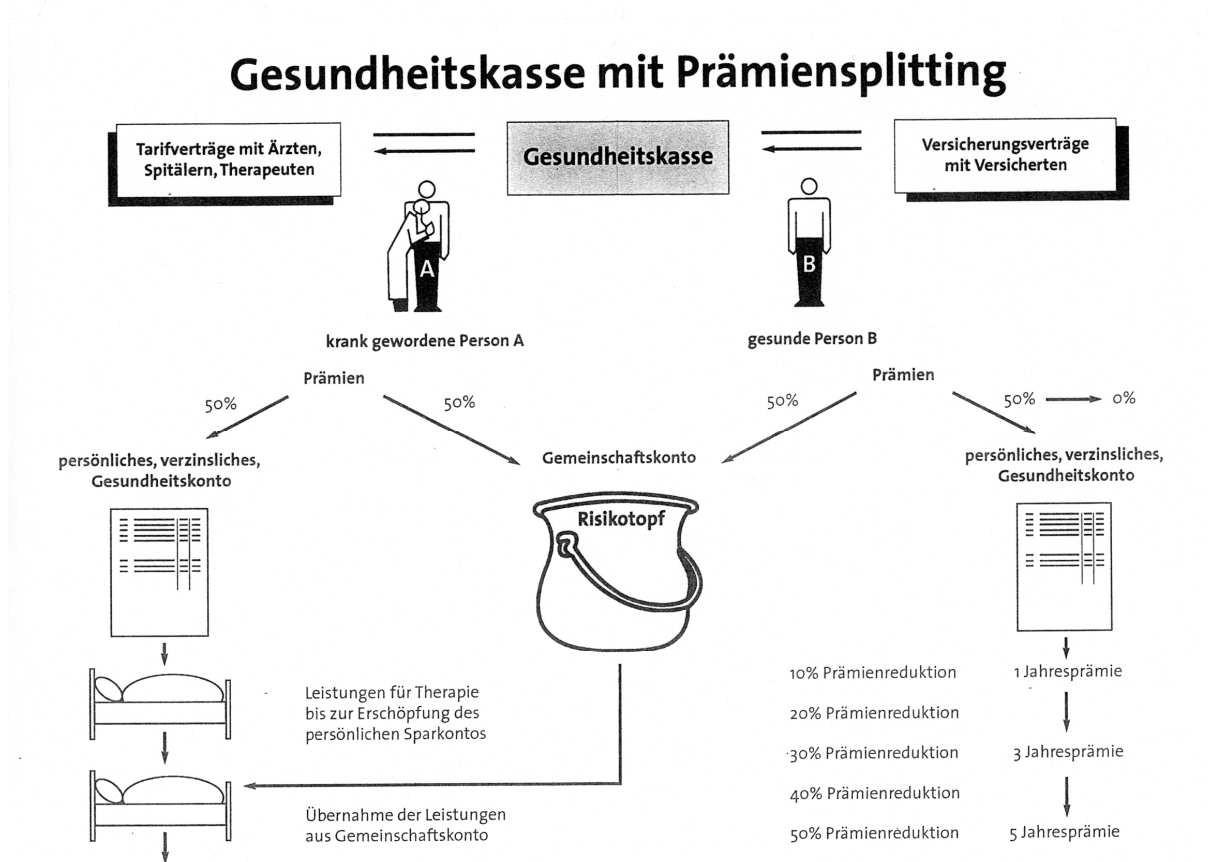
Pilotversuch war bereits konkret geplant

Ein brisantes Modell mit völlig neuen Anreizstrukturen

Eine andere Form der *bewussten Kombination von Solidarität und Eigenverantwortung* wäre von einer schweizerischen Krankenkasse vor kurzem i. zumindest im Rahmen einer 1500fränkigen Franchise i. ebenfalls in die Tat umgesetzt worden. Der entsprechende Pilotversuch wurde jedoch vom Bundesamt für Sozialversicherung mittels einer *zu restriktiven Auflage* vorderhand verhindert: Um bis zum Erreichen der Franchise auf das Gesundheitskonto des versicherten Mitglieds zu greifen zu können, hätte die Kasse dieses jedes Mal zuerst um Erlaubnis fragen müssen.

Das Modell einer Gesundheitskasse mit Prämiensplitting geht auf Dr. G.R. Brem, den verstorbenen Begründer der Vita Sana Kurhäuser, zurück und wurde von ihm schon vor längerer Zeit in die politische Diskussion eingebracht. Offensichtlich aber war es damals zu *brisant*. Die parlamentarische Kommission jedenfalls, der er es vorstellte, hatte ihm gegenüber Diskussionsverbot, wie er im Nachhinein von zwei Kommissionsmitgliedern erfuhr.

Modell einer Gesundheitskasse mit Prämiensplitting



Die eine Hälfte der Prämie fliesst in den Risikotopf, die andere auf ein persönliches, zweckgebundenes Gesundheitskonto

Solidarität und belohnte Eigenverantwortung

Die eigene Gesundheit und ein kostenbewusster Umgang mit Krankheit werden wertvoll

Versicherte mit niedrigem Einkommen sind nicht benachteiligt

Vorbeugen ist besser als heilen

Alle profitieren von einem gesundheitsbewussteren Verhalten der Versicherten

Das Grundprinzip des Splitting-Modells ist einfach und einleuchtend: Statt dass jemand wie heute die gesamte Prämie in den Risikotopf aller Versicherten einzahlt, ist das neu nur noch für die Hälfte der Fall. Die andere Hälfte fliesst auf ein persönliches, zweckgebundenes *Gesundheitskonto des Versicherten*, aus welchem *im Krankheitsfall zuerst die entstandenen Kosten gedeckt* werden. Erst wenn auf dem persönlichen Gesundheitskonto kein Geld mehr vorhanden ist, kommt wie heute der Risikotopf aller Versicherten zum Tragen, unter Mitberücksichtigung der gesetzlichen Kostenbeteiligung.

Bleibt ein Versicherter B umgekehrt während längerer Zeit einigermassen gesund, so zahlt auch er oder sie die Hälfte der Prämie in den *Solidaritätsanteil* in den Risikotopf aller Versicherten. Die andere Hälfte jedoch in der *Eigenverantwortungsanteil*, der auf das persönliche Gesundheitskonto fliesst und *reduziert sich schrittweise*. Sobald sich das Fünffache einer Jahresprämie auf dem Gesundheitskonto angesammelt hat, bezahlt der betreffende Versicherte nur noch den Solidaritätsanteil in den kollektiven Risikotopf.

Es ist klar, dass dieses Modell einer Gesundheitskasse mit Prämiensplitting einen *doppelten Anreiz* beinhaltet: Zum einen werden die Versicherten ein *höheres Interesse an ihrer Gesundheit* entwickeln, weil sie so persönliches Sparkapital bilden und entsprechend die Prämie senken können. Zum anderen werden sie sich im Krankheitsfall weit eher fragen, *was eine Therapie kostet und nützt*, und Leistungen zurückhaltender in Anspruch nehmen.

Anders als beim Modell der freiwillig erhöhten Franchise sind beim Prämiensplitting-Modell *Versicherte mit niedrigem Einkommen nicht benachteiligt*. Zudem sind die Anreize zu einem kostenbewussten Verhalten stärker, weil es letztlich um *grössere Beträge als bei der freiwillig erhöhten Franchise* geht und diese darüber hinaus vom eigenen Gesundheitskonto abgezogen werden.

Andererseits aber ist damit die Gefahr, zu spät einen Arzt zu konsultieren, ebenfalls grösser als im Fall der erhöhten Franchise. Zum einen jedoch wurde dieser Einwand oben bereits relativiert, und zum anderen hat auch der *mündige Patient selber ein Interesse, allfällige Krankheitssymptome rechtzeitig abklären zu lassen*, um nicht das Sparkapital auf seinem Gesundheitskonto zu gefährden. Darüber hinaus kann zu spät eingeleiteten Behandlungen dadurch vorgebeugt werden, dass *periodische Gesundheits-Checkups aus dem Risikotopf finanziert* werden. Sie können zudem mit einer Gesundheitsberatung und zusätzlichen Anreizen für eine gesundheitsbewusste Lebensweise verbunden werden (siehe unten).

Auch der *Einwand*, eine Gesundheitskasse mit Prämiensplitting benachteilige chronisch kranke Versicherte und fördere die *Entsolidarisierung*, wurde weiter oben bereits angesprochen und relativiert. Zum einen haben gerade sie im Gegensatz zu den gesünderen Versicherten das Recht, Leistungen aus dem Risiko-

Bei einem allmählichen Wechsel sind im Risikotopf genügend Mittel vorhanden

Mit einem Pilotversuch das Splitting-Modell unter Beweis stellen

Das Sparkapital auf dem Gesundheitskonto soll langfristig zweckgebunden bleiben

Persönliches Sparkapital Äzögeltñ mit und erlaubt grössere Wahlfreiheit

topf zu beziehen. Und zum anderen profitieren auch sie davon, wenn aufgrund vermehrt wahrgenommener Eigenverantwortung die *Prämien nicht mehr im heutigen Mass steigen, sondern vielleicht sogar wieder sinken*. Falls sie in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen leben, haben sie zudem Anspruch auf Prämienverbilligung, und darüber hinaus werden bei ihnen die Krankheitskosten allenfalls weitgehend von der IV getragen.

Der zusätzliche *Einwand*, bis zur Äufnung der individuellen Prämienkonti würden dem *Risikotopf erhebliche Mittel fehlen*, was zu massiven Prämien erhöhungen führen müsste, lässt sich wie folgt entkräften: Dieser Effekt tritt nur dann auf, wenn alle Versicherten aufs Mal ins Prämien splitting-Modell hinüberwechseln würden. In Tat und Wahrheit werden *jedoch vorerst eher gesündere Versicherte* dieses Modell wählen, was den kollektiven Prämientopf im Gegenteil entlasten wird. Die dadurch *vergleichsweise niedrigen Prämien machen das Modell in der Folge auch für kranke Versicherte attraktiv*. Nun aber führen die veränderten Anreize zusammen mit bereits geäufneten persönlichen Gesundheitskonti dazu, dass der Risikotopf die dann vermehrte Belastung zu tragen vermag.

Wie sich das Modell im Einzelnen auswirken wird, kann versicherungsmathematisch nicht abschliessend prognostiziert werden. Vielmehr sollte es in einem *Pilotversuch* getestet werden, um die effektiven Wirkungen in Erfahrung zu bringen. Dabei ist es auch hier wichtig, dass ï wie oben ausgeführt ï die erforderlichen Zahlungen in den Risikoausgleichsfonds für jüngere Versicherte nicht zu hoch sind.

Was Detailfragen anbelangt, so sind zum Beispiel *Geburten* ï wie bei allen anderen Versicherungsmodellen auch ï vollumfänglich *aus dem Risikotopf* zu finanzieren. Zudem muss ein versichertes Mitglied beim Prämien splitting-Modell *über längere Zeit an das Modell gebunden bleiben*. Denn es gilt zu vermeiden, dass jemand in gesunden Jahren den Solidaritätsanteil zugunsten der Eigenverantwortung reduziert und dann im Hinblick auf krankheitsträchtigere Jahre sein persönliches Sparkapital sogleich abziehen kann. Beim *Wegzug ins Ausland* kann das Sparkapital ebenfalls *nicht sofort abgezogen* werden, sondern bleibt im Hinblick auf eine spätere Rückkehr des Versicherten während einiger Zeit gebunden. Im Todesfall jedoch fällt es ganz oder zu grossen Teilen an die Erben.

Bei einem *Kantons- oder Versicherungswechsel* jedoch kann der Versicherte sein persönliches Sparkapital mitnehmen, es ist dann aber im Verhältnis zur höheren oder tieferen neuen Prämie weniger oder mehr wert. Zudem hat der Versicherte ab einem Mindestkontostand von einer Jahresprämie das Anrecht, aus seinem persönlichen Sparkapital auch medizinische Leistungen zu finanzieren, die sonst nur von einer Zusatzversicherung übernommen würden. Das im Prämien splitting-Modell versicherte Mitglied hat dann also eine *grössere Wahlfreiheit*, wie es sein selber erspartes Gesundheitskapital einsetzen will.

Genossenschaftsmodell mit Prämienüberschüssen

Genossenschaftliche Solidaritätsgemein- schaft mit Reserve- bildung

Ebenfalls auf der Bildung von persönlichem Gesundheitskapital als Anreiz für ein gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten basiert das Modell des Sarner Tiefenpsychologen Walter Odermatt. Bei ihm hat die *Solidargemeinschaft die Form einer Genossenschaft*, in welche Neumitglieder beim Eintritt zusätzlich zur Jahresprämie einen *Genossenschaftsanteil* einzahlen. Dieser Anteil dient der *Reservebildung* respektive als Risikokapital, wird nur in Notfällen angetastet und dem Mitglied i zusammen mit allenfalls zusätzlich angesparten Anteilen i beim Austritt wieder ausbezahlt. Die Äufnung von Reserven erfolgt also in Form von Genossenschaftskapital, das unabhängig von Ein- und Austritten der Mitglieder insgesamt stets in grossem Umfang vorhanden ist.

Genossenschaftskonti dienen der solidari- schen Finanzierung überdurchschnittlicher Kosten

Die einbezahlte Prämie wird ebenfalls jedem Mitglied vollumfänglich auf einem persönlichen Konto gutgeschrieben. Daraus muss es im Krankheitsfall seine Ausgaben tätigen. Ein *allfälliger Überschuss* wird jeweils auf Ende des Jahres in entsprechende *Genossenschaftsanteile umgewandelt*. Überzieht ein Mitglied im Lauf des Jahres sein individuelles Konto, so werden vorerst seine überschüssigen Genossenschaftsanteile bis zu einer festgelegten Höhe zur Finanzierung herangezogen. Reicht das ebenfalls nicht aus, werden die zusätzlichen Kosten den Prämienkonti aller übrigen Genossenschafter gleichmässig belastet.

Überschüssige Prämien als Sparanreiz

Damit bei diesem Modell Ende Jahr nicht einfach alle Prämienkonti leer sind und somit gar keine überschüssigen Prämiegut- haben in Genossenschaftsanteile umgewandelt werden können, sind die *Prämien bewusst um einiges höher anzusetzen als die durchschnittlichen Jahresausgaben aller Genossenschafter*. Das jedoch müsste vom Bundesamt für Sozialversicherung so bewil- ligt werden, genauso wie die vergleichsweise hohen Reserven in Form von Genossenschaftskapital.

Auch das Genossen- schaftsmodell mit Prämienüberschüssen soll in einem Pilotver- such getestet werden

Eine andere Möglichkeit bestünde darin, dass das Genossen- schaftsmodell analog zum Artabana-Modell die von der Grund- versicherung *nicht abgedeckten Risiken gemeinsam tragen hilft*. Allerdings ist hierbei die Eintrittshürde aufgrund des zusätzlich zu leistenden Genossenschaftsanteils höher. Zudem müsste auch dieses Modell im Rahmen eines *Pilotversuchs* zuerst in der Pra- xis getestet werden. Dabei ist zu erwarten, dass die wahrge- nommene *Eigenverantwortung ebenfalls hoch* und die *Verwal- tungskosten tief* sein werden.

Gesundheits-Checkup mit Gesundheitsberatung

Gesundes Verhalten mit finanziellen Anrei- zen fördern

Die bisher besprochenen alternativen Versicherungsmodelle fo- kussieren die Eigenverantwortung entweder in erster Linie auf ein kostenbewusstes Verhalten im Krankheitsfall oder kombi- nieren sie mit Eigenverantwortung für die Gesundheit. Das Mo-

Körpergewicht, Fitness, Entspannungsfähigkeit und Suchtmittelfreiheit als messbare Eckparameter der Gesundheit

Einfache und grosszügige Vorgaben

Abgestufte Prämienrabatte für vorgegebenen Zeithorizont

Alle profitieren von einem gesundheitsbewussteren Verhalten aller

Die eigene Gesundheit ruinieren auf Kosten der andern?

dell des Gesundheits-Checkups mit Gesundheitsberatung setzt demgegenüber beim *Gesundheitsverhalten* an und zielt darauf ab, dieses *durch Anreize zu fördern*. Es stammt ursprünglich vom Berner Experten für Komplementärmedizin Bruno Riek und lässt sich mit anderen alternativen Versicherungsmodellen kombinieren.

Die Grundidee besteht darin, dass sich Versicherte *freiwillig* zu einem Gesundheits-Checkup melden können, der mit einer Gesundheitsberatung verbunden ist. Dabei werden *vier Eckparameter der Gesundheit gemessen*, welche zwar beeinflusst, aber nicht kurzfristig manipuliert werden können, sich einfach erfassen lassen und statistisch gesehen einen erwiesenen Zusammenhang mit niedrigeren Krankheitskosten haben: das Körpergewicht, die körperliche Fitness, die Entspannungsfähigkeit und die Suchtmittelfreiheit.

Für das Körpergewicht und die körperliche Fitness sind *grosszügige alters- und geschlechtsspezifische Bandbreiten* vorzugeben. Sie können auf einfache und zuverlässige Weise gemessen werden. Ebenfalls einfach messbar ist zum Beispiel mittels Biofeedback die Fähigkeit, sich zu entspannen. Obwohl in der breiten Öffentlichkeit noch wenig bekannt, besteht ein *hochsignifikanter Zusammenhang zwischen regelmässiger Entspannung und einem guten Gesundheitszustand*. Die Suchtmittelfreiheit schliesslich lässt sich entweder durch Selbstdeklaration oder durch die Messung der Hirnströme ermitteln. Es könnten aber auch *zumindest stichprobenweise* ein Atem-, Urin- und/oder Bluttest herangezogen werden.

Wer zwei dieser vier Eckparameter für eine gute Gesundheit erfüllt, erhält *während zwei Jahren* einen *Prämienrabatt* von 5 Prozent und pro weiteren Parameter zusätzliche 5 Prozent, also maximal 15 Prozent. Danach muss den Test wiederholen, wer den Prämienrabatt weiterhin erhalten will. Auch wer bei weniger als zwei Eckparametern die erforderlichen Werte erreicht hat, kann den Test selbstverständlich nach wenigen Monaten wiederholen.

Beim freiwilligen Gesundheits-Checkup lautet der Haupteinwand ebenfalls, er sei gegenüber all jenen diskriminierend, welche zum Vornherein gar nicht zwei oder mehr Eckparameter erfüllen können. Wiederum kann dem jedoch entgegen gehalten werden, dass auch diese Personen dank geringerer Grundprämien von einem gesundheitsbewussteren Verhalten der Mitversicherten profitieren.

Zudem ist heute weit mehr die Tatsache in hohem Mass unsolidarisch und problematisch, dass jene, die sich aktiv um ihre eigene Gesundheit kümmern, die Prämien all jener mittragen müssen, bei denen das Gegenteil der Fall ist. Angesichts ständig steigender Krankenkassenprämien wird die Gesellschaft nicht umhin kommen, sich auch dieser brisanten Thematik zu stellen und die *Anreize anders als heute zu setzen*. Neueste Studien zeigen nämlich klar: Jene, die ihr Leben gesundheitsbewusst gestalten, sind statistisch gesehen viel weniger krank und verursa-

Gesundheitsbewusstes Verhalten fördert die Lebensqualität

chen damit geringere Gesundheitskosten. Und wichtiger noch: *Gesundheitsbewusstes Verhalten ist lernbar und trägt erheblich zur individuellen Lebensqualität bei.*

Krankenversicherung mit Gesundheitsfonds setzt auch bei Versicherten mit hohen Kosten Sparanreize

Hohe Jahresfranchise und eingeschränkte Leistungspflicht der Krankenversicherung bei älteren Versicherten

Gesundheitsfonds gewährleisten bedarfsabhängig die zusätzliche Kostendeckung ...

Krankenversicherung mit Gesundheitsfonds

Während die oben beschriebenen alternativen Versicherungsmodelle mit kleineren Anpassungen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe im Rahmen des bestehenden KVG verwirklicht werden können, bedingt das vom Zürcher Pensionsversicherungsexperten Thomas Fink entworfene Modell einer mit Gesundheitsfonds ergänzten Krankenversicherung *grundlegendere Gesetzesänderungen*. Es hat im Gegensatz zu den meisten anderen Modellen den Vorteil, dass es *auch bei Versicherten mit hohen Krankheitskosten deutliche Sparanreize* setzt, aber dennoch verhindert, dass Leistungen über Gebühr eingeschränkt werden und so einer Zweiklassenmedizin Vorschub geleistet würde.

Im Modell Fink zahlen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren keine Prämien. *Für Erwachsene* jedoch gelten *vergleichsweise hohe Kostenselbstbehalte*, vor allem in Form einer gesetzlichen, an die Teuerung anzupassenden Mindestfranchise von jährlich 1'200 Franken. Zudem werden für Versicherte ab 50 Jahren die *Kosten für nicht akute Erkrankungen* und für Versicherte ab 70 Jahren die *Pflegekosten nicht mehr voll von der Krankenversicherung übernommen*. Das gleiche gilt in zusätzlichem Mass für Versicherte mit hohem Vermögen. Dadurch sinken die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung deutlich.

Neu und in Ergänzung zur obligatorischen Krankenversicherung übernehmen jedoch *kantonale oder regionale Gesundheitsfonds* als öffentlichrechtliche Einrichtungen eine *Finanzierungs- und Lenkungsfunktion*. Sie werden aus Steuermitteln und allenfalls durch paritätische Lohnbeiträge auf Löhnen über dem UVG-Maximum von derzeit 106'800 Franken gespiesen und leisten in dreierlei Hinsicht Beiträge an die Krankenversicherten respektive an die Leistungserbringer:

- Sie verbilligen für einkommensschwächere Haushalte die Prämien und Franchisen.
- Sie finanzieren für ältere Versicherte nach vorgängiger Abklärung der Zweckmässigkeit der Behandlung die von der Krankenkasse altersbedingt nicht mehr gedeckten Kosten, sofern das Einkommen und Vermögen gewisse Grenzwerte nicht erreicht.
- Sie richten an die Spitäler und Pflegeheime einen pauschalen Grundbeitrag aus und zwar als Abgeltung des Leistungsauftrags zwecks Versorgungssicherheit im betreffenden Kanton resp. in der betreffende Region. Diese Versorgungseinrichtungen sind möglichst privatrechtlich zu organisieren.

... und übernehmen gleichzeitig eine Koordinations- und Kontrollfunktion gegenüber den Leistungserbringern

Persönliche Gesundheitssparkonten für die individuelle Finanzierung von Leistungen

Krankenversicherung mit Gesundheitsfonds hat viele Vorteile

Indem solche Leistungsaufträge periodisch überprüft werden, übernimmt der *Gesundheitsfonds* auch eine *Koordinations- und Kontrollfunktion* gegenüber den Leistungserbringern. Zudem betreibt er eine medizinische Beratungsstelle, zwecks *Beratung der Versicherten* vor wichtigen Entscheidungen, Aufzeigen von Behandlungs-Alternativen insbesondere aus dem Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin und zwecks Durchführung von *Präventionsmassnahmen*.

Weil in diesem Modell Versicherte mit höheren Einkommen und grösserem Vermögen deutlich stärker belastet werden als heute, werden umgekehrt in jenen Kantonen, in denen das noch nicht der Fall ist, die Erbschaftssteuern für die gesetzlichen Erben aufgehoben. Zudem sollen Krankheitskosten, Krankenkassenprämien und die Beiträge an den Gesundheitsfonds künftig voll vom steuerlichen Einkommen abgezogen werden können.

Zur finanziellen persönlichen Gesundheitsvorsorge des Versicherten führen die Krankenkassen *verzinsliche Gesundheitssparkonten* ein. Darauf kann jede Person Sparbeiträge bis zu einem altersabhängigen Maximum entrichten, wobei auch diese Beiträge *steuerlich abzugsfähig* sind. Aus dem persönlichen Sparguthaben können *bei Bedarf Gesundheitskosten finanziert* werden. Sie umfassen auch Präventionsleistungen, Kurs-gelder für Gesundheitskurse oder Kosten für nicht kassenzulässige Medikamente und Behandlungen, wobei sowohl von den Krankenkassen als auch von den Gesundheitsfonds qualitäts-gesicherte komplementär- und alternativmedizinische Leistungen ebenfalls mitfinanziert werden.

Die erhöhte finanzielle Eigenverantwortung kann aber auch durch eine *Zusatzversicherung* ganz oder teilweise aufgefangen werden.

Das Modell einer durch Gesundheitsfonds ergänzten Krankenversicherung hat verschiedene Vorteile:

- Grundsätzlich haben weiterhin alle Versicherten Zugang zu allen Leistungen.
- Diese werden jedoch besser als heute koordiniert und auf ihre Zweckmässigkeit geprüft.
- Die Prämien inklusive Kostenselbstbehalt bleiben für jede einzelne Person tragbar, und Menschen, welcher häufiger krank sind als andere und/oder höhere Leistungen beanspruchen, werden nur im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten stärker belastet.
- Es findet keine Quersubventionierung von Kantonen mit tiefen an solche mit hohen Kosten statt,
- sondern es besteht auch für die Kantone ein Anreiz, die Gesundheitskosten zum Beispiel durch gezielte Präventionsmassnahmen niedrig zu halten.

Fazit

Drei zentrale Herausforderung für den Erhalt und die Weiterentwicklung unseres hochstehenden Gesundheitswesens

In der Schweiz haben wir heute ein *Gesundheitswesen von hochstehender Qualität*, das der gesamten Bevölkerung weitgehend offen steht. Gleichzeitig jedoch ist es *immer schwieriger finanzierbar*. Wenn wir künftig drastische Leistungsbeschränkungen verbunden mit einer Zweiklassen-Medizin vermeiden wollen, dann gilt es, sich *drei zentralen Herausforderungen* zu stellen:

- Die *Lebens- und Arbeitsverhältnisse* in der modernen Konsum-Leistungs-Gesellschaft sind durch geeignete politische Rahmenbedingungen *gesundheitsförderlicher* zu gestalten.
- Die heute noch stark *naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin* ist auf ihre Nachhaltigkeit hin zu überprüfen und *durch komplementäre Methoden zu ergänzen*, welche die Patientinnen und Patienten gezielt in den Heilungsprozess miteinbeziehen und ihre Selbstheilkräfte nutzen.
- Sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Versicherten sind in der Sozialversicherung die Anreize zu verstärken, welche die *Eigenverantwortung für die Gesundheit und für einen kosteneffizienten Umgang mit der Krankheit fördern*.

Das Potenzial alternativer Versicherungsmodelle nutzen

Das neue Krankenversicherungsgesetz enthält diesbezüglich bereits wichtige *Ansatzpunkte, die gezielt verstärkt werden können*. Zudem eröffnet es die Möglichkeit für *neue alternative Versicherungsmodelle*. Sie können mithelfen, die Qualität im schweizerischen Gesundheitswesen so zu verbessern, dass sie auch in Zukunft finanzierbar bleibt.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : GELIKO Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz

Abkürzung der Firma / Organisation : GELIKO

Adresse : Josefstrasse 92

Kontaktperson : Erich Tschirky, Geschäftsführer

Telefon : 079 741 70 41

E-Mail : Tschirky@GELIKO.ch

Datum : 14. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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:	12

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Die GELIKO begrüsst 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. Für die Gesundheitsligen und die von ihnen vertretenen chronisch Kranken von noch grösserer Wichtigkeit ist, dass die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit durch die kostendämpfenden Massnahmen nicht beeinträchtigt werden. 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. Eine qualitativ bessere Versorgung führt gleichzeitig häufig zu tieferen (Folge-)Kosten.
	Leider fehlen im vorliegenden Paket Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten müssen Zugang zu validen umfassenden Informationen erhalten, um evidenzgeleitete Entscheidungen zu treffen und damit auch Kosten zu sparen. Die stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte und eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten sind wichtige Ziele der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020. Wir plädieren deshalb für ein Bundesgesetz zur Stärkung der Patienteninformation und der Patientenrechte, welches die rechtlichen Grundlagen schaffen würde, um die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitsversorgungssystem zu stärken, 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.
	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 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. Diesbezügliche Ansätze wie z.B. das in der NCD-Strategie erwähnte Instrumentarium von EviPrev sollen gefördert werden.
	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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	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.
	Das Potenzial von Digital Health scheint uns in der vorliegenden Teilrevision des KVG zu wenig Berücksichtigung zu finden. Digital Health kann für die Prävention und die Versorgungsqualität einen wichtigen Beitrag leisten und somit kostendämpfend wirken. In diesem Sinne übernehmen wir nachstehend unter «weitere Vorschläge» zwei Vorschläge der IG eHealth bezüglich Verpflichtung zu elektronischem eMedikationsprozess und Einsatz des EPD bei alternativen Versicherungsmodellen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3		Wir begrüssen die gesetzliche Anpassung, damit die Zustellung der Rechnungskopie an die versicherte Person sichergestellt wird. Damit wird die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem und insbesondere deren Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein gestärkt. Wichtig ist, dass die Rechnungen für die Patientinnen und Patienten verständlich sind. Dies bedingt bessere und umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten. Die Gesundheitsligen und weitere Patientenorganisationen können bei Rechnungskontrolle unterstützen, wenn ihnen die dafür nötigen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten ist zentral und muss auch für bildungsferne Schichten gewährleistet werden. Wie vorstehend unter den allgemeinen Bemerkungen erwähnt, plädieren wir deshalb für ein separates Bundesgesetz zur Stärkung der Patienteninformation und der Patientenrechte.	
	59b			Die GELIKO begrüsst den Experimentierartikel, insbesondere die Intention des wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisgewinns zugunsten des Gesundheitssystems. Aus unserer Sicht scheint der Fokus allerdings zu stark auf Kostenoptimierung, anstatt auf effiziente, effektive und auf das Patientenwohl ausgerichtete Abläufe (z.B. bedarfsgerechte Nachsorge) gelegt. Die Projekte im Rahmen des Experimentierartikels müssen auch der Verbesserung der Versorgung und der Versorgungsqualität dienen. Insbesondere sollen Projekte basierend auf Ergebnissen	Art. 59b Abs. 1 ¹ Um neue Modelle zur Eindämmung der Kostenentwicklung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte in folgenden Bereichen bewilligen: [...] f. finanzielle Unterstützung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Projekte im Bereich Therapieoptimierung, welche einen

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			der Versorgungsforschung oder aus der akademischen klinischen Forschung ermöglicht werden. Patientinnen und Patienten benötigen eine ganzheitliche Versorgung und ein gut funktionierendes Zusammenspiel von stationärer und ambulanter Versorgung. Ebenso müssen Projekte im Bereich der Nachsorge gefördert werden, um medizinische, aber auch soziale und psychische Folgen der Erkrankungen zu berücksichtigen. Dadurch können Komplikationen und Folgeerkrankungen vermieden werden, was längerfristig eine kostendämpfende Wirkung haben wird. Mit den in Absatz 59 Absatz 1 definierten Projektbereichen sind wir grundsätzlich einverstanden, schlagen aber noch eine Ergänzung für Projekte im Bereich der Therapieoptimierung vor. Bisher herrschten seitens der Krankenversicherer Unsicherheit und unterschiedliche Interpretationen, ob Projekte im Bereich Anwendungsoptimierung unterstützt werden dürfen, obwohl wichtige Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit, bzw. grosse Ersparnisse zugunsten Versicherer und Patienten zu erwarten wären. Diese Rechtsunsicherheit könnte behoben werden, wenn solche Projekte im Rahmen des Experimentierartikels durchgeführt werden könnten. Wichtig erscheint uns in diesem Sinne auch die Abdeckung von Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten und Behandlung bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten, da die heutige Situation durch den generell schlechten Zulassungsstatus von Medikamenten für Kinder klar den Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs aller Patientinnen und Patienten zu Gesundheitsleistungen verletzt. Deshalb schlagen wir einen neuen Buchstaben f vor, der finanzielle Unterstützung aus der OKP für Projekte im Bereich Therapieoptimierung unter bestimmten Bedingungen ermöglicht.	Erkenntnisgewinn zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von in bestimmten Indikationen zugelassenen Medikamenten und somit eine optimierte Ressourcenausnutzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstreben, insbesondere mittels einer Verminderung von Nebenwirkungen, einer Reduktion der verabreichten Dosis, oder einer Anwendung in lebensbedrohlichen pädiatrischen Indikationen; g. weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten. [...]

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
		Vorschlag 1: Verpflichtung zu elektronischem eMedikationsprozess Der gesamte Medikationsprozess soll nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen (eMedikationsplan, eRezept, eAbgabe, eMedikationComment, eCurrentMedikation). Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Es ist unabdingbar, die nationalen Verbände der Organisationen der Gesundheitsberufe an dieser Umsetzung zu beteiligen. Für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben soll die EDP-Infrastruktur verwendet werden. Zeitgemässe elektronische Entscheidungshilfen für den Medikationsprozess sollen gefördert werden mit dem Ziel, dass sie in Praxis- und Klinikinformationssysteme zweckmässig integriert sind. Hintergrundinformation Gemäss früheren Aussagen des Bundesamts für Gesundheit ist die Medikationssicherheit eine bedeutsame Herausforderung für die Qualitätsentwicklung. Gemäss Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen vom 25. Mai 2011 sind 30 bis 50 Prozent aller Behandlungsfehler Medikationsfehler. Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle und unerwünschten Arzneimittelwirkungen kann mit digitalen Instrumenten nachweislich reduziert werden. Eine wichtige Voraussetzung hierzu ist ein schweizweiter Umstieg – stationär wie ambulant – auf digitale eMedikationsprozesse und die Möglichkeit zum Austausch der relevanten Daten. Dies bedingt prioritär die Verfügbarkeit zeitgemässer Praxis- und Klinikinfrastruktur und - Software, welche von Dienstleistern betriebswirtschaftlich finanzierbar sind, sowie die	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Befähigung, diese zu nutzen. Dafür sind in einem ersten Schritt Anreize zu schaffen. «Die Vielfalt an Akteuren und die wachsende Zahl chronisch kranker, multimorbider Patientinnen und Patienten stellen große Herausforderungen für die Medikationssicherheit dar», schreibt die Stiftung Patientensicherheit» in deren Übersichtsstudie «Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz». Gemäss der Studie sind 8 bis 15 Prozent der stationären Patienten von einem unerwünschten Arzneimittelereignis (UAE) betroffen und 4 bis 7 Prozent der Spitalaufnahmen sind auf UAE zurückzuführen (Quelle: Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz? Liat Fishman, Lea Brühwiler, David Schwappach, 2018) Werden bei der Medikation konsequent digitale Instrumente zur Überprüfung des Arzneimittelmix, der jeweiligen Kontraindikationen und der Interaktionen untereinander eingesetzt, so können Medikationsfehler oder unangebrachter Arzneimiteleinsatz (Über-/Unterdosierungen, Kontraindikationen, etc.) verringert und die Patientensicherheit erhöht werden.	
		Vorschlag 2: Einsatz von EPD bei alternativen Versicherungsmodellen zulassen Krankenversicherer erhalten im Rahmen des KVG die Ermächtigung, den verpflichtenden Einsatz von ePatientendossiers bei alternativen Versicherungsmodellen AVM im Rahmen von integrierte Versorgungsmodellen vorzusehen. Dabei ist sicherzustellen, dass nur die Gesundheitsfachpersonen Zugang zu den Daten haben, welche vom Patienten die Zugriffsberechtigung erhalten haben. Gleichzeitig ist den Krankenversicherungen kein Zugriff auf die Daten zu gewähren. Hintergrundinformation Gemäss dem EPD dürfen Krankenversicherungen keine alternativen Versicherungsmodelle AVM anbieten, welche die Versicherten zur	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Anwendung von EPDs verpflichten. Es braucht also eine explizite KVG-Grundlage, wenn man für die Versicherten die Option schaffen will, im Rahmen von Integrierten Versorgungsmodellen elektronische Patientendossiers einzusetzen. Diese sind eine zentrale Voraussetzung für eine funktionierende integrierte Versorgung (sofern die Leistungserbringer nicht am selben Standort arbeiten und nicht auf die gleiche elektronische Krankengeschichte zugreifen).	

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : GFCH

Adresse : Wankdorfallee 5, 3014 Bern

Kontaktperson : Nicole Graf, Projektleiterin Öffentlichkeitsarbeit

Telefon : 031 350 04 13

E-Mail : nicole.graf@promotionsante.ch

Datum : 13. Dezember 2018

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	3
Weitere Vorschläge	4

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
GFCH	Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zur Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: „Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1“ Stellung nehmen zu können. Gesundheitsförderung Schweiz erkennt die Notwendigkeit, Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung zu treffen. In diesem Sinne werden die vorgeschlagenen Massnahmen im Grundsatz begrüsst. Im Besonderen ist die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Zulassung von innovativen Projekten zur Eindämmung der Kostenentwicklung hervorzuheben.

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

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
GFCH	59b	1	-	Aus Sicht von Gesundheitsförderung Schweiz sind die in Art. 59b Abs. 1 KVG aufgeführten Bereiche zu eng gefasst. Wir beantragen deshalb, Absatz 1 mit der „Förderung von Prävention in der Gesundheitsversorgung“ (PGV) zu ergänzen. <u>Begründung:</u> 90 % der Gesundheitskosten entfallen auf den kurativen Teil. Nichtübertragbare Krankheiten, psychische Krankheiten und Sucht sind für über 80 % der Schweizer Gesundheitskosten verantwortlich. Diese Krankheiten könnten durch präventive Massnahmen positiv beeinflusst werden (Verminderung). Es fehlen genügend und geeignete präventive Angebote zur Verbesserung dieser Situation.	„<u>Förderung von Prävention in der Gesundheitsversorgung</u>“ in Art. 59b Abs. 1 KVG als zusätzlichen Bereich aufnehmen.

**Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Prävention und Gesundheitsförderung gehören zu den Stützen eines nachhaltig wirksamen Gesundheitssystems. Beides zusammen führt zu einer spürbaren Entlastung der stetig steigenden Gesundheitskosten.	
--	--	--	--	--	--

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
GFCH		Im Zusammenhang mit der Thematik „Kostendämpfung“ plädiert Gesundheitsförderung Schweiz für das Einnehmen einer breiteren Perspektive und konkret für das Fördern von kosteneffizienten Massnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Wir regen an, dieser Perspektive im Rahmen des zweiten Pakets mit Massnahmen zur Kostendämpfung mehr Gewicht beizumessen.	

Per Mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Basel, 13. Dezember 2018 dst

**Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG
(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Für die Region Basel ist die Life Sciences-Industrie, insbesondere die forschungsintensive pharmazeutische Industrie von zentraler Bedeutung. Die Handelskammer beider Basel setzt sich für den prosperierenden Life Sciences Cluster Basel ein und registrierte in diesem Zusammenhang die laufende Vernehmlassung zur KVG Revision.

Gerne lassen wir Ihnen unsere Stellungnahme zukommen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen Ihnen bei Fragen in Zusammenhang mit unserer Darstellung selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Handelskammer beider Basel



Martin Dätwyler
Direktor



Deborah Strub
Bereichsleiterin Life Sciences

Deborah Strub
Bereichsleiterin Life Sciences

T +41 61 270 60 76
F +41 61 270 60 65

d.strub@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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Handelskammer beider Basel

Abkürzung der Firma / Organisation : HKBB

Adresse : St. Jakobsstr. 25

Kontaktperson : Deborah Strub

Telefon : 061 270 60 76

E-Mail : d.strub@hkbb.ch

Datum : 13. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Das im erläuternden Bericht postulierte Ziel der Vorlage – die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Krankenkassenprämien zu begrenzen – unterstützt die Handelskammer beider Basel. Allerdings bezweifelt die Handelskammer, dass dieses Ziel mit der vorliegenden Vernehmlassungsvorlage effektiv erreicht werden kann. Obwohl in den einführenden Worten des erläuternden Berichts korrekterweise dargelegt wird, dass die Kostendämpfungsmassnahmen in allen grossen Kostenblöcken und auf allen Ebenen sowie bei allen Akteuren ansetzen müssen, enthält die Vorlage keine Massnahmen bei den stationären Behandlungen, thematisiert die Rollen der Kantone also nicht. Dabei sind es die Kantone, welche in stationäre Versorgungsinfrastrukturen investieren und damit Überkapazitäten und wirtschaftliche Fehlanreize schaffen. Denn diese Infrastrukturen sind kostspielig und müssen in den kommenden Jahren genutzt und amortisiert werden. Das Angebot schafft in diesem Fall die Nachfrage. Daraus resultiert ein Kostenwachstum, das mit allen anderen Kostendämpfungsmassnahmen zusammen kaum kompensiert werden kann. Auch widerspricht der Aufbau stationärer Infrastrukturen dem Trend zu vermehrt ambulanten Leistungen. Will das BAG das postulierte Ziel ernsthaft verfolgen, muss die Teilrevision des KVG auch Massnahmen zur einheitlichen Finanzierung der stationären und ambulanten Versorgung beinhalten.
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.HKBB	Die Vernehmlassungsvorlage als Ganzes ist zu unausgereift. Zu viele, für die Life Sciences-Industrie wichtige Inhalte sollen dem Bundesrat zur Regelung in der Verordnung überlassen werden.
HKBB	Die Handelskammer beider Basel lehnt die Einführung eines Referenzpreissystems ab und spricht sich dafür aus, das bestehende und bewährte System zur Festlegung der Arzneimittelpreise beizubehalten.
HKBB	Die Handelskammer beider Basel begrüsst die Einführung eines Experimentierartikels, erachtet diesen in der vorliegenden Form allerdings als zu eng formuliert.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
HKBB	52	1	b	Die Handelskammer beider Basel lehnt die Einführung eines Referenzpreissystems ab und spricht sich dafür aus, das bestehende und bewährte System zur Festlegung der Arzneimittelpreise beizubehalten. Denn dieses zeigt Wirkung: aus den im 2017 durchgeführten Preissenkungen resultierten Einsparungen von 146.5 Millionen Franken im patentabgelaufenen Bereich. Werden die Einsparungen aufgrund der Preissenkungen im 2018 dazu addiert, resultieren Einsparungen von 325 Millionen Franken. Das für die Dreijahresüberprüfung 2017-2019 festgelegte Gesamtziel von 180 Millionen Franken wurde also bereits im zweiten Jahr weit übertroffen. Die Handelskammer sieht für die Einführung eines Referenzpreissystems keine Notwendigkeit. Im Gegenteil: ein erneuter Systemwechsel nach so kurzer Zeit verunsichert die Marktteilnehmer und könnte dazu führen, dass der kleine Schweizer Markt von den Anbietern ignoriert wird.	Art. 52 „Analysen und Arzneimittel, Mittel und Gegenstände“ ist gemäss geltendem Recht beizubehalten.
HKBB	52a			Die Handelskammer beider Basel lehnt im Fall eines Referenzpreissystems die Einführung des Günstigkeitsprinzips ab. Sind nur zwei Medikamente mit derselben Wirkstoffzusammensetzung auf dem Markt und wird nur das günstigere von der OKP vergütet, gefährdet dies die Versorgungssicherheit und missachtet den Grundsatz der Verschreibungsfreiheit des Arztes.	Art. 52a „Substitutionsrecht“ ist gemäss geltendem Recht beizubehalten.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				Abs. 4 erachtet die Handelskammer als besonders problematisch. Auf Verordnungsstufe Voraussetzungen festzulegen, welche Arzneimittel als medizinisch gleich geeignet gelten, räumt den verantwortlichen Behörden einen unzulässigen Ermessensspielraum ein. Kommt hinzu, dass die pharmakologische Wirkung am Patienten nicht nur von der Wirkstoffzusammensetzung, sondern auch von der galenischen Formulierung und damit der Pharmakokinetik abhängig ist (siehe zum Beispiel Voltaren versus Voltaren Rapid).	
HKBB	52b			Beide Modelle haben im Endeffekt nachteilige Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten. Aus Sicht der Handelskammer wird damit eine Zweiklassenmedizin geschaffen. Weniger privilegierte Patientinnen und Patienten – in der Regel ältere und chronisch Kranke – können sich die Zuzahlungen für die Arzneimittel ihrer Wahl nicht leisten. Sie müssen Therapieumstellungen hinnehmen, sollte der Referenzpreis ihres bewährten Medikamentes gesenkt werden. Nicht selten erfolgt eine solche Umstellung bei gleichzeitiger Hospitalisierung, was die Kosten unter dem Strich steigen und nicht sinken lässt. Aber auch Patientinnen und Patienten, die sich Zuzahlungen leisten können, werden bei der Einführung eines Referenzpreissystems benachteiligt. Dann nämlich, wenn einzelne Präparate vom Markt genommen werden, weil sie nicht mehr kostendeckend vertrieben werden können. Dies dürfte vor allem bei älteren, preisgünstigen Generika der Fall sein. Weiter bergen beide Modelle die Gefahr, dass die Weiterentwicklung von Präparaten mit bekannten Wirkstoffen und damit für die Patienten nützliche Innovationen abgewürgt werden. Wird für die gleiche Wirkstoffzusammensetzung nur ein Referenzpreis vergütet, haben die Unternehmen keinen Anreiz mehr speziell patientenfreundliche Formen, die z.B. die Einnahme	Art. 52b ist zu streichen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			erleichtern, oder modifizierte galenische Formen mit einer veränderten Pharmakokinetik zu entwickeln. Kommt erschwerend hinzu, dass alle, zur abschliessenden Beurteilung der Modelle relevanten Fragestellungen noch nicht bekannt sind. Diese sollen gemäss Abs. 6 resp. Abs. 7 auf Verordnungsstufe geregelt werden. Dass der Bundesrat ohne Einbezug der betroffenen Industriepartner solch wichtige Parameter wie den Preisabstand oder den neuen Preisabschlag bestimmen soll, lehnt die Handelskammer beider Basel ab. Dies schafft bei den Herstellern und Vertreibern von Arzneimitteln inakzeptable Unsicherheiten. Sie können nicht vorausschauend planen und produzieren, wenn der Bundesrat diese Parameter in Eigenregie beliebig ändern kann. Die Gleichbehandlung von Biosimilars bzw. Referenzpräparaten mit Generika bzw. Originalpräparaten lehnt die Handelskammer beider Basel strikt ab. Im Unterschied zu Generika sind Biosimilars zum Referenzpräparat nicht wirkstoffidentisch, sondern weisen als biologische Arzneimittel (nur) eine genügende Ähnlichkeit auf. Biosimilars sind weder mit dem Referenzpräparat noch, untereinander austauschbar. Dies wird im Heilmittelgesetz erkannt, wo in Art. 4, Abs. 1 die Biosimilars als eigene Arzneimittel-Kategorie geführt werden. Die vorgeschlagene Revision im KVG würde eine Inkonsistenz zum kürzlich revidierten Heilmittelgesetz und der Zulassungsbehörde Swissmedic schaffen. Biosimilars sind demnach auch im KVG separat zu behandeln.	
HKBB	59b	1	Die Handelskammer beider Basel begrüsst die Einführung eines Experimentierartikels, erachtet diesen in der vorliegenden Form allerdings als zu eng formuliert. Der Geltungsbereich für Pilotprojekte ist offen zu halten und nicht auf Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung einzuschränken.	Art. 59b ¹ Um neue Modelle zur Verbesserung der Qualität und Effizienz zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte bewilligen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			Damit das Gesundheitssystem der Schweiz weitergebracht werden kann, muss der Experimentierartikel auch dazu dienen können, Massnahmen zur Steigerung der Qualität und Effizienz oder Eliminierung von Fehlanreizen zu analysieren. Beispielsweise müssen auch Projekte im Bereich der Digitalisierung erprobt werden können. Aus Sicht der Handelskammer beider Basel ist es nicht sinnvoll, via den Experimentierartikel das Territorialitätsprinzip aufzuweichen und bspw. im Ausland bezogene medizinische Leistungen von der OKP begleichen zu lassen. Dies würde eine wichtige Grundlage des KVG in Frage stellen.	² Die Pilotprojekte sind inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzt und beziehen sich ausschliesslich auf die Verhältnisse und Situation in der Schweiz.
HKBB	59b		Im erläuternden Bericht wird ausgeführt, dass Projekte in der Regel von den Kantonen, den Krankenkassen oder ihren Verbänden, den Leistungserbringern oder ihren Verbänden oder den Patientenorganisationen eingereicht werden können. Aber auch die Life Sciences-Industrie ist daran interessiert, Projekte im Rahmen des Experimentierartikels vorzuschlagen. Die Industrie ist im Bericht explizit aufzuführen.	Erläuternder Bericht, Seite 24 Explizite Aufführung der Life Sciences-Industrie (Unternehmen oder deren Verbände) als möglicher Stakeholder, der Projekte im Rahmen des Experimentierartikels vorschlagen 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.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interessengemeinschaft eHealth

Abkürzung der Firma / Organisation : IG eHealth

Adresse : Amthausgasse 18

Kontaktperson : Walter Stüdeli

Telefon : 031 560 00 24

E-Mail : walter.stuedeli@ig-ehealth.ch

Datum : 6. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	7
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	11

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
IG eHealth	Die IG eHealth begrüsst es, dass der Bundesrat Massnahmen zur Kostendämpfung in der Grundversicherung vorschlägt. Die IG eHealth ist aber besorgt darüber, dass das Potential von Digital Health vom Bundesrat und den Behörden in der Schweiz ungenügend erkannt und entsprechend nicht genutzt wird. Wir sind überzeugt, dass Digital Health für die Prävention und die Versorgungsqualität einen wichtigen Beitrag leisten kann und somit kostendämpfend wirkt. Bezüglich der digitalen Transformation im Gesundheitswesen ist der Bericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» der Expertengruppe vom 24. August 2018 ernüchternd. Nur zwei Massnahmen haben mit der Digitalisierung zu tun (M05 Leerläufe durch doppelte und fehlerhafte Datenerfassung verhindern, M38 Keine doppelte Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier). Unverständlich ist, dass der Digitalisierung im Bereich der Kostendämpfung kein grösseres Gewicht beigemessen wird. Dass im vorgezogenen Massnahmenpaket die Digitalisierung gänzlich fehlt, ist aus gesundheitspolitischer Sicht nicht nachvollziehbar und muss klar als verpasste Chance bezeichnet werden. Das EDI und das BAG fokussieren einseitig auf die Einführung des elektronischen Patientendossiers und blenden weitere Felder der digitalen Transformation, wie die Förderung von mHealth zur Prävention oder klinische Entscheidungsunterstützung bei der Versorgung, weitgehend aus. Wir weisen darauf hin, dass die Risiken des Scheiterns des EPD beträchtlich sind bzw. eine verspätete Einführung wahrscheinlich ist. Umso wichtiger ist es, die digitale Transformation umfassend anzupacken und nicht nur einseitig auf das EPD zu setzen. Einerseits sind die Voraussetzungen in der Schweiz gut: Im Network-Readiness Index 2016 (The Global Information Technology Report 2016, World Economic Forum, Genf) belegt die Schweiz den sechsten Rang. Andererseits landet die Schweiz im aktuellen Digital-Health-Index (#SmartHealthSystems, Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, empirica, Bertelsmann Stiftung, 2018) abgeschlagen auf Rang 14 von 17 untersuchten Ländern. Aus Sicht der IG eHealth ist es im Interesse der Schweiz, eine bessere Position einzunehmen. Dies ist nicht nur wichtig für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, sondern auch für die Beschäftigungswirkung und den Export. Dies ist aber nur dann möglich, wenn es ein strategisches Vorgehen gewählt wird. Zusammen mit führenden Gesundheitsverbänden haben wir dem Gesundheitsminister im Dezember 2017 vorgeschlagen, den Lead für ein strategisches Vorgehen zu übernehmen und die Verbände an einen runden Tisch einzuladen. Leider sind das EDI und das BAG nicht auf unseren den Vorschlag eingetreten. Nachfolgend kommentieren wir einen Punkt im vorgezogenen Massnahmenpaket, der bezüglich der Digitalisierung relevant ist. Wir erlauben uns, zwei konkrete Massnahmen vorzuschlagen, welche einen Beitrag zur Qualität der Versorgung liefern und relativ einfach umsetzbar sind, falls alle Akteure den Willen dazu aufbringen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
IG eHealth	43	5		Zustimmung mit Vorbehalt Die IG eHealth spricht sich für die Einführung ambulanter Pauschalen aus, falls die Aufwände für digitale Prozesse und Infrastrukturen betriebswirtschaftlich adäquat abgebildet werden.	... Dabei sind die Aufwände für digitale Prozesse und Instrastrukturausgaben betriebswirtschaftlich adäquat abzubilden.
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
Name/Firma	Art.	Bemerkung/Anregung	Textvorschlag
IG eHealth		Vorschlag 1: Verpflichtung zu elektronischem eMedikationsprozess Der gesamte Medikationsprozess soll nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen (eMedikationsplan, eRezept, eAbgabe, eMedikationComment, eCurrentMedikation). Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Es ist unabdingbar, die nationalen Verbände der Organisationen der Gesundheitsberufe an dieser Umsetzung zu beteiligen. Für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben soll die EDP-Infrastruktur verwendet werden. Zeitgemässe elektronische Entscheidungshilfen für den Medikationsprozess sollen gefördert werden mit dem Ziel, dass sie in Praxis- und Klinikinformationssysteme zweckmässig integriert sind. Hintergrundinformation Gemäss früheren Aussagen des Bundesamts für Gesundheit ist die Medikationssicherheit eine bedeutsame Herausforderung für die Qualitätsentwicklung. Gemäss Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen vom 25. Mai 2011 sind 30 bis 50 Prozent aller Behandlungsfehler Medikationsfehler. Die Zahl der vermeidbaren Todesfälle und unerwünschten Arzneimittelwirkungen kann mit digitalen Instrumenten nachweislich reduziert werden. Eine wichtige Voraussetzung hierzu ist ein schweizweiter Umstieg – stationär wie ambulant – auf digitale eMedikationsprozesse und die Möglichkeit zum Austausch der relevanten Daten. Dies bedingt prioritär die Verfügbarkeit zeitgemässer Praxis- und Klinikinfrastruktur und -	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Software, welche von Dienstleistern betriebswirtschaftlich finanzierbar sind, sowie die Befähigung, diese zu nutzen. Dafür sind in einem ersten Schritt Anreize zu schaffen. «Die Vielfalt an Akteuren und die wachsende Zahl chronisch kranker, multimorbider Patientinnen und Patienten stellen große Herausforderungen für die Medikationssicherheit dar», schreibt die Stiftung Patientensicherheit in deren Übersichtsstudie «Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz». Gemäss der Studie sind 8 bis 15 Prozent der stationären Patienten von einem unerwünschten Arzneimittelereignis (UAE) betroffen und 4 bis 7 Prozent der Spitalaufnahmen sind auf UAE zurückzuführen (Quelle: Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz? Liat Fishman, Lea Brühwiler, David Schwappach, 2018) Werden bei der Medikation konsequent digitale Instrumente zur Überprüfung des Arzneimittelmix, der jeweiligen Kontraindikationen und der Interaktionen untereinander eingesetzt, so können Medikationsfehler oder unangebrachter Arzneimiteleinsatz (Über-/Unterdosierungen, Kontraindikationen, etc.) verringert und die Patientensicherheit erhöht werden.	
IG eHealth		Vorschlag 2: Einsatz von EPD bei alternativen Versicherungsmodellen zulassen Krankenversicherer erhalten im Rahmen des KVG die Ermächtigung, den verpflichtenden Einsatz von ePatientendossiers bei alternativen Versicherungsmodellen AVM im Rahmen von integrierte Versorgungsmodellen vorzusehen. Dabei ist sicherzustellen, dass nur die Gesundheitsfachpersonen Zugang zu den Daten haben, welche vom Patienten die Zugriffsberechtigung erhalten haben. Gleichzeitig ist den Krankenversicherungen kein Zugriff auf die Daten zu gewähren.	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

		Hintergrundinformation Gemäss dem EPD dürfen Krankenversicherungen keine alternativen Versicherungsmodelle AVM anbieten, welche die Versicherten zur Anwendung von EPDs verpflichten. Es braucht also eine explizite KVG-Grundlage, wenn man für die Versicherten die Option schaffen will, im Rahmen von Integrierten Versorgungsmodellen elektronische Patientendossiers einzusetzen. Diese sind eine zentrale Voraussetzung für eine funktionierende integrierte Versorgung (sofern die Leistungserbringer nicht am selben Standort arbeiten und nicht auf die gleiche elektronische Krankengeschichte zugreifen).	
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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : MediData AG

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Platz 6

Kontaktperson : Meyer Robert

Telefon : 041 368 23 30

E-Mail : robert.meyer@medidata.ch

Datum : 12.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
Meyer Robert / MediData	MediData begrüsst die vorgeschlagenen Neuregelungen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OK)

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	42	3	Dritter Satz	" ... Im System des Tiers payant erhält die versicherte Person vom Leistungserbringer eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist..." Wichtig ist, dass die Zustellung der Rechnungskopie an den Patienten im System Tiers payant sowohl als Papierdokument wie auch in digitaler Form erfolgen kann. Eine digitale Rechnungskopie muss dem Patienten in verständlicher Form präsentiert werden. Wir schlagen darum vor, dass der dritte Satz wie folgt ergänzt wird.	Die Kopie der Rechnung kann vom Leistungserbringer sowohl in Papierform als auch in verständlicher digitaler Form dem Patienten zugestellt werden.
				Bemerkung zu den folgenden Motionen: 18.3513 Buffat, Michael: KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren. <i>Der Bundesrat wird beauftragt, die technischen Voraussetzungen für die elektronische Leistungsabrechnung nach dem KVG wie folgt zu präzisieren: Nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist sollen Abrechnungen im Rahmen des KVG nur noch über einen elektronischen Antrag an die Krankenkasse mit strukturierten und standardisierten Daten möglich sein. Der Bundesrat regelt die allfälligen Ausnahmen.</i> 18.3664 Grossen, Jürg: Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			den Krankenversicherern. <i>Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterbreiten, welche vorsieht, dass sämtliche Leistungsabrechnungen, namentlich jene der Ärzte, Spitäler, Labors, Physiotherapeuten, Spitex und Apotheken, elektronisch zu den Krankenversicherungen gelangen.</i> Bemerkung MediData: Plattformen für die elektronische Rechnungsübermittlung bestehen bereits seit einigen Jahren! Im Jahr 2018 werden im OKP-Bereich rund 70 Mio. standardisierte Rechnungen von den Leistungserbringern elektronisch an die Versicherer übermittelt. Die Standardisierung der Rechnungen erfolgt durch das Forum Datenaustausch (http://www.forum-datenaustausch.ch). Mitglieder des Forums sind die Verbände der Versicherer und der Leistungserbringer. Das Bundesamt für Sozialversicherungen, Invalidenversicherung ist ebenfalls Mitglied. Die elektronische Übermittlung standardisierter Rechnungen von den Leistungserbringern an die Versicherer ist eine berechtigte und sinnvolle Forderung. Dabei ist zu beachten, dass bereits existierende und erfolgreiche Plattformen in der Schweiz genutzt werden.	

Von: [Sabine Bucher](#)
An: [BAG-Abteilung Leistungen](#); [BAG-GEVER](#)
Cc: [Isabelle Lamontagne](#); [Ammann, Roland](#); [Roger von Moos Extern](#); [Peter Durrer](#); [Tino Rosaria](#)
Betreff: Stellungnahme SAKK/SPOG: KVG-Revision Kostendämpfung Paket I
Datum: Freitag, 14. Dezember 2018 14:28:26
Anlagen: [image007.jpg](#)
[image008.png](#)
[image009.png](#)
[SAKK_SPOG_Vernehmlassung_Kostendämpfung_Paket_1_DE.doc](#)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die SAKK, die SPOG und ihre forschenden Onkologen begrüßen den Vorschlag eines "Experimentierartikels", wie er im Bericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vorgeschlagen wird – insbesondere die Intention des wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisgewinns zugunsten des Gesundheitssystems.

Der Bundesrat ist sich der Schwächen des heutigen Systems der WZW-Kriterien bei der Zulassung von Medikamenten bewusst und hat mehrere Schritte zur Optimierung eingeführt. Diese schöpfen allerdings das Potential zu wenig aus, weil der Inhaber einer Marktzulassung nach erfolgter Registrierung wenig Interesse hat, die Anwendung eines Medikaments zu optimieren.

Schätzungen gehen von einem Einsparungspotential bei der Anwendung von Medikamenten von bis zu 50% aus (The Value in Cancer Care Consortium; <http://www.vi3c.org/>). Deshalb braucht es Studienprojekte zur Anwendungsoptimierung. Die SAKK hat eine Studie mit diesem Ziel durchgeführt, und eine weitere wurde 2018 gestartet.

Bisher herrschten seitens der Krankenversicherer Unsicherheit und unterschiedliche Interpretationen, ob Projekte im Bereich Anwendungsoptimierung unterstützt werden dürfen, obwohl wichtige Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit, bzw. grosse Ersparnisse zugunsten Versicherer und Patienten zu erwarten wären. Diese Rechtsunsicherheit könnte behoben werden, wenn solche Projekte im Rahmen des Experimentierartikels durchgeführt werden könnten. Wichtig erscheint uns in diesem Sinne auch die Abdeckung von Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten in pädiatrischen Indikationen, da die heutige Situation durch den generell schlechten Zulassungsstatus von Medikamenten für Kinder klar den Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs aller Patientinnen und Patienten zu Gesundheitsleistungen verletzt.

Mit dem auszuarbeitenden Experimentierartikel bietet sich die Möglichkeit, diese beschriebene Unklarheit auszuräumen und gleichzeitig Rahmenbedingungen festzulegen, welche Art von Kosten-Nutzen-Analysen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Optimierungsprojekten davon abgedeckt werden sollten.

Entsprechend schlagen wir in der Auflistung der möglichen Pilotprojekte in Art. 59b einen weiteren Bereich vor, wie Sie der beigelegten Stellungnahme entnehmen können.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. med. Roland Ammann
Präsident SPOG

Isabelle Lamontagne-Müller
Geschäftsführerin SPOG

Prof. Dr. med. Roger von Moos
Präsident SAKK

Dr. Peter Durrer
CEO a.i. SAKK



Sabine Bucher, lic. phil.
Politics & Development



SAKK Coordinating Center
Effingerstrasse 33

3008 Bern

Sabine.Bucher@sakk.ch
Direct: +41 31 508 41 76
Main: +41 31 389 91 91
sakk.ch

News:

[Young Oncology Academy](#) - Apply until January 31, 2019

[SAKK & Celgene "HEM Pioneer" Grant 2019](#) - Apply until April 30, 2019

[SAKK / Pfizer Award 2019](#) - Apply until May 1, 2019

[SAKK / Janssen Fellowship 2019](#) - Apply until April 30, 2019

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung und
Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe

Abkürzung der Firma / Organisation : SAKK; SPOG

Adresse : Effingerstrasse 33, CH-3008 Bern

Kontaktperson : Sabine Bucher

Telefon : 031 508 41 76

E-Mail : sabine.bucher@sakk.ch

Datum : 14.12.2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Die SAKK, die SPOG und ihre forschenden Onkologen begrüßen den Vorschlag eines "Experimentierartikels", wie er im Bericht "Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung" vorgeschlagen wird – insbesondere die Intention des wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisgewinns zugunsten des Gesundheitssystems. Als Vertreter der unabhängigen akademischen Forschung möchten wir hierzu Stellung nehmen und einen konkreten Vorschlag machen.

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	59b	1	f	Der Inhaber einer Marktzulassung hat nach erfolgter Registrierung wenig Interesse, die Anwendung eines Medikaments zu optimieren. Schätzungen gehen von einem Einsparungspotential bei der Anwendung von Medikamenten von bis zu 50% aus. Deshalb braucht es Studienprojekte zur Anwendungsoptimierung. Bisher herrschten seitens der Krankenversicherer Unsicherheit und unterschiedliche Interpretationen, ob Projekte im Bereich Anwendungsoptimierung unterstützt werden dürfen, obwohl wichtige Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit, bzw. grosse Ersparnisse zugunsten Versicherer und Patienten zu erwarten wären. ➤ Neuen Bst. f einfügen.	Neu: «f) finanzielle Unterstützung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Projekte im Bereich Therapieoptimierung, welche einen Erkenntnisgewinn zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von in bestimmten Indikationen zugelassenen Medikamenten und somit eine optimierte Ressourcenausnutzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstreben, insbesondere mittels einer Verminderung von Nebenwirkungen, einer Reduktion der verabreichten Dosis, oder einer Anwendung in pädiatrischen Indikationen;»
	59b	1	g	Neuen Bst. g mit dem ursprünglichen Text von Buchstabe f einfügen	«g) weitere Instrumente zur Steuerung der Kosten.»



Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversi-
cherung / Abteilung Leistungen

Per E-mail an:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; ge-
ver@bag.admin.ch

Bern, 12. Dezember 2018

KVG-Revision: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1
Vernehmlassungsverfahren Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung

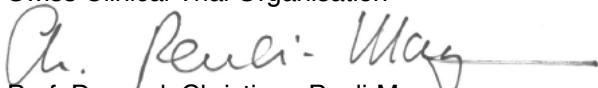
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Swiss Clinical Trial Organisation zusammen mit SwissPedNet unterstützen die Anregungen der Organisationen SAKK und SPOG betreffend Wortlaut von Art. 59b «Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung», Buchstabe f) sinngemäss wie folgt:

f) finanzielle Unterstützung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Projekte im Bereich Therapieoptimierung, welche einen Erkenntnisgewinn zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von in bestimmten Indikationen zugelassenen Medikamenten und somit eine optimierte Ressourcenausnutzung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anstreben, insbesondere mittels einer Verminderung von Nebenwirkungen, einer Reduktion der verabreichten Dosis, oder der Generierung von Evidenz für eine Anwendung in pädiatrischen Indikationen, für welche keine Zulassung vorliegt («off label use»);

Von Seiten Krankenversicherer wird die heutige Regelung immer wieder unterschiedlich interpretiert, ob Studien im Bereich Anwendungsoptimierung unterstützt werden dürfen. Wenn diese Studien jedoch wichtige Erkenntnisse zur Wirtschaftlichkeit liefern können, sollten sie im Sinne dieses Experimentierartikels auch durchgeführt werden können. Daher unterstützen wir die Eingabe zur Vernehmlassung der SAKK und SPOG sehr. Bei der Evidenzgenerierung für die Behandlung von Kinder schlagen wir eine etwas allgemeinere Regelung vor.

Freundliche Grüsse
Swiss Clinical Trial Organisation


Prof. Dr. med. Christiane Pauli-Magnus
Präsidentin


Annette Magnin
Geschäftsführerin

Von: Beatrice Gonella <bgonella@hispeed.ch>

Gesendet: Sonntag, 16. September 2018 18:55

An: _GSEDI-Info <info@gs-edi.admin.ch>

Betreff: 14.9.18: A.Berset zu Massnahmen im Gesundheitswesen

14.9.2018: A.Berset zu Massnahmen im Gesundheitswesen

Guten Tag,

Zu Bundesrat Berset's Aussage: "Die Leistungserbringer sollen verpflichtet werden, den Versicherten eine Rechnungskopie zu schicken...."

Bravo – das ist längst überfällig !

--> Meine **spezielle Bitte**: Die ÄRZTE sollten den Patienten eine **Kopie des Rückforderungs-Belegs** zustellen!

Denn darauf sind die **Details der Behandlungen** festgehalten - **nicht** auf der Rechnung.

Die meisten Ärzte sind jeweils meiner Bitte nicht nachgekommen.

Darf ich Sie bitten, diesen Vorschlag an die betreffende Kommission - und dann in die Vernehmlassung - weiterzuleiten.

Besten Dank und freundliche Grüsse !

Beatrice Gonella

Widmerstr. 17a

8038 Zürich

bgonella@hispeed.ch

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Lehner Stephan

Abkürzung der Firma / Organisation : STL

Adresse : Eggstrasse 14b, 8134 Adliswil

Kontaktperson : Stephan Lehner

Telefon : 043 534 63 00

E-Mail : st.589@bluewin.ch

Datum : 2018/10/08

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail-Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	6
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	7

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
STL	Mir fehlt zwingend das Einholen / die Stellungnahme des wertvollen Wissens der Institutionen «Ombudsman» und «Preisüberwacher»
Error! Reference source not found.	(Selbst-)Hilfeorganisationen (Pro ...(Infirmis), MS, www.polio.ch ,) persönlich zu Stellungnahmen auffordern
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference source not found.	
Error! Reference	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
Error! Reference source not found.	47a	1	4	Preisüberwacher und Ombudsman haben wertvolle Informationen von der Front	Die...werden <i>via dem eidg. Preisüberwacher</i> dem Bundesrat ... unterbreitet.
STL	47c	1	5	Preisüberwacher und Ombudsman haben wertvolle Informationen von der Front	Der Bundesrat ...der Kosten <i>nach Anhören des Preisüberwachers</i> aufstellen.
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					
Error! Reference source not found.					

Wenn Sie einzelne Tabellen 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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Weitere Vorschläge			
STL		Patienten mit einem Post-Polio-Syndrom sind in der Liste nach Art. 31 Abs. 1 KVG: Krankheitsbedingte Zahnbehandlungen aufzunehmen	Die Hilflosenentschädigung deckt die Pflege sozialer Kontakte kaum. Da bleibt nichts übrig zur Zahnbehandlung. Ermüdung, Erschöpfung Schmerzen neue Lähmungen verhindern eine ausreichende Mundhygiene. Das kann bis zu Karies führen
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			
Error! Reference source not found.			

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

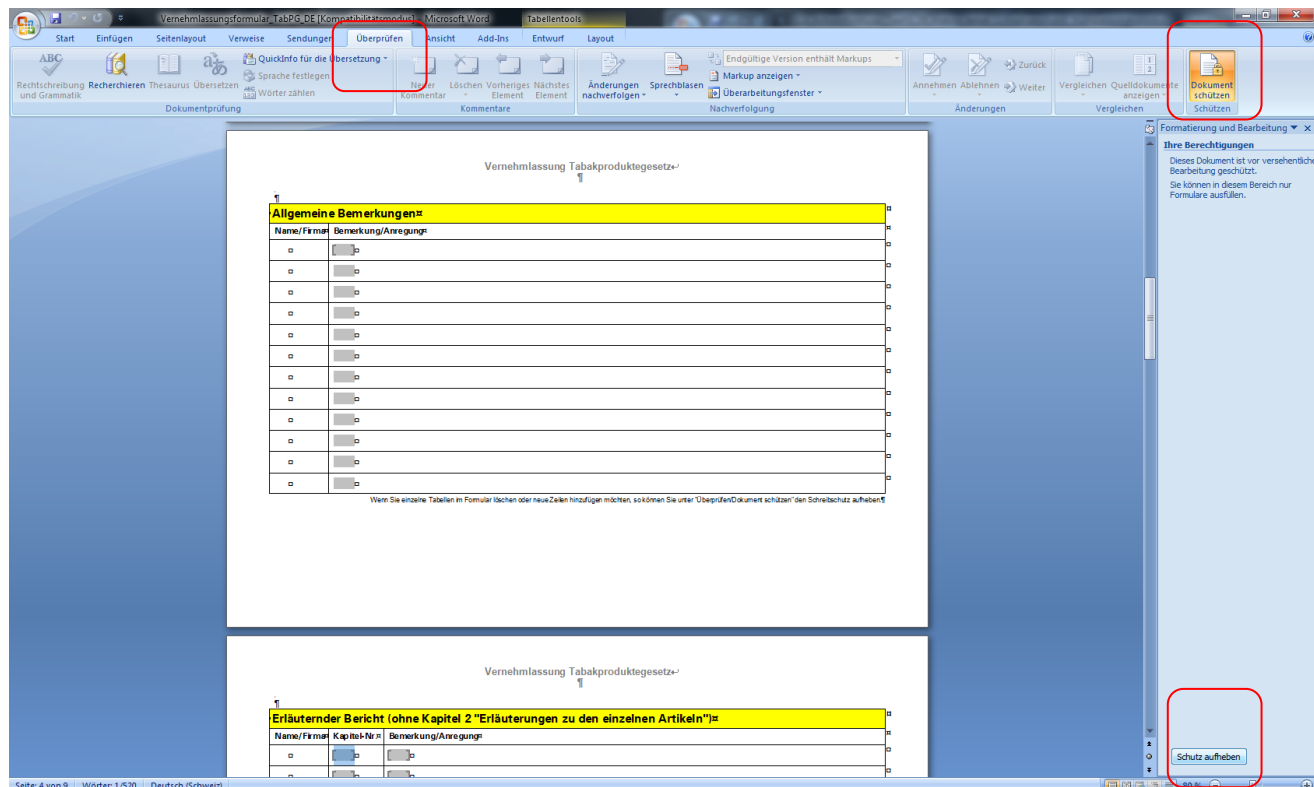
found.			
--------	--	--	--

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:

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

1 Dokumentschutz aufheben



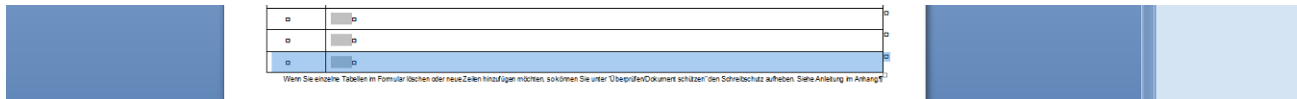
Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

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 (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

Vernehmlassungsformular_TabPG_DE [Kompatibilitätsmodus] - Microsoft Word

Start Einfügen Seitenlayout Verweise Sendungen Überprüfen Ansicht Add-Ins

Rechtschreibung und Grammatik Recherchieren Thesaurus Übersetzen Wörter zählen

Dokumentprüfung

Kommentar

Änderungen nachverfolgen

Sprechblasen

Markup anzeigen

Überarbeitungsfenster

Annahmen Ablehnen Zurück

Vergleichen Quelldokumente anzeigen

Dokument schützen

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 tabak@bag.admin.ch.

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Avis donné par

Nom / société / organisation : Marie-Josèphe Rey

Abréviation de la société / de l'organisation indépendante

Adresse : rue d'Orzival 3 3960 Sierre

Personne de référence : membre smvs

Téléphone : 079 220 32 38

Courriel : mjorey@bluewin.ch

Date : 14.12 2018 envoi 3H48 ; **correndum le 15 12 2018**

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 **14 décembre 2018** aux adresses suivantes : abteilung-leistungen@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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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	8
Annexe: Guide pour insérer de nouvelles lignes	9

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

Commentaires généraux sur le projet de révision et sur le rapport explicatif	
nom/société	Commentaire / observation
MJ R	Les dispositions nouvelles art 47a,b,c donnent toutes les obligations de mise en place et d'entente aux fournisseurs de prestations, soit les médecins, et la main mise de la Confédération si les fournisseurs de prestation ne réussissent pas , avec leur éviction pour les décisions à venir. Il s'agit d'une possibilité d' étatisation de la médecine ambulatoire, qui passerait sous le contrôle de la Confédération. Il n'est pas admissible que cette main mise de la Confédération puisse se faire sans qu'une évaluation des modifications législatives prévues ne soit faite, du point de vue faisabilité et résultat, que ce soit les fournisseurs de prestations qui les mettent en place ou la Confédération. Dans ce sens il ne devrait pas y avoir modification législative avant évaluation de la faisabilité, et sans volonté de la Confédération de prendre la main. Les précédents, comme l'élaboration de Tarvision et ensuite de TARCO ont montré la difficulté d'avoir un partenariat avec les assureurs. Ce n'est pas en mettant une obligation à ce partenariat que le fonctionnement sera amélioré dans le futur. Il semblerait plus efficace que laisser les médecins élaborer leur structure comme TARCO et de faire circuler ensuite le résultat si il n'y a pas d'entente pour l'élaboration de la structure. Les mesures proposées sont donc fort contraignantes, alors que les précédents ont déjà démontré la difficulté d'une telle collaboration avec les assureurs.

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 (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er 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)
MJ R	47a	1		il s'agit d'un bureau national composé des assureurs et des médecins, dont on a déjà l'évidence de la difficulté surtout du côté des assureurs de collaborer cf projet TARCO : seul Curafutura est encore en discussion avec la FMH...	Une organisation compétente est mise en place par les fournisseurs de prestations, à laquelle les assureurs devraient participer sur une base paritaire pour..... La structure tarifaire pour les traitements ambulatoires élaborée par cette organisation est soumise à l'approbation de la Confédération
		2		Pourquoi la Confédération doit se mêler de la forme et de l'organisation, définie à l'al 1 si ce n'est avec une arrière pensée de contrôle ?	A supprimer
		3		Le Conseil fédéral remplacerait les médecins et les assureurs et gérerait ce bureau national, autant dire étatisation de la médecine et perte de l'autonomie tarifaire, déjà très relative, pour les médecins	
	47b	1		il s'agit de communication de donnée par les médecins à la Confédération pour l'élaboration des tarifs et prix. En fait il s'agit de façon souterraine de contrôler les volumes de prestations par les prix, sans aucune appréciation au préalable de la pertinence ou pas du volumes des prestations.	A supprimer

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

MJ R	47c	1		les prestataires de soins n'ont pas pour mission de piloter les coûts. Une restriction des prestations relève d'un débat politique et de la société. C'est tromper les personnes que leur faire miroiter un catalogue riche de toutes sortes de prestations et rendre ensuite les médecins responsables de la restriction ; c'est rompre aussi la confiance médecin-patient.	Le pilotage des coûts des prestations ambulatoire s'effectue en concertation avec la société et ses représentants politiques
		2		commentaire id à al 1. Si les médecins ne pilotent pas ainsi les coûts, ils n'établissent pas de convention. L'essai du Leikov avec l'introduction de TarMed a montré l'impossibilité de gérer ainsi les coûts. Il y a trop de variables à prendre en compte, et dont même le détail n'est pas connu encore aujourd'hui : coût du progrès technique, qu'est-ce qu'on accepte, pour qui, jusqu'à quel âge par ex .	
	47c	al. 4		revient à une évaluation comme avait été le Leikov qui a fait la preuve de la difficulté, pour ne pas dire impossibilité de mise en place ; Leikov a d'ailleurs été abandonné en 2008	
	47c	al. 6		Très bien que la Confédération prenne la responsabilité de cette mise en place.	
MJ R	43	al. 5		accepter une valeur de base différente entre les cantons par rapport à la structure nationale de forfait par patient revient à pérenniser les inégalités cantonales de VP du Tarmed. Ou alors la Confédération établit avec ses services d'économie les différences réelles d'infrastructure entre les cantons justifiant les différences de valeur de base, par rapport aux coûts d'infrastructure des médecins, selon modèle RoKo par ex., données déjà disponibles, et encore plus avec MAS.	
MJ R	59b	al. 4		Il est inadmissible de rendre obligatoire à qui que ce soit, en particulier aux médecins, de participer à un projet pilote qu'ils pourraient ne pas cautionner ni sur le fond ni pour le partenariat	

**Modification de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)
Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1er volet : procédure de consultation**

				avec les initiateurs. Les prestataires de soins ont déjà beaucoup de projets et d'étude en cours ; s'il s'agit de projet d'infrastructure de soins, avec interprofessionnalité par ex ; la participation doit être volontaire ; l'efficience du projet entrainera sa mise place plus large. Nous avons déjà des exemples de ce type pour l'oncologie en réseau hors hôpital, les soins palliatifs. Les adultes professionnels de santé sont à même de se mettre ensemble pour élaborer des projets utiles, économiques et efficients. Ces projets, qui correspondent souvent à des besoins ressentis par les personnes du terrain, sont alors mieux acceptés et susceptibles d'un bien meilleurs suivi que s'ils sont imposés.	
MJ R	52b			Les médicaments génériques ne sont pas identiques du point de vue effet parce qu'ils ont la même substance active, et ceci parce qu'ils ont des enrobages, des colorants ou autre qui peuvent changer leur pharmacocinétique et biodisponibilité suivant les patients aussi. Ainsi il n'est pas équitable que des patients soient pénalisés sur le prix payé parce qu' ils ne supportent pas telle substance	

Von: [Kathrin Weber](#)
An: [BAG-Abteilung Leistungen](#)
Betreff: Kostendämpfungmassnahmen
Datum: Freitag, 14. Dezember 2018 13:18:10
Anlagen: [Kostendämpfung.docx](#)
Dringlichkeit: Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren

Anbei meine Antwort auf Ihr Schreiben vom 26.11.18
Referenz Nr. 510.0004-39/638/5159562

Mit freundlichen Grüssen

Kathrin Weber
Ziegelmattheweg 17
4457 Diegten

Tel.: 061 973 03 73
Mobil: 079 522 36 59

Sehr geehrte Damen und Herren

Betreffend Antwort vom 26.11.18 möchte ich wie folgt Stellung nehmen:

Das Massnahmenpaket zur Kostendämpfung – Paket 1 denke ich, zeigt in die richtige Richtung. Vor allem die Massnahmen zu Kostendämpfung der Medikamente, nationale Tarife, Steuerung der Kosten medizinischer Leistungen etc.

Wie ich jedoch bereits in meinem Schreiben erwähnte, **sollte auch die Spitalfrage auf nationaler und nicht regionaler Ebene gelöst werden**. Wir haben viel zu viele Spitäler. Kein Land auf der Welt hat eine derartige Dichte an medizinischer Versorgung vorzuweisen. Mit unserer heutigen Mobilität kann es nicht sein, dass zusätzliche Spitäler gebaut werden, wobei die bestehenden nicht einmal ausgelastet sind. Ich bin überzeugt, dass die Krankenkassen die Gelder von anderen regionalen Beiträgen einholen um die nicht deckenden regionalen Beiträge auszugleichen. D.h. wir bezahlen am Ende mit unseren Beiträgen auch Regionen die nicht tragbar sind.

Das zweite Anliegen betrifft die hohen **Entschädigungen der Verwaltungsräte der einzelnen Krankenkassen**. Wie wir alle wissen besteht ein Verwaltungsrat aus mehreren Personen und nicht nur aus dem Präsidenten. Auch alle diejenigen beziehen Honorare zu den exorbitanten Beträgen der Präsidenten, wie z.B. Assura Fr. 768'000.00. Von den **TV Werbungen** und den **Maklergebühren** ganz zu schweigen. **Hier müsste man dringend ansetzen und hier die Gehälter plafonieren**.

Die Krankenkassen sind für alle obligatorisch, deshalb kann ich die KK **nicht in der freien Marktwirtschaft ansiedeln**. Ich bin nicht verpflichtet einen PC zu kaufen aber ich muss eine Krankenversicherung haben mit dem Gedanken, sollte es mir gesundheitlich schlecht gehen, kann ich einen Arzt, oder alternative Medizin aufsuchen, ich habe dafür bezahlt und erhalte eine Gegenleistung. Heute ist es so, dass wir (mein Mann u. ich pensioniert) als Beispiel Fr. 8'505.00 Jahresprämien zahlen für das Jahr 2019. Bei beiden haben wir eine Franchise von je Fr. 2'500.00 bei der Grundversicherungen und je Fr. 600.00 bei der Zusatzversicherung. **D.h. wir bezahlen alles selber**, wie viele andere auch und dies **ohne Gegenleistung**. Was mir am meisten missfällt sind die **Belastungen unserer Kinder und Enkel**. Eine junge Familie kann das auf die Länge nicht mehr tragen. So werden immer mehr Familien in die Armut getrieben. Jetzt kommt noch das mit den **Prämienverbilligungen**. Da bezahlen wir auch noch kräftig mit. Das ist doch keine Lösung. Es ist wie ein Fass mit einem Loch. Das wird sofort repariert damit der Inhalt nicht verloren geht. **Kein Mensch füllt es weiter auf. Es wird ersetzt durch ein intaktes Fass**.

Eine Krankenversicherung muss eine Non-Profit-Organisation sein und nicht ein Selbstbedienungsladen wie wir den heute bei uns haben. Deshalb brauchen wir eine Einheitskasse (ohne den Bürgern Angst zu machen, die

Gesundheitsversorgung sei nicht mehr gewährleistet), wie die AHV. Mit den Non-Profit-Organisationen meine ich alle obligatorischen Sozialversicherungen.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Zürrer, Peter

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Rotenrainstrasse 5

Kontaktperson :

Telefon : 079 768 65 62

E-Mail : pzuerrer@hispeed.ch

Datum : 13. Dezember 2018

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 **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@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 (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: 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	9
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	10

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht

Name/Firma	Bemerkung/Anregung
	Passus aus «Massnahmen zu Kostendämpfung – Paket 1 Seite 115/131 «2014 führte das Gesundheitsministerium ausserdem einen Mengen-Preis-Kontrollmechanismus auf Ebene der einzelnen Spitäler ein. Für eine Reihe von DRG mit hohen Mengen/grossem Wachstum (u.a. Knieprothesen und grauer Star) legte das Ministerium eine nationale Rate für das Leistungswachstum fest. Steigt die Zahl der Fälle (für eine bestimmte DRG) in einem Spital stärker an als die Vorgabe, sinkt der Tarif der betreffenden GHM (Group Homogene de Malade) um 20 %. Zu den Auswirkungen dieser Politik auf die Spitäler liegen nicht genügend Informationen vor, gemäss einer aktuellen Mitteilung des Gesundheitsministeriums zeigt sich aber ein gemischtes Bild. Es besteht zunehmend Einigkeit darüber, dass die «Angemessenheit der Behandlung» und die Reduktion sogenannter Eingriffe mit «geringem Nutzen» im Fokus stehen sollten» (Or 2017: 18).
	Allgemeine Bemerkungen Grundsätzlich ist alles besser, was die Versicherten entlasten wird. Gesundheitsorganisation Es stünde dem EDI und BAG jedoch sehr gut an, wenn Sie eine Totalrevision der Organisation der Spitäler in der Schweiz, derer interner Kostenkontrollen in Form von Kalkulationen sowie ein umfassendes Salär Reglement für alle Spitalangestellte neu aufbauen würde. Dazu gehörte dann auch die Revision des Tarmed. Innerhalb eines Jahres müssten die Grundpfeiler gelegt werden können.
	Neue Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen (Abriss) Es fragt sich, ob nicht vom Bund aus Rahmenbedingungen für die Kantone erstellt werden müssten. Ziel muss sein, dass es unter den Gesundheitsorganisationen wie Spitäler keinen Wettbewerb gibt. Ferner sollten die Spitäler nicht auf Gewinn, sondern inklusive Investitionskosten kostendeckend arbeiten. Nicht in jedem Spital müssen möglichst alle Angebote vorhanden sein. Es ist selbstredend, dass die in der Schweiz bestehenden Spitäler in regionale «Klassen» eingeteilt werden. Nicht jedes Spital muss alles anbieten. Absolut wichtig sind kurze Wege zu den einzelnen Behandlungs- und Anamnese Geräten. Es hat auch keinen Sinn, dass teure Geräte in möglichst vielen Spitäler angeboten werden. Dies gilt auch für Spezialärzte in einer Praxis. Das Spital muss auch Belegärzten zu kostengünstigen Möglichkeiten die entsprechenden Geräte zentral anbieten. Zu viele Geräte erhöhen die Prämien.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

	Taxpunkte bei Spitalausstellen Wenn ein Spital in einer Aussenstelle ambulante Behandlung anbietet, ist es nicht richtig, dass diese Taxpunktmässig bessergestellt sind als umliegende Hausärzte. Hausärzte sind das Rückgrat unseres ambulanten Gesundheitswesens. Ich sehe nicht ein, dass ein Assistenzarzt mehr für die gleiche Behandlung erhält, wie der Hausarzt. Dies nur, weil es eine Aussenstelle des Spitals ist. Grundsätzlich sind solche Aussenstellen dort zu begrüssen, wo es in Regionen an Hausärzten mangelt. In dieser Hinsicht ist ein Alpenland ein Sonderfall, der sich nicht einfach über einen Leisten schlagen lässt.
	Grundsätzlich muss gesagt werden, dass das EDI und BAG den Mut fassen sollten, endlich eine Auslegeordnung mit «Was haben wir, was sollten wir anbieten, wo sollte man das anbieten». Als Beispiel: In der Herzchirurgie besteht beispielsweise die Zentralisation bereits.
	Mengen – Preis - Kontrollmechanismen Wenn nun Mengen-Preis-Kontrollmechanismen eingeführt werden sollen, ist das in vielerlei Hinsicht für den Patienten und der Gesundheitsorganisation im Allgemeinen ein Eigengol. 1. Arbeitstempo Wie wir wissen, arbeitet jeder Mensch, das gilt auch für den Chirurgen in unterschiedlichen Schnelligkeiten. Das ist das Naturell des Menschen. Eine Kürzung der Zeiten wird diesen Mediziner die Möglichkeit rauben, sauber zu arbeiten. Sie haben nur die Zeiten im Sinn. Das wird zwangsläufig zu Komplikationen nach der Operation führen, weil in der Schnelligkeit schnell Fehler passieren. Auch davon sind die Ärzte nicht gefeit. Das zeigen neuere Studien exemplarisch auf.
	2. Druck Nehmen wir die heikle Staroperation als Beispiel. Nehmen wir einem Belegarzt 20% Zeit weg, heisst das, dass er auf allfällige Komplikationen während der OP aus Zeitgründen nicht mehr reagieren kann, will er nur schon kostendeckend arbeiten. Das beginnt schon in der Anamnese in der Praxis. Überall wird über die Taxpunkte Zeiten vorgeschrieben, die in vielen Fällen nicht einzuhalten sind. Dies führt zu Zeitkürzungen. Der Patient wird ein zweites Mal aufgeboten, damit die eingesetzte Zeit abgerechnet werden kann. Das heisst zwei Konsultationen nur für die Anamnese. Ein noch grösseres Problem stellt das Burnout dar. Um das Richtige herauszufinden, braucht es Zeit und Einfühlungsvermögen eines Arztes und nicht einen honorierten Zeitplan. Auf eine solch gestellte Diagnose will ich nicht im Detail eingehen. Es versteht sich von selbst, dass niemand Leistungen erbringt, ohne Verdienst im Beruf. Was passiert: Belegärzte überlegen sich zweimal, ob sie weiter die Operation anbieten wollen. Das heisst doch für den Gerätestandort, dass er zusätzlich Personal rekrutieren muss, um das Angebot mit der Nachfrage im Einklang zu halten. Mit dieser Regelung erreichen wir nur Nachteile für den Patienten.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

3. Komplikationen

Zeiteinsparungen auf diese Weise bringen dem Patienten nur Nachteile und allenfalls Mehrkosten bei Komplikationen. Mich dünkt, dass allzu schnell der Ausübende zeitlich gedrückt wird. Das mag in der Industrie, dank der fortschreitenden Automation möglich zu sein. Nur, das Material sind lebende Individuen. Keine Person mit den gleichen Krankheiten reagiert der Organismus gleich. Also ist Routine in der Technik möglich, aber keinesfalls können die Komplikationen eines Patienten vorausgesehen werden. Auch, wenn die benutzten Maschinen immer besser werden. Letztlich ist es der Mensch, der das Gerät am Patienten bedient. Es gibt noch keine Robotervollautomaten!!

4. Zeitliche Beschränkung

Es ist deshalb von einer zeitlichen Beschränkung abzusehen. Denn es kann nicht angehen, dass Zeitüberschreitungen zu Lasten eines Ausgebildeten auch noch Verminderung des Honorars nach sich ziehen. Was es aber braucht, sind griffige Detailabrechnungen, die nachweisen, warum eine Behandlung oder Operation länger bedauert hat. Damit könnte man auch Auswüchsen, wie im Beobachter beschrieben, entgegenen.

5. Schlussbemerkungen und Fragen

Wir müssen aufpassen, dass wir unser Gesundheitssystem mit solchen zweifelhaften «Sparmassnahmen» an die Wand fahren. Wir haben vor allem im Pflegebereich Personalmangel. Eine saubere Lohnstruktur, die für alle Spitäler transparent und durchschaubar wären, könne da wahrscheinlich Abhilfe schaffen. Eine weitere Möglichkeit wäre auch im Militär ausgebildetes Sanitätspersonal einzusetzen.

Warum nicht vermehrt Spitaldienste für die Armeeangehörigen anbieten.

Warum nicht bei ehemaligen Sanitätern anfragen, ob sie sich einsetzen liessen. Dies gilt vor allem für in der Wirtschaft pensionierte Personen.

Warum werden Sanitätsvereine nicht angefragt?

All dies würde vor allem dazu dienen, die topausgebildeten Pflegerinnen und Pfleger von den einfachen Pflegeaufgaben zu entlasten.

Sind überhaupt Kalkulationen der Spitäler zugänglich?

Wie steht es mit der unabhängigen Budgetkontrolle der Spitäler?

Wann wird das Gesundheitswesen endlich im Gesamten durchgepflügt und wenn notwendig neu organisiert? Alles, was ich sehe ist nur Pflästerlipolitik. Etwas mutlos, nicht wahr!!