



Stellungnahmen zur Vernehmlassung

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Eröffnung	29.01.2025
Frist der Einreichung	06.05.2025
Zuständiges Departement	Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
Zuständige Bundesstelle	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Zuständige Organisation	Abteilung Tarife und Grundlagen
Adresse	Schwarzenburgstrasse 157, 3003, Bern-Liebefeld
Projektseite	https://fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/2024/80/cons_1

Inhaltsverzeichnis

1. Stellungnahmen Kantone / Cantons / Cantoni	5
Chancellerie d'Etat du Canton du Valais	5
Chancellerie d'Etat du Canton de Genève	14
République et Canton du Jura	21
Staatskanzlei des Kantons Zürich	26
Standeskanzlei des Kantons Uri	31
Staatskanzlei des Kantons Schwyz	33
Staatskanzlei des Kantons Obwalden	35
Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	41
Kanton Zug	43
Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft	45
Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen	47
Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden	53
Staatskanzlei des Kantons Aargau	56
Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud	61
Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern	68
Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	76
Staatskanzlei des Kantons Solothurn	91
Staatskanzlei des Kantons Bern	99
Staatskanzlei des Kantons Glarus	110
Staatskanzlei des Kantons Graubünden	113
Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt	119
Staatskanzlei des Kantons St. Gallen	128
Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg	132
Chancellerie d'Etat du Canton de Neuchâtel	140
Kanton Appenzell Innerrhoden	143
Staatskanzlei des Kantons Thurgau	147
2. Stellungnahmen In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale	152
Die Mitte / Le Centre / Alleanza del Centro	152
Schweizerische Volkspartei SVP / Union Démocratique du Centre UDC / Unione Democratica di Centro UDC ...	155
Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS / Parti socialiste suisse PSS / Partito socialista svizzero PSS	163
GRÜNE Schweiz / Les VERT-E-S suisses / I VERDI svizzera	166
FDP. Die Liberalen / PLR. Les Libéraux-Radicaux / PLR.I Liberali Radicali	170
3. Stellungnahmen Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national	175
4. Stellungnahmen Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national	176
Schweiz. Gewerkschaftsbund (SGB) / Union syndicale suisse (USS) / Unione sindacale svizzera (USS)	176

economiesuisse	181
Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) / Union suisse des arts et métiers (USAM) / Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)	185
5. Stellungnahmen Übrige Organisationen und Stellungnehmende	188
ARTISET	188
AVASAD	197
Aerztegesellschaft des Kantons Bern	206
Association Spitex privée Suisse ASPS	221
Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI)	225
Bündner Ärzteverein	233
Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen	242
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS)	250
FMCH	253
FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	257
Fédération des Associations de retraité-e-s et de l'entraide en Suisse VASOS FARES	280
Föderation der Schweizer Logopädinnen und Logopäden FSLO	283
Föderation der Schweizer Psycholog:innen (FSP)	286
H+ Die Spitäler der Schweiz	293
Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH)	298
Interpharma	301
Konsumentenforum kf	312
Medizinaltarifkommission UVG (MTK)	318
OAAT AG	319
Organisation Podologie Schweiz	321
Politik Arbeitsgruppe Psychiatrie (SGPP und SMHC)	324
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)	327
Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie	335
Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)	338
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)	349
Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO	350
Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse	351
Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)	359
Schweizerischer Hebammenverband	364
Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller (Intergenerika)	365
Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE)	375
Société médicale du Valais SMVS / VSÄG	384
Spitex Schweiz	405
Swiss Nurse Leaders	417
UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen	418
Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)	434
VSVA	439

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)	440
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)	448
Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS)	464
mfe - Haus- und Kinderärzte Schweiz	474
ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen	483
physioswiss Schweizerischer Physiotherapie-Verband	491
prio.swiss Der Verband Schweizer Krankenversicherer	494
pro-salute.ch	511
pädiatrie schweiz	514
scienceindustries	519
senesuisse	525
tarifsuisse / HSK / CSS	529
vaka - Gesundheitsverband Aargau	541
ÄTG	548
Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen	556
Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ	564

1. Stellungnahmen Kantone / Cantons / Cantoni

Chancellerie d'Etat du Canton du Valais

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Nous nous rallions entièrement à la prise de position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 17 avril 2025 à ce sujet et tenons à mettre en évidence les observations suivantes soulevées par cette dernière.</p> <p>Dans le cadre du « Programme d'allégement budgétaire 2027 », nous craignons que la Confédération freine révolution de ses dépenses en lien avec la réduction des primes au sens de la LAMal en les rattachant aux objectifs en matière de coût. Nous comprenons que la Confédération veille à son équilibre budgétaire. Toutefois, les mesures envisagées ne devraient pas impliquer de transfert de charges sur les cantons remettant en cause l'équilibre dans la répartition des tâches et de leur financement.</p> <p>Nous estimons également que la modification de l'ordonnance devrait mieux prendre en considération les cantons, en leur garantissant l'accès aux données et documents, et en les impliquant dans la coordination des objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité.</p> <p>Enfin, nous partageons la proposition de la CDS d'inclure les produits thérapeutiques dans les groupes de coûts, et non pas que les médicaments, et de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations.</p>

Anhang: 2025 04 30 - LET CE - DFI - consultation modification OAMal - objectifs couts et qualite.pdf



2025.01738

P.P. CH-1951
Sion

Poste CH SA

Madame
Elisabeth Baume-Schneider
Conseillère fédérale
Département fédéral de l'intérieur DFI
Inselgasse 1
CH-3003 Bern



Notre réf. MR/ym

Date **30 AVR. 2025**

Procédure de consultation relative à la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Madame la Conseillère fédérale,

Le Gouvernement valaisan vous remercie pour votre invitation du 29 janvier 2025 à participer à la procédure de consultation citée en marge et vous fait part de sa détermination.

Nous nous rallions entièrement à la prise de position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 17 avril 2025 à ce sujet et tenons à mettre en évidence les observations suivantes soulevées par cette dernière.

Dans le cadre du « Programme d'allègement budgétaire 2027 », nous craignons que la Confédération freine l'évolution de ses dépenses en lien avec la réduction des primes au sens de la LAMal en les rattachant aux objectifs en matière de coûts. Nous comprenons que la Confédération veille à son équilibre budgétaire. Toutefois, les mesures envisagées ne devraient pas impliquer de transfert de charges sur les cantons remettant en cause l'équilibre dans la répartition des tâches et de leur financement.

Nous estimons également que la modification de l'ordonnance devrait mieux prendre en considération les cantons, en leur garantissant l'accès aux données et documents, et en les impliquant dans la coordination des objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité.

Enfin, nous partageons la proposition de la CDS d'inclure les produits thérapeutiques dans les groupes de coûts, et non pas que les médicaments, et de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations.

Concernant ce dernier point, nous constatons une divergence dans les documents de consultation : l'article 75b lettre c se réfère aux traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital, alors que dans la version française du tableau comparatif entre le droit en vigueur et l'avant-projet pour la consultation il est mentionné « traitements ambulatoires hors de l'hôpital » sans les limiter aux médecins.

En vous remerciant de nous avoir consultés, nous vous prions de croire, Madame la Conseillère fédérale, à l'assurance de notre parfaite considération.

Le président
Franz Rüppen

Au nom du Conseil d'Etat



La chancelière

Monique Albrecht

Annexe Prise de position de la CDS du 17.04.2025
Copies à gever@bag.admin.ch
 tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Envoi par courriel

Département fédéral de l'intérieur DFI
Madame la Conseillère fédérale
Elisabeth Baume-Schneider

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

8-2-1

Berne, le 17 avril 2025

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité) : prise de position de la CDS

Madame la Conseillère fédérale,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous accorder la possibilité de prendre position sur les modifications prévues de l'OAMal.

Remarques générales concernant la position de la CDS

L'adaptation de l'OAMal vise à concrétiser la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (contre-projet indirect à l'initiative « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé » [initiative pour un frein aux coûts]), adoptée le 29 septembre 2023 par le Parlement. Les nouvelles dispositions de l'OAMal entendent créer le cadre juridique permettant au Conseil fédéral et aux cantons de fixer des objectifs en matière de coûts – après consultation des acteurs concernés et pour une période de quatre ans – afin de contrôler la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) sans pour autant compromettre la qualité des soins. Aux yeux de la CDS, assurer une mise en œuvre aussi simple que possible par le biais de l'ordonnance tout en atteignant l'objectif de freiner les coûts reste cependant un défi.

La CDS approuve l'orientation de la modification d'ordonnance. Elle salue particulièrement le fait que des facteurs d'influence importants tels que l'évolution de la morbidité et les progrès médico-techniques soient à prendre en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts (cf. art. 75a AP-OAMal). Selon le rapport explicatif, le Conseil fédéral ne juge pas nécessaire d'édicter des objectifs de qualité supplémentaires en plus de ceux visant à garantir et à encourager la qualité prévus à l'art. 58 LAMal. Nous soutenons cette position : fixer des objectifs de qualité additionnels au niveau fédéral risquerait d'accroître considérablement la charge administrative et organisationnelle des fournisseurs de prestations comme des unités administratives de la Confédération et des cantons sans générer de plus-value (notable). Les conventions de qualité inscrites dans la LAMal et les travaux de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ), du centre de compétence pour les mesures de la qualité (ANQ), du Centre national de prévention des infections (Swissnoso) et de nombreuses sociétés médicales spécialisées sont quelques exemples attestant d'une prise en compte suffisante de l'objectif général de garantie de la qualité des soins. La base légale inscrite à l'art. 54a nLAMal prévoit néanmoins la possibilité pour les cantons de fixer des objectifs de qualité s'ils le jugent nécessaire.

La CDS s'oppose formellement à ce que, dans le cadre du « Programme d'allègement budgétaire 2027 », la Confédération freine l'évolution de ses dépenses en lien avec la réduction des primes au sens de la LAMal en les rattachant aux objectifs en matière de coûts. Cette proposition interfère avec les processus de réforme en cours. En 2024, la population a rejeté l'initiative d'allègement des primes au profit d'un contre-projet indirect efficace. Avant même que celui-ci ne soit concrétisé, la Confédération prévoit de réduire ses dépenses en lien avec la réduction des primes et de soumettre l'art. 54 nLAMal à une réglementation dérogatoire. Désormais, le Conseil fédéral doit être en mesure d'adapter les objectifs en matière de coûts pendant la période quadriennale en cas de modification substantielle des bases. La Confédération se voit dès lors incitée, en vertu de l'art. 66, al. 2, LAMal, à définir une faible hausse des coûts comme objectif, afin de maintenir à un bas niveau les dépenses qu'elle alloue à la réduction des primes.

Transmission des données (art. 28 AP-OAMal)

L'art. 28, al. 1, AP-OAMal énumère les données que les assureurs doivent transmettre à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le projet d'ordonnance se fonde à cet égard sur les besoins de l'administration fédérale. Il n'est pas prévu que l'OFSP rende accessibles de nouvelles données pouvant être utilisées par les cantons pour fixer des objectifs cantonaux en matière de qualité et de coûts. La CDS considère que cela est problématique au regard de la nécessité de disposer d'une base solide pour fixer les objectifs, les données actuellement disponibles étant très rudimentaires et limitées. La grande disponibilité de données se caractérisant par une qualité, une granularité et une représentativité suffisamment élevées constitue une condition indispensable à la définition d'objectifs appropriés en matière de coûts et de qualité par la Confédération et les cantons et à la réalisation des tâches de la Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ).

Par ailleurs, le nouvel art. 21, al. 4, LAMal précise que l'OFSP met les données récoltées aussi à la disposition des cantons. L'ordonnance est cependant moins explicite : la phrase introductive de l'art. 28, al. 1, AP-OAMal et l'art. 28, al. 6, AP-OAMal font uniquement mention des tâches de la Confédération. Or, il est impératif que les cantons disposent du même accès aux données, par exemple en ce qui concerne les cas ou les patients, afin d'être en mesure de déterminer si la hausse des coûts est imputable à une hausse des prix, à une augmentation des volumes ou à un élargissement du catalogue des prestations. Il s'agit là d'une condition fondamentale pour fixer des objectifs cantonaux appropriés, susceptibles de contrôler la croissance des coûts ou d'améliorer la qualité du système de santé.

Pour fixer les objectifs en matière de coûts et de qualité, la création ou la mise à disposition de nouvelles bases de données peut à l'avenir s'avérer nécessaire. La CDS estime que les cantons et la CFCQ devraient donc pouvoir formuler des demandes en ce sens à l'attention de l'OFSP, de l'OFS ou de la CFCQ (dans le cas des cantons). Une disposition d'ordonnance correspondante réglant ce point doit être intégrée dans l'OAMal.

Tarifs et prix (art. 59c ss AP-OAMal)

La CDS approuve les adaptations découlant du chapitre 3, section 1 « Tarification et contribution par cas », qui correspondent essentiellement à des procédures et à des normes éprouvées. L'ajout à l'art. 59c, al. 3, AP-OAMal, qui stipule que les modalités d'application des structures tarifaires doivent faire partie intégrante des conventions tarifaires, est particulièrement bienvenu car il évite d'éventuels malentendus.

En revanche, la CDS n'est pas convaincue qu'il soit possible de mettre aisément en pratique le principe figurant à l'art. 59c^{ter}, al. 2, AP-OAMal, qui prévoit que, pour les forfaits liés aux prestations, l'estimation

doit comprendre des domaines situés en amont et en aval de l'hospitalisation¹. De plus, l'art. 59c^{ter} devrait préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés, sans quoi les partenaires tarifaires pourraient en déduire, comme le montre l'expérience, que seul le Conseil fédéral a le droit de consulter les documents en question.

Pour tenir compte de cette demande, l'art. 59c^{ter} pourrait par exemple être adapté comme suit :

Proposition concernant l'art. 59c^{ter} OAMal

Art. 59c^{ter} Contenu de la demande d'approbation pour les conventions tarifaires soumises au Conseil fédéral

¹ Lorsque le Conseil fédéral est compétent pour approuver la convention tarifaire conformément aux art. 43, al. 5, 46, al. 4, ou 49, al. 2, LAMal, ou le canton conformément à l'art. 46, al. 4, LAMal, la demande d'approbation doit être signée par toutes les parties à la convention et contenir notamment les documents et points suivants :

- a. un exemplaire de la convention tarifaire signée par toutes les parties à la convention;
 - b. le rapport explicatif sur la convention tarifaire transmise, indiquant en particulier dans quelle mesure celle-ci satisfait aux principes énoncés aux art. 59c OAMal et 59c^{bis} OAMal;
- [...]

Enfin, la formulation relativement ouverte à l'art. 59d, al. 1, AP-OAMal, selon laquelle le respect des dispositions des art. 59c et 59c^{bis} doit être régulièrement vérifié, laisse une grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires. Une autre possibilité serait que cet article enjoigne aux partenaires tarifaires de réviser un tarif dès lors que celui-ci ne correspond plus à la situation actuelle. À titre d'exemple, les obligations relatives au contrôle et à l'adaptation des prix des médicaments figurant sur la liste des spécialités sont explicitement définies dans la loi.

Objectifs en matière de coûts (chapitre 3a, section 1)

Selon la CDS, les dispositions du projet d'ordonnance relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Il est vrai que la formulation ouverte des principes auxquels doit obéir la fixation des objectifs de coûts laisserait une marge de manœuvre suffisante aux cantons. Dans le même temps, il manque une base légale concrète, sur laquelle les cantons pourraient notamment se fonder pour décider, le cas échéant, des contre-mesures ou des sanctions si les objectifs en matière de coûts ne devaient pas être atteints – de manière systématique, injustifiée et sur une longue période.

S'agissant des objectifs en matière de coûts, le projet d'ordonnance devrait répondre aussi bien aux besoins de l'administration fédérale qu'à ceux des administrations cantonales afin que celles-ci puissent accomplir leurs tâches et assumer leurs compétences dans le domaine des soins conformément à la loi. Dans cette optique, il importe que les cantons aient la possibilité de s'écarter des objectifs nationaux et de les adapter en fonction des spécificités régionales pour les groupes de fournisseurs de prestations et, selon les cas, de fixer des objectifs plus ou moins ambitieux.

Il est en outre impératif que les objectifs en matière de coûts fixés par la Confédération (selon l'art. 54 nLAMal) et par les cantons (selon l'art. 54a nLAMal) soient étroitement coordonnés. Les fournisseurs de prestations doivent savoir avec certitude quels objectifs prévalent, en particulier lorsque ceux-ci laissent une marge d'interprétation ou se contredisent du moins en partie. Il y aurait lieu de clarifier les modalités de la coordination des consultations prévues aux art. 54 nLAMal et 54a nLAMal, afin de

¹ Nous avons constaté que la formulation de la version allemande de l'art. 59c^{ter}, al. 2 AP-OAMal (« einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche ») diffère de la formulation française du même article (« y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation »). Dans pareil cas, nous partons du principe que la version allemande fait foi : les estimations pour les forfaits liés aux prestations ne concernent pas uniquement les prestations avant et après une hospitalisation, mais les prestations réalisées avant et après de façon générale.

simplifier le processus de fixation d'objectifs en matière de coûts et d'éviter d'éventuelles redondances ou incompatibilités entre les objectifs de la Confédération et ceux des cantons.

Une autre difficulté est que les dispositions de l'art. 75a, al. 1, AP-OAMal ne précisent pas les types d'objectifs possibles en matière de coûts. Elles n'indiquent par exemple pas si ces objectifs doivent être fixés de manière absolue ou relative ni s'ils doivent être comparables d'un groupe de coûts à l'autre. Selon la CDS, cela pose par conséquent la question de savoir dans quelle mesure la base légale, formulée de manière relativement ouverte, permet de définir des objectifs adéquats et mesurables. Par ailleurs, il convient d'aménager les objectifs en matière de coûts et la présente ordonnance de manière à éviter que les objectifs incitent à une modification du comportement de facturation, étant donné que ledit comportement des fournisseurs de prestations est susceptible d'influencer l'évolution des coûts observée. Nous proposons par conséquent de procéder à un ajout à l'art. 75a, al. 1. Il doit assurer que les objectifs en matière de coûts n'aient pas pour conséquence de différer la facturation de prestations déjà fournies suite aux objectifs en matière de coûts définis.

Par ailleurs, la Confédération souligne un point crucial, à savoir que les objectifs en matière de coûts ne doivent pas entraver l'accès aux soins médicaux de base ni nuire à la qualité de ceux-ci. Aujourd'hui déjà, nous constatons qu'en particulier les prestataires à la fin de la chaîne de traitement, confrontés à une patientèle complexe, ont le plus grand mal à atteindre une stabilité financière en dépit des mesures visant à améliorer l'efficacité. La fixation d'objectifs en matière de coûts ne doit pas aggraver les difficultés des fournisseurs de prestations essentiels pour la prise en charge dans des domaines où les tarifs ne permettent déjà pas de couvrir les coûts.

Si les critères définis à l'art. 75a, al. 2, AP-OAMal nous semblent pertinents, il devrait cependant être difficile, dans le cadre de l'exécution, de récolter des données solides pour ces critères. Aussi, la mise en œuvre de projets tels que SpiGes, qui vise à simplifier la collecte et l'utilisation des données dans les soins (hospitaliers stationnaires), nous apparaît souhaitable.

Par ailleurs, il importe d'impliquer de manière appropriée les cantons, qui sont compétents au premier chef pour la fourniture des soins, dans la coordination des objectifs en matière de coûts et des objectifs de qualité. Nous souhaitons à cet égard proposer le complément suivant à l'art. 75a, al. 3 :

Proposition concernant l'art. 75a OAMal

Art. 75a Objectifs globaux

[...]

³ *Le Conseil fédéral coordonne, en impliquant les cantons, les objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité au sens de l'art. 58 LAMal.*

L'art. 75b AP-OAMal énumère cinq groupes de coûts. Aux yeux de la CDS, la raison pour laquelle ces groupes, et seulement ceux-là, figurent dans le projet d'ordonnance n'est pas évidente. Alors que, par exemple, la hausse des coûts dans le domaine des traitements hospitaliers stationnaires – que ce soit en comparaison avec les autres groupes de coûts explicitement cités ou par rapport à la croissance économique récente – se situe largement en dessous de la moyenne, le projet d'ordonnance n'inclut pas d'autres groupes de coûts ayant connu une forte croissance au cours des dernières années. Il devrait être possible de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations, voire pour tous, par exemple pour les physiothérapeutes, les pharmacies, les laboratoires ou les psychologues-psychothérapeutes. Par ailleurs, la let. d ne devrait pas se limiter aux médicaments, mais inclure les produits thérapeutiques en général, qui comprennent également les dispositifs médicaux. Si la Confédération ne souhaite pas élargir les groupes de coûts, les cantons devraient avoir explicitement la possibilité d'aller au-delà de l'énumération à l'art. 75b AP-OAMal.

Proposition relative à l'art. 75b OAMal

Le Conseil fédéral fixe des objectifs en matière de coûts pour les groupes de coûts suivants notamment :

[...]

d. médicaments produits thérapeutiques (médicaments, y c. dispositifs médicaux)

[...]

Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ) (chapitre 3a., section 2)

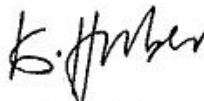
Nous constatons que l'ordonnance prévoit des précisions nécessaires aux dispositions de l'OAMal sur la répartition des tâches entre la CFCQ et la Commission fédérale pour la qualité (CFQ). Dans l'optique d'éviter les doublons, la CDS juge pertinent que la CFCQ se fonde autant que possible sur les jeux de données existants de l'OFSP, de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de la CFQ. Elle est également favorable à la représentation de la CFQ au sein de la CFCQ ainsi qu'à la coordination explicite des travaux des deux commissions prévue à l'art. 75f AP-OAMal.

La CFCQ est conçue comme une commission consultative, sans pouvoir décisionnel. Aussi le nombre relativement élevé d'expertes et experts scientifiques au sein de la commission, trois sur un total de huit membres, se justifie-t-il. Nous approuvons en outre que les cantons soient représentés par une personne, tout comme les assureurs, les fournisseurs de prestations et les personnes assurées.

En vous remerciant de bien vouloir prendre en compte nos demandes et en nous tenant volontiers à votre disposition pour participer à un échange, nous vous prions d'agréer, Madame la Conseillère fédérale, Madame, Monsieur, l'expression de notre très haute considération.



Lukas Engelberger, Conseiller d'Etat
Président de la CDS



Kathrin Huber
Secrétaire générale

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Concernant ce dernier point, nous constatons une divergence dans les documents de consultation : l'article 75b lettre e se réfère aux traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital, alors que dans la version française du tableau comparatif entre le droit en vigueur et l'avant- projet pour la consultation il est mentionné « traitements ambulatoires hors de l'hôpital » sans les limiter aux médecins.

Chancellerie d'Etat du Canton de Genève

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Notre Conseil partage la prise de position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et approuve ainsi les orientations de cette modification d'ordonnance, avec les réserves et propositions de modifications détaillées en annexe.

Anhang: 1440.pdf



Genève, le 16 avril 2025

Le Conseil d'Etat

1440-2025

Département fédéral de l'intérieur (DFI)
Madame Elisabeth Baume-Schneider
Conseillère fédérale
Inselgasse 1
3003 Berne

Concerne : consultation sur le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Madame la Conseillère fédérale,

Nous avons bien reçu votre courrier du 29 janvier 2025 concernant le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) relatif aux objectifs en matière de coût et de qualité, et nous vous remercions pour votre consultation.

Notre Conseil partage la prise de position de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et approuve ainsi les orientations de cette modification d'ordonnance, avec les réserves et propositions de modifications détaillées en annexe.

Nous vous remercions de bien vouloir prendre en compte nos observations et nous tenons volontiers à votre disposition pour répondre à vos questions.

Nous vous prions de croire, Madame la Conseillère fédérale, à l'assurance de notre parfaite considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :

Michèle Righetti-El Zayadi

La présidente :

Nathalie Fontanet

Annexe mentionnée

Copie à (format Word et PDF) : gever@bag.admin.ch et tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Annexe - consultation sur le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Transmission des données (art. 28 AP-OAMal)

En particulier, nous souscrivons pleinement à la demande de la CDS de l'inscription dans l'ordonnance de la transmission des données également aux cantons.

Pour pouvoir s'acquitter correctement de leurs responsabilités, il est en effet indispensable que les cantons disposent des données des fournisseurs de prestations, avec le détail des prestations par cas et par patient, afin d'être en mesure de déterminer si la hausse des coûts est imputable à une hausse des prix, à une augmentation des volumes, à une modification du mix de prestations ou à un élargissement du catalogue des prestations. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour fixer des objectifs appropriés en matière de croissance des coûts. Actuellement, les cantons n'ont pas accès à ces données avec le niveau de détail requis. Il n'est toutefois pas nécessaire que les données soient transmises directement par les assureurs aux cantons, étant donné que l'OFSP les collecte déjà, dans la logique de collecte unique des données (« once only »).

Tarifs et prix (art. 59c ss AP-OAMal)

En ce qui concerne les conventions tarifaires, en particulier celles dont l'approbation dépend des autorités cantonales, l'art. 59c^{ter} devrait impérativement préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés, sans quoi les partenaires tarifaires pourraient en déduire, comme le montre l'expérience, que seul le Conseil fédéral a le droit d'obtenir les documents en question.

Objectifs en matière de coûts (art. 75a AP-OAMal)

La liste des facteurs qui doivent être pris en compte pour fixer des objectifs applicables à l'ensemble des coûts devrait, à notre avis, également tenir compte de l'évolution de la démographie.

Ce facteur permettrait de tenir compte de deux effets qui ont une forte influence sur le volume, et par conséquent les coûts des prestations : l'augmentation de la taille de la population, en particulier en lien avec la migration, et le vieillissement de la population, qui implique un changement de la structure par âge de la population. Ce facteur est ainsi complémentaire à l'évolution de la morbidité. Par ailleurs, bien que le projet précise que la liste de facteurs n'est pas exhaustive, il paraît toutefois important que ce facteur soit ajouté, étant donné son influence sur les coûts de la santé.

Il faudrait en outre impliquer de manière appropriée, dans la coordination des objectifs en matière de coûts et de qualité, les cantons, qui sont compétents pour la fourniture des soins et contribueront au financement avec l'introduction d'EFAS. Il serait à ce titre intéressant d'ajouter dans l'art. 75a al. 3 : « Le Conseil fédéral coordonne, en impliquant les cantons, les objectifs en matière de coût avec les objectifs de qualité au sens de l'art. 58 LAMal. »

Groupes de coûts concernés (art. 75b AP-OAMal)

Notre Conseil estime souhaitable que les garanties de maintien de l'accès aux soins et de la qualité des prestations prévues à l'art. 75a AP-OAMal (« de manière à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau ») figurent également dans l'art. 75b AP-OAMal, ou qu'il y soit fait référence.

Il est par ailleurs à notre avis pertinent que l'art 75b AP-OAMal précise, comme pour les coûts globaux à l'art. 75a AP-OAMal, quels facteurs seront pris en compte par le Conseil fédéral. En

particulier, le taux de couverture des tarifs et la substitution entre les différents groupes de coûts devraient systématiquement être pris en compte dans la définition des objectifs de coûts.

En effet, il serait pertinent d'avoir des objectifs de réduction des coûts dans les secteurs qui réalisent les marges les plus importantes, et à l'inverse il est nécessaire de ne pas mettre en place de mesures supplémentaires dans des domaines où des prestations sont aujourd'hui réalisées à perte, au risque d'avoir un impact sur l'accès aux soins. Ceci s'applique en particulier dans des domaines comme les soins de base, où la prise en charge des patients complexes et fragiles permet d'éviter des hospitalisations inutiles, avec un impact positif sur les coûts globaux, malgré une mauvaise couverture des prestations de coordination, par exemple.

Il faudrait en outre que les efforts continus pour faire évoluer le système de santé vers plus d'efficience des prises en charge soient pris en compte, en faisant en sorte que les objectifs sectoriels prennent en compte les externalités sur d'autres secteurs. Le transfert de prestations réalisées dans le secteur hospitalier vers les domaines ambulatoire et domiciliaire a notamment un impact positif sur l'évolution des coûts globaux, mais a en revanche eu pour effet une hausse importante sur les dépenses ambulatoires, dans le domaine des soins à domicile et sur les médicaments, toutes choses étant égales par ailleurs.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>En particulier, nous souscrivons pleinement à la demande de la CDS de l'inscription dans l'ordonnance de la transmission des données également aux cantons.</p> <p>Pour pouvoir s'acquitter correctement de leurs responsabilités, il est en effet indispensable que les cantons disposent des données des fournisseurs de prestations, avec le détail des prestations par cas et par patient, afin d'être en mesure de déterminer si la hausse des coûts est imputable à une hausse des prix, à une augmentation des volumes, à une modification du mix de prestations ou à un élargissement du catalogue des prestations. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour fixer des objectifs appropriés en matière de croissance des coûts. Actuellement, les cantons n'ont pas accès à ces données avec le niveau de détail requis. Il n'est toutefois pas nécessaire que les données soient transmises directement par les assureurs aux cantons, étant donné que l'OFSP les collecte déjà, dans la logique de collecte unique des données (« once only »).</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>En ce qui concerne les conventions tarifaires, en particulier celles dont l'approbation dépend des autorités cantonales, l'art. 59cter devrait impérativement préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés, sans quoi les partenaires tarifaires pourraient en déduire, comme le montre l'expérience, que seul le Conseil fédéral a le droit d'obtenir les documents en question.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>La liste des facteurs qui doivent être pris en compte pour fixer des objectifs applicables à l'ensemble des coûts devrait, à notre avis, également tenir compte de l'évolution de la démographie.</p> <p>Ce facteur permettrait de tenir compte de deux effets qui ont une forte influence sur le volume, et par conséquent les coûts des prestations : l'augmentation de la taille de la population, en particulier en lien avec la migration, et le vieillissement de la population, qui implique un changement de la structure par âge de la population. Ce facteur est ainsi complémentaire à l'évolution de la morbidité. Par ailleurs, bien que le projet précise que la liste de facteurs n'est pas exhaustive, il paraît toutefois important que ce facteur soit ajouté, étant donné son influence sur les coûts de la santé.</p> <p>Il faudrait en outre impliquer de manière appropriée, dans la coordination des objectifs en matière de coûts et de qualité, les cantons, qui sont compétents pour la fourniture des soins et contribueront au financement avec l'introduction d'EFAS. Il serait à ce titre intéressant d'ajouter dans l'art. 75a al. 3 : « Le Conseil fédéral coordonne, en impliquant les cantons, les objectifs en matière de coût avec les objectifs de qualité au sens de l'art. 58 LAMal. »</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Notre Conseil estime souhaitable que les garanties de maintien de l'accès aux soins et de la qualité des prestations prévues à l'art. 75a AP-OAMal (« de manière à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau ») figurent également dans l'art. 75b AP-OAMal, ou qu'il y soit fait référence.</p> <p>Il est par ailleurs à notre avis pertinent que l'art 75b AP-OAMal précise, comme pour les coûts globaux à l'art. 75a AP-OAMal, quels facteurs seront pris en compte par le Conseil fédéral. En particulier, le taux de couverture des tarifs et la substitution entre les différents groupes de coûts devraient systématiquement être pris en compte dans la définition des objectifs de coûts.</p> <p>En effet, il serait pertinent d'avoir des objectifs de réduction des coûts dans les secteurs qui réalisent les marges les plus importantes, et à l'inverse il est nécessaire de ne pas mettre en place de mesures supplémentaires dans des domaines où des prestations sont aujourd'hui réalisées à perte, au risque d'avoir un impact sur l'accès aux soins. Ceci s'applique en particulier dans des domaines comme les soins de base, où la prise en charge des patients complexes et fragiles permet d'éviter des hospitalisations inutiles, avec un impact positif sur les coûts globaux, malgré une mauvaise couverture des prestations de coordination, par exemple.</p> <p>Il faudrait en outre que les efforts continus pour faire évoluer le système de santé vers plus d'efficacité des prises en charge soient pris en compte, en faisant en sorte que les objectifs sectoriels prennent en compte les externalités sur d'autres secteurs. Le transfert de prestations réalisées dans le secteur hospitalier vers les domaines ambulatoire et domiciliaire a notamment un impact positif sur l'évolution des coûts globaux, mais a en revanche eu pour effet une hausse importante sur les dépenses ambulatoires, dans le domaine des soins à domicile et sur les médicaments, toutes choses étant égales par ailleurs.</p>

République et Canton du Jura

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Il approuve l'orientation générale de l'avant-projet de modification de l'OAMal (ci-après : « AP-OAMal) et soutient la volonté de la Confédération de freiner la hausse des coûts de la santé.

Anhang: GVT_LETTRE_Rép_Consultation_Modif_OAMal_Objectifs_Coûts_qualité.pdf

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

Envoi par courriel

Département fédéral de l'intérieur
Madame la Conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider
3003 Berne
tarife-grundlagen@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 6 mai 2025

Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la procédure de consultation fédérale du 29 janvier 2025 sur la modification de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) relative aux objectifs en matière de coûts et de qualité

Madame la Conseillère fédérale,
Madame, Monsieur,

Le Gouvernement jurassien remercie le Département fédéral de l'intérieur de lui donner la possibilité, par sa lettre du 29 janvier 2025, de prendre position dans le cadre de la procédure de consultation sur la modification de l'OAMal relative aux objectifs en matière de coûts et de qualité.

Il approuve l'orientation générale de l'avant-projet de modification de l'OAMal (ci-après : « AP-OAMal ») et soutient la volonté de la Confédération de freiner la hausse des coûts de la santé. Cependant, au regard du texte transmis, il est essentiel de mettre en évidence les points suivants qui paraissent problématiques.

Transmission des données (art. 28 AP-OAMal)

Un accès adéquat aux données pour fixer des objectifs en matière de qualité et de coûts dans le domaine de la santé est nécessaire. Bien que l'article 28, alinéa 1, de l'AP-OAMal mentionne les données que les assureurs doivent transmettre à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en fonction des besoins de l'administration fédérale, il est essentiel que les cantons disposent également de ces informations pour déterminer notamment si une hausse des coûts est imputable à une hausse des prix, à une augmentation des volumes ou à un élargissement du catalogue des prestations.

Le Gouvernement jurassien rappelle que le nouvel article 21, alinéa 4, de la LAMal stipule que l'OFSP doit mettre les données récoltées également à la disposition des cantons, mais l'AP-OAMal manque de clarté à ce sujet et ne semble pas répondre aux besoins des administrations cantonales. Il est donc impératif d'intégrer une disposition explicite dans l'AP-OAMal permettant aux cantons d'accéder à ces données nécessaires pour fixer des objectifs cantonaux appropriés.

Tarifs et prix (art. 59c^{ter} AP-OAMal)

Selon le Gouvernement jurassien, l'article 59c^{ter} de l'AP-OAMal devrait préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés dans cette disposition, sans quoi les partenaires tarifaires pourraient en déduire que seul le Conseil fédéral a le droit de consulter ces documents.

Objectifs en matière de coûts (chapitre 3a, section 1, AP-OAMal)

Le Gouvernement jurassien est d'avis que les dispositions de l'AP-OAMal relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Il estime qu'il manque une base légale sur laquelle les cantons pourraient se fonder pour décider, le cas échéant, des contre-mesures ou des sanctions si les objectifs en matière de coûts ne devaient pas être atteints.

De plus, les fournisseurs de prestations doivent savoir avec certitude quels objectifs prévalent entre les objectifs fédéraux et cantonaux, en particulier lorsque ceux-ci laissent une certaine marge d'interprétation ou se contredisent partiellement. Le Gouvernement jurassien estime qu'il est impératif que ces objectifs soient étroitement coordonnés, sans quoi le système risque d'être inapplicable.

Il est également à relever que l'article 75a, alinéa 1, de l'AP-OAMal ne précise pas les types d'objectifs possibles en matière de coûts. Cette disposition n'indique, en effet, pas si ces objectifs doivent être fixés de manière absolue ou relative, ni s'ils doivent être comparables d'un groupe de coûts à l'autre. Le Gouvernement jurassien est d'avis que ce manque de précision au niveau de l'AP-OAMal rend difficile la définition d'objectifs adéquats, mesurables et comparables.

Concernant les cinq groupes de coûts énumérés à l'article 75b de l'AP-OAMal, l'Exécutif jurassien constate que cette liste n'inclut pas plusieurs groupes ayant connu une forte croissance au cours des dernières années. Il estime que cette liste devrait être précisée et qu'il devrait être possible de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations, voire pour tous. Par ailleurs, il relève que la lettre « d » de cette disposition ne devrait pas se limiter aux médicaments, mais inclure les produits thérapeutiques au sens de la législation fédérale, qui comprennent également les dispositifs médicaux.

En vous remerciant de l'avoir consulté sur cet objet, le Gouvernement jurassien vous prie de croire, Madame la Conseillère fédérale, Madame, Monsieur, à sa haute considération.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA
RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA


Martial Courtet
Président




Jean-Baptiste Maître
Chancelier d'Etat

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Un accès adéquat aux données pour fixer des objectifs en matière de qualité et de coûts dans le domaine de la santé est nécessaire. Bien que l'article 28, alinéa 1, de l'AP-OAMal mentionne les données que les assureurs doivent transmettre à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en fonction des besoins de l'administration fédérale, il est essentiel que les cantons disposent également de ces informations pour déterminer notamment si une hausse des coûts est imputable à une hausse des prix, à une augmentation des volumes ou à un élargissement du catalogue des prestations.</p> <p>Le Gouvernement jurassien rappelle que le nouvel article 21, alinéa 4, de la LAMal stipule que l'OFSP doit mettre les données récoltées également à la disposition des cantons, mais l'AP-OAMal manque de clarté à ce sujet et ne semble pas répondre aux besoins des administrations cantonales. Il est donc impératif d'intégrer une disposition explicite dans l'AP-OAMal permettant aux cantons d'accéder à ces données nécessaires pour fixer des objectifs cantonaux appropriés.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag;c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG;d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs;e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten;f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>Selon le Gouvernement jurassien, l'article 59cter de l'AP-OAMal devrait préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés dans cette disposition, sans quoi les partenaires tarifaires pourraient en déduire que seul le Conseil fédéral a le droit de consulter ces documents.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Le Gouvernement jurassien est d'avis que les dispositions de l'AP-OAMal relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Il estime qu'il manque une base légale sur laquelle les cantons pourraient se fonder pour décider, le cas échéant, des contre-mesures ou des sanctions si les objectifs en matière de coûts ne devaient pas être atteints.</p> <p>De plus, les fournisseurs de prestations doivent savoir avec certitude quels objectifs prévalent entre les objectifs fédéraux et cantonaux, en particulier lorsque ceux-ci laissent une certaine marge d'interprétation ou se contredisent partiellement. Le Gouvernement jurassien estime qu'il est impératif que ces objectifs soient étroitement coordonnés, sans quoi le système risque d'être inapplicable.</p> <p>Le Gouvernement jurassien relève également que l'article 75a, alinéa 1, de l'AP-OAMal ne précisent pas les types d'objectifs possibles en matière de coûts. Cette disposition n'indique en effet pas si ces objectifs doivent être fixés de manière absolue ou relative ni s'ils doivent être comparables d'un groupe de coûts à l'autre. Le Gouvernement jurassien est d'avis que ce manque de précision au niveau de l'AP-OAMal rend difficile la définition d'objectifs adéquats, mesurables et comparables.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Concernant les cinq groupes de coûts énumérés à l'article 75b de l'AP-OAMal, le Gouvernement jurassien constate que cette liste n'inclut pas plusieurs groupes de coûts ayant connu une forte croissance au cours des dernières années. Il estime que cette liste devrait être précisée et qu'il devrait être possible de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations, voir pour tous. Par ailleurs, il relève que la lettre d de cette disposition ne devrait pas se limiter aux médicaments, mais inclure les produits thérapeutiques au sens de la législation fédérale, qui comprennent également les dispositifs médicaux.</p>

Staatskanzlei des Kantons Zürich

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Wir begrüssen das Ziel der Vorlage, die Kostenentwicklung bei den Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu bremsen, um den Prämien- anstieg für die Versicherten zu dämpfen.

Anhang: RRB-2025-0380-Missiv.pdf



Elektronisch an tarife-grundlagen@bag.admin.ch
und gever@bag.admin.ch



**Kanton Zürich
Regierungsrat**

staatskanzlei@sk.zh.ch
Tel. +41 43 259 20 02
Neumühlequai 10
8090 Zürich
zh.ch

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

9. April 2025 (RRB Nr. 380/2025)

**Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung
(Vernehmlassung)**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 haben Sie uns eingeladen, zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für diese Gelegenheit und äussern uns wie folgt:

Wir begrüssen das Ziel der Vorlage, die Kostenentwicklung bei den Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu bremsen, um den Prämienanstieg für die Versicherten zu dämpfen. Es ist sicherzustellen, dass die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele einen grossen Ermessensspielraum haben und die Ziele des Bundes sowie der Kantone empfehlenden Charakter aufweisen. Den Kantonen muss es möglich sein, zugunsten kantonaler Gegebenheiten von den nationalen Zielgrössen abzuweichen. Des Weiteren halten wir es für notwendig, dass die Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und die der Kantone (nach Art. 54a nKVG) eng abgestimmt bzw. koordiniert werden, insbesondere bei vorhandenem Interpretationsspielraum oder sich widersprechenden Teilen.

Unter diesen Voraussetzungen wird einerseits eine zusätzliche staatliche Lenkung der Versorgung bzw. der Leistungserbringer mit dem damit verbundenen enormen administrativen Aufwand verhindert. Andererseits können drohende Rationierungen bei Überschreiten der Kostenziele verhindert werden. Durch die Kostenziele kann das Kostenbewusstsein in der tarifpartnerschaftlichen Zusammenarbeit gegebenenfalls zusätzlich gestärkt und die Kostentransparenz verbessert werden.

Allerdings sollte bei der Einführung der Kosten- und Qualitätsziele auf eine schlanke Umsetzung geachtet werden. In diesem Zusammenhang ist auf Art. 75a Abs. 3 VE-KVV zu verweisen, der eine Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Art. 58 KVG vorsieht. Doppelspurigkeiten sollten verhindert werden. Dabei sind die Aufgaben und Rollen der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Eidgenössischen Qualitätskommission klar voneinander abzugrenzen.

Wir lehnen es zudem ab, dass der Bund im Rahmen des Entlastungspakets 2027 vorsieht, die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung gemäss KVG zu dämpfen, indem er diese an die Kostenziele knüpft. Dieser Vorschlag greift in laufende Reformprozesse ein. Die Stimmberechtigten lehnten die «Prämien-Entlastungs-Initiative» 2024 in der Erwartung eines griffigen indirekten Gegenvorschlags ab. Noch bevor ein solcher Realität wird, beabsichtigt der Bund, seine Ausgaben für die Prämienverbilligung zu senken. Der Bund erhält mithin den Anreiz, gestützt auf Art. 66 Abs. 2 KVG ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die Prämienverbilligung tief zu halten. Uns ist es weiter ein Anliegen, dass die Kostenziele bzw. die vorliegende Verordnung so auszugestalten sind, dass möglichst keine Anreize entstehen, das Abrechnungsverhalten aufgrund der Ziele zu verändern, denn das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer kann die beobachtete Kostenentwicklung beeinflussen. Wir schlagen deshalb vor, Art. 75a VE-KVV wie folgt zu ergänzen:

Die Kostenziele nach Absatz 1 basieren jeweils auf sämtlichen in einem Jahr abgerechneten Leistungen.

Angesichts der Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums ist es erforderlich, Regelungen zu schaffen, die verhindern, dass abgerechnete Leistungen nach einer durchgeführten Kodierrevision systematisch neu bewertet, rekodiert und refakturiert werden. Andernfalls wird einerseits die Kodierrevision vereitelt, und andererseits könnten die vorgesehenen Kostenziele nachträglich umgangen werden.

Im neuen Art. 75b VE-KVV werden Kostenziele für bestimmte Kostengruppen festgelegt. Gemäss dem erläuternden Bericht umfassen diese Kostengruppen den grössten Teil der OKP-Kosten. Wir weisen darauf hin, dass Bst. d sich nicht nur auf Arzneimittel beschränken, sondern allgemein die Heilmittel ansprechen soll, die auch Medizinprodukte umfassen.

Damit die Kantone genügend Vorlaufzeit für ihre Budgetprozesse und die Anpassungen ihrer eigenen Ziele haben, fordern wir eine frühzeitige Festlegung und Bekanntgabe der Kosten- und Qualitätsziele durch den Bundesrat.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:

Die Staatsschreiberin:

Natalie Rickli

Dr. Kathrin Arioli



Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	3a. KapitelMassnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. AbschnittKostenziele
Begründung	<p>Es ist sicherzustellen, dass die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele einen grossen Ermessensspielraum haben und die Ziele des Bundes sowie der Kantone empfehlenden Charakter aufweisen. Den Kantonen muss es möglich sein, zugunsten kantonaler Gegebenheiten von den nationalen Zielgrössen abzuweichen. Des Weiteren halten wir es für notwendig, dass die Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und die der Kantone (nach Art. 54a nKVG) eng abgestimmt bzw. koordiniert werden, insbesondere bei vorhandenem Interpretationsspielraum oder sich widersprechenden Teilen.</p> <p>Unter diesen Voraussetzungen wird einerseits eine zusätzliche staatliche Lenkung der Versorgung bzw. der Leistungserbringer mit dem damit verbundenen enormen administrativen Aufwand verhindert. Andererseits können drohende Rationierungen bei Überschreiten der Kostenziele verhindert werden. Durch die Kostenziele kann das Kostenbewusstsein in der tarifpartnerschaftlichen Zusammenarbeit gegebenenfalls zusätzlich gestärkt und die Kostentransparenz verbessert werden.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Allerdings sollte bei der Einführung der Kosten- und Qualitätsziele auf eine schlanke Umsetzung geachtet werden. In diesem Zusammenhang ist auf Art. 75a Abs. 3 VE-KVV zu verweisen, der eine Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Art. 58 KVG vorsieht. Doppelspurigkeiten sollten verhindert werden. Dabei sind die Aufgaben und Rollen der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Eidgenössischen Qualitätskommission klar voneinander abzugrenzen.</p> <p>Wir lehnen es zudem ab, dass der Bund im Rahmen des Entlastungspakets 2027 vorsieht, die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung gemäss KVG zu dämpfen, indem er diese an die Kostenziele knüpft. Dieser Vorschlag greift in laufende Reformprozesse ein. Die Stimmberechtigten lehnten die «Prämien-Entlastungs-Initiative» 2024 in der Erwartung eines griffigen indirekten Gegenvorschlags ab. Noch bevor ein solcher Realität wird, beabsichtigt der Bund, seine Ausgaben für die Prämienverbilligung zu senken. Der Bund erhält mithin den Anreiz, gestützt auf Art. 66 Abs. 2 KVG ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die Prämienverbilligung tief zu halten.</p> <p>Uns ist es weiter ein Anliegen, dass die Kostenziele bzw. die vorliegende Verordnung so auszugestalten sind, dass möglichst keine Anreize entstehen, das Abrechnungsverhalten aufgrund der Ziele zu verändern, denn das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer kann die beobachtete Kostenentwicklung beeinflussen. Wir schlagen deshalb vor, Art. 75a VE-KVV wie folgt zu ergänzen:</p> <p>Die Kostenziele nach Absatz 1 basieren jeweils auf sämtlichen in einem Jahr abgerechneten Leistungen.</p> <p>Angesichts der Massnahmen zur Dämpfung des Kostenwachstums ist es erforderlich, Regelungen zu schaffen, die verhindern, dass abgerechnete Leistungen nach einer durchgeführten Kodierrevision systematisch neu bewertet, rekodiert und refakturiert werden.</p> <p>Andernfalls wird einerseits die Kodierrevision vereitelt, und andererseits könnten die vorgesehenen Kostenziele nachträglich umgangen werden.</p>
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Im neuen Art. 75b VE-KVV werden Kostenziele für bestimmte Kostengruppen festgelegt. Gemäss dem erläuternden Bericht umfassen diese Kostengruppen den grössten Teil der OKP-Kosten. Wir weisen darauf hin, dass Bst. d sich nicht nur auf Arzneimittel beschränken, sondern allgemein die Heilmittel ansprechen soll, die auch Medizinprodukte umfassen.</p>

Standeskanzlei des Kantons Uri

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Zustimmung
Begründung:	Der Regierungsrat ist einverstanden mit der Stossrichtung der Änderung der Verordnung. Im Speziellen begrüsst der Regierungsrat die Haltung des Bundesrats, dass keine weiteren Qualitätsziele vorgegeben werden. Zusätzliche Qualitätsziele des Bundes könnten den administrativen und organisatorischen Mehraufwand für Urner Leistungserbringer sowie Verwaltungseinheiten des Bundes und des Kantons Uri erheblich erhöhen, ohne einen nennenswerten Mehrwert zu generieren.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG den Kantonen neue Daten zugänglich macht, die diese nutzen könnten, um Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Die derzeit vorhandenen Daten sind jedoch sehr rudimentär und zu wenig geeignet. Eine ausreichende Datengrundlage ist die Voraussetzung für die Festlegung von Zielen, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge (ohne "an den Bundesrat")</p> <p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Kanton, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach Artikel 59c KVV bzw. 59cbis KVV entspricht; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	In Artikel 59cter sollte zwingend – neben dem Bundesrat – auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden, da sich sonst die Tarifpartner erfahrungsgemäss auf den Standpunkt stellen könnten, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	Uri soll – da in erster Linie für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung auf seinem Hoheitsgebiet zuständig – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden.

Staatskanzlei des Kantons Schwyz

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Zustimmung
Begründung:	Der Regierungsrat stimmt der Vorlage zu.

Anhang: Änderung Verordnung Krankenversicherung.pdf



6431 Schwyz, Postfach 1260

per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern
gever@bag.admin.ch
tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Schwyz, 23. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung, Kosten- und Qualitätsziele
Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Kantonsregierungen die Unterlagen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV, SR 832.102) betreffend Kosten- und Qualitätsziele zur Vernehmlassung bis 6. Mai 2025 unterbreitet.

Der Regierungsrat stimmt der Vorlage zu.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und versichern Sie, Frau Bundesrätin, unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates:

Michael Stähli
Landammann



Dr. Mathias E. Brun
Staatsschreiber

Staatskanzlei des Kantons Obwalden

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Zustimmung
Begründung:	--

Anhang: GDK SN_KVV_Kosten und Qualitätsziele_20250417_def_.pdf

Versand per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider

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

8-2-1

Bern, 17. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele):
Stellungnahme der GDK

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den geplanten Änderungen der KVV Stellung nehmen zu können.

Allgemeine Bemerkungen zur Haltung der GDK

Durch die Anpassung der KVV soll die am 29. September 2023 vom Parlament verabschiedete Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)») konkretisiert werden. Mit den neuen KVV-Bestimmungen sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass der Bundesrat und die Kantone Kostenziele festlegen können – jeweils nach Anhörung der betroffenen Akteure und für einen Zeitraum von vier Jahren –, die das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) steuern, ohne dabei die Versorgungsqualität zu schmälern. Aus Sicht der GDK bleibt es eine Herausforderung, mit der Verordnung eine möglichst schlanke Umsetzung zu gewährleisten und dennoch zu ermöglichen, dass eine kostendämpfende Wirkung erzielt wird.

Die GDK unterstützt die Stossrichtung der Änderung der Verordnung. Es ist besonders begrüßenswert, dass bei der Festlegung der Kostenziele wichtige Einflussgrössen wie die Entwicklung der Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden sollen (vgl. Art. 75a VE-KVV). Gemäss erläuterndem Bericht erachtet es der Bundesrat nicht als notwendig, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben. Wir unterstützen diese Haltung: Zusätzliche Qualitätsziele des Bundes könnten den administrativen und organisatorischen Mehraufwand für Leistungserbringer sowie Verwaltungseinheiten des Bundes und der Kantone erheblich erhöhen, ohne dabei einen (nennenswerten) Mehrwert zu generieren. Die im KVG verankerten Qualitätsverträge sowie die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission, des Kompetenzzentrums für Qualitätsmessungen ANQ, des Nationalen Zentrums für Infektionsprävention Swissnoso und zahlreicher medizinischer Fachgesellschaften sind einige Beispiele, die dem übergeordneten Ziel der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung genügend Rechnung tragen. Dennoch lässt die gesetzliche Grundlage in Art. 54a nKVG zu, dass die Kantone Qualitätsziele festlegen, sollten sie dies für notwendig erachten.

Dass der Bund im Rahmen des «Entlastungspaket 2027» vorsieht, die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung nach KVG zu dämpfen, indem er diese an die Kostenziele knüpft, lehnt die GDK klar ab. Dieser Vorschlag greift in laufende Reformprozesse ein. Die Stimmbevölkerung lehnte die «Prämien-Entlastungs-Initiative» 2024 in der Erwartung eines griffigen indirekten Gegenvorschlags ab. Noch bevor ein solcher Realität wird, beabsichtigt der Bund, seine Ausgaben für die Prämienverbilligung zu senken und Art. 54 nKVG abweichend zu regeln. Neu soll dem Bundesrat erlaubt sein, die Kostenziele bei wesentlichen Änderungen der Grundlagen während der Vierjahresperiode anzupassen. Der Bund erhält mithin den Anreiz, gestützt auf Art. 66 Abs. 2 KVG ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die Prämienverbilligung tief zu halten.

Datenweitergabe (Art. 28 VE-KVV)

Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Der Verordnungsvorentwurf richtet sich diesbezüglich nach den Bedürfnissen der Bundesverwaltung. Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, die die Kantone nutzen können, um kantonale Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Dies ist aus Sicht der GDK problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben, da die derzeit vorhandenen Daten sehr rudimentär und limitiert sind. Die niederschwellige Verfügbarkeit von Daten, die sich durch ausreichend hohe Qualität, Granularität und Repräsentativität auszeichnen, stellt eine notwendige Voraussetzung für die Festlegung adäquater Kosten- und Qualitätszielen durch Bund und Kantone sowie für die Erfüllung der Aufgaben der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) dar.

Ferner ist im entsprechenden neuen Art. 21 Abs. 4 KVG erwähnt, dass das BAG die erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Auf Verordnungsebene kommt dies aktuell weniger zum Ausdruck. Im Einleitungssatz des Art. 28 Abs. 1 VE-KVV sowie in Art. 28 Abs. 6 VE-KVV ist nur von den Aufgaben des Bundes die Rede. Die Kantone müssen jedoch grundsätzlich denselben Datenzugang haben – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene –, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung, oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten kantonalen Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Zur Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen kann es sich inskünftig als notwendig erweisen, neue Datensammlungen zu schaffen oder bereitzustellen. Daher müssten aus Sicht der GDK die Kantone sowie die EKKQ entsprechende Anträge zuhanden des BAG, des BFS oder der EKKQ (im Falle der Kantone) stellen können. Eine entsprechende Verordnungsbestimmung, die das regelt, ist in die KVV aufzunehmen.

Tarife und Preise (Art. 59c VE-KVV ff.)

Die GDK begrüsst die durch das 3. Kapitel, 1. Abschnitt «Tarifgestaltung und Fallbeitrag» herbeigeführten Anpassungen, die bewährten Verfahren und Standards grundsätzlich entsprechen. Insbesondere ist die in Art. 59c Abs. 3 VE-KVV verankerte Ergänzung, dass die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen Bestandteil der Tarifverträge bilden müssen, sehr zu begrüßen, da sie allfällige Missverständnisse verhindert.

Aus Sicht der GDK ist es fraglich, ob der in Art. 59c^{ter} Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche¹ umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann. Ferner sollte in Art. 59c^{ter} – neben dem Bundesrat – auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden, da sich

¹ Wir haben festgestellt, dass die Formulierung der deutschen Version des Abs. 2 Art. 59c^{ter} VE-KVV («einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche») von der französischen Version desselben Artikels («y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation») abweicht. Wir gehen davon aus, dass in diesem Fall die deutsche Version führend ist: Die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen betrifft nicht nur die Leistungen vor und nach einem Spitalaufenthalt, sondern vor- und nachgelagerte Leistungen allgemein.

sonst die Tarifpartner erfahrungsgemäss auf den Standpunkt stellen könnten, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.

Um dieser Forderung Rechnung zu tragen, könnte Art. 59c^{ter} beispielsweise so angepasst werden:

Antrag zu Art. 59c^{ter} KVV

Art. 59c^{ter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge ~~an den Bundesrat~~

¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Kanton, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:

- a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;
 - b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach 59c KVV bzw. 59c^{bis} KVV entspricht;
- [...]

Schliesslich räumt die verhältnismässig offene Formulierung des Art. 59d Abs. 1 VE-KVV, dass die Einhaltung der Bestimmungen des Art. 59c f. regelmässig überprüft werden muss, den Tarifpartnern einen grossen Spielraum ein. Alternativ könnte der fragliche Artikel die Tarifpartner auffordern, einen Tarif zu überarbeiten, sobald dieser nicht mehr der aktuellen Gegebenheit entspricht. Die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel sind beispielsweise gesetzlich explizit festgehalten.

Kostenziele (3a. Kapitel, 1. Abschnitt)

Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. Einerseits hätten die Kantone aufgrund der offenen Formulierung der Grundsätze für die Festlegung von Kostenzielen hinreichend Gestaltungsspielraum. Gleichzeitig fehlt eine konkrete Rechtsgrundlage, auf die sich die Kantone stützen könnten, um beispielsweise, falls nötig, Gegenmassnahmen respektive Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele – systematisch, unbegründet und über einen längeren Zeitraum hinweg – nicht erreicht werden.

Der Verordnungsentwurf müsste in puncto Kostenziele die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermassen abbilden, damit diese ihre gesetzesmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. In diesem Sinn müssen die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.

Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die Anhörungen nach Art. 54 nKVG und Art. 54a nKVG aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen des Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Art von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser verhältnismässig offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen. Zudem sollen die Kostenziele bzw. die vorliegende Verordnung so ausgestaltet sein, dass möglichst keine Anreize entstehen, das Abrechnungsverhalten aufgrund der Ziele

zu verändern, denn das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer kann die beobachtete Kostenentwicklung beeinflussen. Daher schlagen wir eine Ergänzung des Art. 75a Abs. 1 vor. Damit muss sichergestellt werden, dass die Kostenziele nicht dahinführen, dass Leistungen zwar erbracht wurden, aber aufgrund der festgelegten Kostenziele erst verspätet abgerechnet werden.

Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Während die in Art. 75a Abs. 2 definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es bei dem Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.

Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Diesbezüglich möchten wir folgende Ergänzung von Art. 75a Abs. 3 vorschlagen:

Antrag zu Art. 75a KVV

Art. 75a Gesamtziele

[...]

³ Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.

Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Aus Sicht der GDK ist es nicht klar ersichtlich, wieso der Verordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Zudem soll sich Bst. d nicht nur auf Arzneimittel beschränken, sondern allgemein die Heilmittel ansprechen, die auch Medizinprodukte umfassen. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

Antrag zu Art. 75b KVV

Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:

[...]

d. Arzneimittel-Heilmittel (Arzneimittel inkl. Medizinprodukte)

[...]

Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) (3a. Kapitel, 2. Abschnitt)

Wir stellen fest, dass die Verordnung notwendige Präzisierungen zu den KVG-Bestimmungen betreffend Aufgabenteilung zwischen EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) vorsieht. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, ist es aus Sicht der GDK zweckmässig, dass sich die EKKQ möglichst auf bestehende Datensammlungen von BAG, BFS und EQK abstützt. Ebenso wird eine Vertretung der EQK in der EKKQ begrüsst, sowie die explizite Koordination zwischen den beiden Kommissionen gemäss Art. 75f VE-KVV.

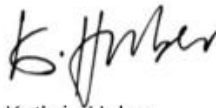
Die EKKQ ist als beratende Kommission konzipiert, welche über keine Entscheidungsbefugnisse verfügt. Insofern kann die relativ hohe Anzahl von drei Wissenschaftsvertretungen von insgesamt acht Mitgliedern unterstützt werden. Die Kantone sind wie die Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten mit einer Person in der Kommission vertreten, was wir begrüssen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für den Austausch gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lukas Engelberger'.

Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K. Huber'.

Kathrin Huber
Generalsekretärin

Staatskanzlei des Kantons Nidwalden

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Zustimmung
Begründung:	Die Stellungnahme senden wir als Anhang mit

Anhang: Stellungnahme_VO über Krankenversicherung Kosten- und Qualitätsziele_visiert.pdf



KANTON
NIDWALDEN

LANDAMMANN UND
REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

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

PER E-MAIL

Eidg. Departement des Innern EDI
Frau Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider
Inselgasse 1
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02
staatskanzlei@nw.ch
Stans, 8. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele). Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Mit Brief vom 29. Januar 2025 unterbreiteten Sie uns den Entwurf zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) mit der Bitte, bis zum 6. Mai 2025 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit und teilen Ihnen mit, dass wir mit der Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) einverstanden sind.

Freundliche Grüsse
NAMENS DES REGIERUNGSRATES


Res Schmid
Landammann




lic. iur. Armin Eberli
Landschreiber

Geht an:
- online Plattform Consultations

Kanton Zug

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Es ist eine Herausforderung, mit der Verordnung eine möglichst schlanke Umsetzung zu gewährleisten und dennoch zu ermöglichen, dass eine kostendämpfende Wirkung erzielt wird. In diesem Sinne begrüßen wir, dass es der Bundesrat nicht als notwendig erachtet, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben. Zusätzliche Qualitätsziele würden lediglich den administrativen und organisatorischen Aufwand für die Leistungserbringer und die Organe des Bundes und der Kantone erhöhen, ohne dabei einen (nennenswerten) Mehrwert zu generieren.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Versicherer müssen dem BAG und den Kantonen zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: 6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.
Begründung	Die Kantone müssen grundsätzlich denselben Datenzugang haben wie das BAG – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene –, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung, oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wir begrüßen die Differenzierung zwischen Tarifgenehmigungen durch den Bund und durch die Kantone. Die kantonalen Genehmigungen sind oft deutlich weniger komplex, so dass dort weniger umfassende Unterlagen und Angaben benötigt werden. Insofern ist es sinnvoll, dass sich die (hohen) Anforderungen von Abs. 1 auf Genehmigungsgesuche für Tarifverträge an den Bundesrat beschränken. Abs. 2 ist zu komplex, und der Erläuterungstext erklärt die Bestimmung nicht. Die Erläuterungen seien zu präzisieren.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	Da die Kantone in erster Linie für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind, müssen sie in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Die Beschränkung auf nur fünf Kostengruppen ist nicht sachgerecht. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.</p>

Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft schliesst sich der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an und unterstützt deren Anträge.</p> <p>Wir begrüssen die Bestrebungen, die Kosten der Gesundheitsversorgung durch Vorgabe realistischer Ziele zu dämpfen, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Andererseits erscheint es uns auch wichtig, dass bei diesem Vorhaben kein zusätzlicher administrativer Aufwand bei den Akteuren des Gesundheitswesens und namentlich auch bei den Kantonen verursacht wird. Wir fordern daher eine möglichst schlanke und ressourcensparende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.</p>

Anhang: VL-Änderung-VO-KVV_SCH.pdf

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Eidgenössisches Departement des Innern
3003 Bern

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

Liestal, 29. April 2025
VGD/AfG/UK

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele); Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Baume-Schneider
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zur oben erwähnten Verordnungsänderung.

Der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft schliesst sich der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an und unterstützt deren Anträge.

Wir begrüssen die Bestrebungen, die Kosten der Gesundheitsversorgung durch Vorgabe realistischer Ziele zu dämpfen, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Andererseits erscheint es uns auch wichtig, dass bei diesem Vorhaben kein zusätzlicher administrativer Aufwand bei den Akteuren des Gesundheitswesens und namentlich auch bei den Kantonen verursacht wird. Wir fordern daher eine möglichst schlanke und ressourcensparende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für allfällige Rückfragen gerne zur Verfügung.

Hochachtungsvoll



Isaac Reber
Regierungspräsident



Elisabeth Heer Dietrich
Landschreiberin

– Beilage: Stellungnahme der GDK vom 17. April 2025

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Die neuen KVV-Bestimmungen sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür schaffen, damit der Bund und die Kantone im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) Kosten- und Qualitätsziele definieren und festlegen können. Mithilfe dieser Vorgaben sollen einerseits das stetige Kostenwachstum bei der OKP gebremst und gleichzeitig negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung verhindert werden. Die Kosten- und Qualitätsziele werden dabei nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre vom Bundesrat festgelegt. Auch die Kantone können eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen, wobei sie die Vorgaben des Bundesrats zu berücksichtigen haben und die Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer vorgängig anhören müssen. Eine Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring soll die Entwicklung der Kosten überwachen und zuhänden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgeben. Die übergeordnete Zielsetzung besteht darin, das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass zu begrenzen und die Transparenz über die Kostenentwicklung zu stärken, soweit dies im Hinblick auf Faktoren wie die demografische Entwicklung, die Entwicklung der Wirtschaft, Löhne und Preise, den medizinische Fortschritt sowie das vorhandene Effizienzpotenzial als gerechtfertigt erscheint.</p> <p>Der Kanton Schaffhausen begrüsst die mit den Änderungen der KVV verfolgte Zielsetzungen grundsätzlich. Gleichzeitig bestehen aus Sicht des Kantons Schaffhausen diverse Aspekte, welche noch wesentlicher Anpassungen und /oder Präzisierungen bedürfen. In diesem Zusammenhang sei auf die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 17. April 2025 verwiesen. Der Kanton Schaffhausen schliesst sich dieser vollumfänglich an. Die GDK äussert in ihrer Stellungnahme Änderungsbegehren betreffend die Datenweitergabe an die Kantone (Art. 28 KVV), die Tarifierung und Preissetzung (Art. 59 ff KVV) sowie zur Definition und Handhabung der Kostenziele (3a. Kapitel, 1. Abschnitt). In diesen Bereichen sind Änderungen am Verordnungsentwurf angezeigt, um die Rolle und die Rechte der Kantone klar zu definieren und damit zu stärken. Dementsprechend begrüsst es der Kanton Schaffhausen, dass die Kantone – ebenso wie die Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten – mit einer Person in der neu zu bildenden Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) vertreten sind.</p> <p>Wie auch die GDK in ihrer Stellungnahme erwähnt, gilt es zugleich, die Anliegen der Leistungserbringer nicht ausser Acht zu lassen. So darf die Festlegung von Kostenzielen in Bereichen, in denen bereits heute keine kostendeckenden Tarife bestehen, die teilweise wirtschaftliche Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken. Obschon die Festlegung von Kostenzielen aus Sicht des Kantons Schaffhausen zu begrüssen ist, gilt es, eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung zu gewährleisten, durch welche die Versorgungsqualität und -sicherheit nicht gefährdet werden. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung vollständig gedeckt werden. An dieser Stelle sei auf die Stellungnahme des Verbands H+ Die Spitäler der Schweiz vom 26. März 2025 verwiesen.</p>

Anhang: Stellungnahme Kt. SH_VNL EDI betr. Änderung der Verordnung ü.pdf

Kanton Schaffhausen
Departement des Innern
Mühlentalstrasse 105
CH-8200 Schaffhausen
www.sh.ch

T +41 52 632 74 61
sekretariat.di@sh.ch



Departement des Innern

Eidgenössisches Departement des
Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
3003 Bern

per E-Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Schaffhausen, 6. Mai 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Kosten- und Qualitätsziele

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 wurden die Kantone eingeladen, zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung¹ (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns für diese Möglichkeit und lassen uns wie folgt vernehmen.

Die neuen KVV-Bestimmungen sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür schaffen, damit der Bund und die Kantone im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) Kosten- und Qualitätsziele definieren und festlegen können. Mithilfe dieser Vorgaben sollen einerseits das stetige Kostenwachstum bei der OKP gebremst und gleichzeitig negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung verhindert werden. Die Kosten- und Qualitätsziele werden dabei nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre vom Bundesrat festgelegt. Auch die Kantone können eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen, wobei sie die Vorgaben des Bundesrats zu berücksichtigen haben und die Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer vorgängig anhören müssen. Eine Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring soll die Entwicklung der Kosten überwachen und zuhanden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgeben. Die übergeordnete Zielsetzung besteht darin, das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass zu begrenzen und die Transparenz über die Kostenentwicklung zu stärken, soweit dies im Hinblick auf Faktoren wie

¹ Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102)

die demografische Entwicklung, die Entwicklung der Wirtschaft, Löhne und Preise, den medizinischen Fortschritt sowie das vorhandene Effizienzpotenzial als gerechtfertigt erscheint.

Der Kanton Schaffhausen begrüsst die mit den Änderungen der KVV verfolgten Zielsetzungen grundsätzlich. Gleichzeitig bestehen aus Sicht des Kantons Schaffhausen diverse Aspekte, welche noch wesentlicher Anpassungen und/oder Präzisierungen bedürfen. In diesem Zusammenhang sei auf die Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 17. April 2025 verwiesen. Der Kanton Schaffhausen schliesst sich dieser vollumfänglich an. Die GDK äussert in ihrer Stellungnahme Änderungsbegehren betreffend die Datenweitergabe an die Kantone (Art. 28 KVV), die Tarifierung und Preissetzung (Art. 59 ff KVV) sowie zur Definition und Handhabung der Kostenziele (3a. Kapitel, 1. Abschnitt). In all diesen Bereichen sind Änderungen am Verordnungsentwurf angezeigt, um die Rolle und die Rechte der Kantone klar zu definieren und damit zu stärken. Dementsprechend begrüsst es der Kanton Schaffhausen, dass die Kantone – ebenso wie die Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten – mit einer Person in der neu zu bildenden Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) vertreten sind.

Wie auch die GDK in ihrer Stellungnahme erwähnt, gilt es zugleich, die Anliegen der Leistungserbringer nicht ausser Acht zu lassen. So darf die Festlegung von Kostenzielen in Bereichen, in denen bereits heute keine kostendeckenden Tarife bestehen, die teilweise wirtschaftliche Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken. Obschon die Festlegung von Kostenzielen aus Sicht des Kantons Schaffhausen zu begrüssen ist, gilt es, eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Tarifierung zu gewährleisten, durch welche die Versorgungsqualität und -sicherheit nicht gefährdet werden. Insbesondere muss sichergestellt werden, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung vollständig gedeckt werden. An dieser Stelle sei auf die Stellungnahme des Verbands H+ Die Spitäler der Schweiz vom 26. März 2025 verwiesen. Konkret regt der Kanton Schaffhausen diesbezüglich die folgenden Anpassungen am vorliegenden Verordnungsentwurf an:

Deckung der Kosten effizienter Leistungserbringung (Art. 59c Abs. 1 KVV)

In Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a und b KVV soll jeweils die Formulierung «[. . .] darf höchstens [. . .] decken» durch das Wort «deckt» ersetzt werden. Die aktuelle Formulierung birgt das Risiko, dass die tatsächlich anfallenden Kosten für eine effiziente Leistungserbringung u. U. nicht vollständig gedeckt werden.

Differenzierung aller Pauschaltarife (Art. 59c^{bis} KVV)

Die Differenzierung nach Art und Intensität der Leistung sollte für sämtliche Pauschalen gelten, nicht nur für solche aus dem stationären Bereich. Diese Beschränkung ist aufzuheben.

Sprachliche Präzisierungen (Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b und Art. 59 Abs. 2 KVV)

An den genannten Stellen ist klarzustellen, was unter «Erläuterungen zum übermittelten Vertrag» (Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b KVV) sowie «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» (Art. 59 Abs. 2 KVV) genau zu verstehen ist. Zudem gilt es sicherzustellen, dass die deutsche, französische und italienische Version inhaltlich eindeutig übereinstimmen.

Berücksichtigung zusätzlicher Parameter bei der Festsetzung von Kostenzielen (Art. 75a Abs. 2 KVV)

Es ist zu prüfen, inwiefern die zu berücksichtigenden Parameter um einen ebensolchen zur spezifischen Lohnkostenentwicklung im Gesundheitswesen, um einen zur Entwicklung der Demographie sowie um einen zur Entwicklung des Patientenverhaltens (inkl. Versicherungsdeckung) ergänzt werden sollen. Ebenso soll die Präzisierung angebracht werden, wonach nur «nachgewiesenes» Effizienzpotenzial zu berücksichtigen ist.

Koordination der Monitoringpflichten und Datenerhebung (Art. 75d Abs. 3 und Art. 75f KVV)

Um den mit der Schaffung der EKKQ einhergehenden Koordinations- und Administrationsaufwand im Rahmen zu halten, ist es aus Sicht des Kantons Schaffhausens angezeigt, dass die EKKQ keine eigenen Daten erhebt, sondern auf bereits bestehende Datensammlungen abstützt und sich in ihrer Tätigkeit mit der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) koordiniert. Beide Aspekte werden aus Sicht des Kantons Schaffhausen mit Artikel 75d Absatz 3 KVV und Artikel 75f KVV jedoch bereits ausreichend abgedeckt.

Für Ihre Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen.

Freundliche Grüsse
Der Departementssekretär



Christoph Aeschbacher

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	In Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a und b KVV soll jeweils die Formulierung «[. . .] darf höchstens [. . .] decken» durch das Wort «deckt» ersetzt werden. Die aktuelle Formulierung birgt das Risiko, dass die tatsächlich anfallenden Kosten für eine effiziente Leistungserbringung u. U. nicht vollständig gedeckt werden.

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Die Differenzierung nach Art und Intensität der Leistung sollte für sämtliche Pauschalen gelten, nicht nur für solche aus dem stationären Bereich. Diese Beschränkung ist aufzuheben.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	An den genannten Stellen ist klarzustellen, was unter «Erläuterungen zum übermittelten Vertrag» (Art. 59cter Abs. 1 Bst. b KVV) sowie «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» (Art. 59 Abs. 2 KVV) genau zu verstehen ist. Zudem gilt es sicherzustellen, dass die deutsche, französische und italienische Version inhaltlich eindeutig übereinstimmen.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Es ist zu prüfen, inwiefern die zu berücksichtigenden Parameter um einen ebensolchen zur spezifischen Lohnkostenentwicklung im Gesundheitswesen, um einen zur Entwicklung der Demographie sowie um einen zur Entwicklung des Patientenverhaltens (inkl. Versicherungsdeckung) ergänzt werden sollen. Ebenso soll die Präzisierung angebracht werden, wonach nur «nachgewiesenes» Effizienzpotenzial zu berücksichtigen ist.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Um den mit der Schaffung der EKKQ einhergehenden Koordinations- und Administrationsaufwand im Rahmen zu halten, ist es aus Sicht des Kantons Schaffhausens angezeigt, dass die EKKQ keine eigenen Daten erhebt, sondern auf bereits bestehende Datensammlungen abstützt und sich in ihrer Tätigkeit mit der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) koordiniert. Beide Aspekte werden aus Sicht des Kantons Schaffhausen mit Artikel 75d Absatz 3 KVV und Artikel 75f KVV jedoch bereits ausreichend abgedeckt.</p>

Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Er befürwortet im Grundsatz die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung. Die für die Festlegung der Kostenziele massgebenden Parameter (die Entwicklung der Morbidität, der medizinischtechnische Fortschritt, die Entwicklung der Wirtschaft, der Löhne und der Preise sowie das Effizienzpotenzial) wurden nach Ansicht des Regierungsrates zielführend gewählt. Sie werden richtigerweise als nicht abschliessende Liste in die Verordnung aufgenommen. So können die richtigen Kostendaten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen herangezogen werden und die Transparenz in der Kostenentwicklung gestärkt werden.</p> <p>Für kleine Kantone, wie Appenzell Ausserrhoden, wird die Festlegung und Umsetzung von eigenen Kosten- und Qualitätszielen eine Herausforderung und für eine angemessene Umsetzung ist aufgrund der Komplexität allenfalls eine überkantonale Lösung anzustreben. Wie die Umsetzung konkret ablaufen wird, ist für den Regierungsrat aktuell noch nicht ganz klar. Es wäre daher angezeigt, dass der Bundesrat noch weitere Ausführungen dazu macht, damit der Aufwand besser abgeschätzt werden kann.</p>

Anhang: Stellungnahme AR.pdf



Regierungsrat, 9102 Herisau

Eidg. Departement des Innern
3003 Bern

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

Herisau, 1. Mai 2025

Eidg. Vernehmlassung; Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele); Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 hat das eidgenössische Departement des Innern die Kantonsregierungen eingeladen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung i. S. Kosten- und Qualitätsziele Stellung zu nehmen. Die Vernehmlassungsfrist läuft bis 6. Mai 2025.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Er befürwortet im Grundsatz die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung. Die für die Festlegung der Kostenziele massgebenden Parameter (die Entwicklung der Morbidität, der medizinisch-technische Fortschritt, die Entwicklung der Wirtschaft, der Löhne und der Preise sowie das Effizienzpotenzial) wurden nach Ansicht des Regierungsrates zielführend gewählt. Sie werden richtigerweise als nicht abschliessende Liste in die Verordnung aufgenommen. So können die richtigen Kostendaten zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen herangezogen werden und die Transparenz in der Kostenentwicklung gestärkt werden.

Für kleine Kantone, wie Appenzell Ausserrhoden, wird die Festlegung und Umsetzung von eigenen Kosten- und Qualitätszielen eine Herausforderung und für eine angemessene Umsetzung ist aufgrund der Komplexität allenfalls eine überkantonale Lösung anzustreben. Wie die Umsetzung konkret ablaufen wird, ist für den Regierungsrat aktuell noch nicht ganz klar. Es wäre daher angezeigt, dass der Bundesrat noch weitere Ausführungen dazu macht, damit der Aufwand besser abgeschätzt werden kann.



Appenzell Ausserrhoden

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Dr. iur. Roger Nobs, Ratschreiber

Staatskanzlei des Kantons Aargau

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Mit der vorliegenden Revision soll die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) an die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 29. September 2023 (SR 832.10) angepasst werden. Eine Ausführung dieser umfangreichen neuen Bestimmungen auf der Verordnungsebene ist notwendig, der Gestaltungsspielraum jedoch be-schränkt. Von daher stimmt der Regierungsrat der Vorlage grundsätzlich – und soweit sich aus den nachfolgenden Ausführungen nichts anderes ergibt – mit Bezug auf die einzelnen Bestimmungen zu.

Anhang: Vernehmlassung des Regierungsrats des Kantons Aargau.pdf

REGIERUNGSRAT

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

Per E-Mail

Bundesamt für Gesundheit

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

23. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele); Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat des Kantons Aargau dankt Ihnen für die Einladung zur Vernehmlassung und nimmt wie folgt zur obgenannten Vorlage Stellung:

Mit der vorliegenden Revision soll die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (SR 832.102) an die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 29. September 2023 (SR 832.10) angepasst werden. Eine Ausführung dieser umfangreichen neuen Bestimmungen auf der Verordnungsebene ist notwendig, der Gestaltungsspielraum jedoch beschränkt. Von daher stimmt der Regierungsrat der Vorlage grundsätzlich – und soweit sich aus den nachfolgenden Ausführungen nichts anderes ergibt – mit Bezug auf die einzelnen Bestimmungen zu.

Zu diesen haben wir folgende Bemerkungen:

- Unter den Kriterien von Art. 75a Abs. 2 KVV nicht genannt werden insbesondere demografische Kriterien und darunter namentlich die Altersentwicklung der Bevölkerung, die gemeinhin als wesentlicher Treiber der Gesundheitskosten gilt. Im Bericht finden sich dazu keine Erläuterungen. Der Regierungsrat geht davon aus, dass die demografische Alterung einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung der Morbidität ausübt, die eines der vier ausdrücklich genannten Kriterien darstellt.
- Für eine Verordnungsbestimmung bleibt Art. 75a KVV zudem auffallend unbestimmt, insbesondere fehlen jegliche quantitativen Indikatoren beziehungsweise Festlegungen.
- Die Aufzählung der Kostengruppen in Art. 75b KVV ist nicht abschliessend. Gemäss dem erläuternden Bericht kann der Bundesrat weitere Gruppen für Kosten vorsehen, die noch nicht existieren oder derzeit nicht klar einer der bestehenden (genannten) Gruppen zugeordnet werden können. Dies wirft die Frage auf, ob aktuell bereits solche nicht einer Gruppe zuzuordnenden Kosten bekannt sind. Weiter bleiben das Vorgehen bei der Definition neuer Kostengruppen und die Entscheidungsgrundlagen dafür offen. Zudem fragt sich, ob Art. 75b KVV gegebenenfalls ergänzt werden soll.
- Gemäss Art. 75d Abs. 2 lit. c KVV gibt die Kommission Empfehlungen unter anderem zuhanden des Bundes ab. Offen bleibt, ob sich diese auch auf die Ziele nach Art. 75a f. KVV beziehen können oder sollen.

Sodann weisen wir auf folgenden formellen Punkt hin:

- Der revidierte Art. 21 Abs. 2 KVG wird nur durch einen lit. d ergänzt. In den angepassten Art. 28 Abs. 1 und 6 KVV soll trotzdem auf lit. a–e verwiesen werden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Vernehmlassung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Dieter Egli
Landammann



Joana Filippi
Staatsschreiberin

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Sodann weisen wir auf folgenden formellen Punkt hin:</p> <p>•Der revidierte Art. 21 Abs. 2 KVG wird nur durch einen lit. d ergänzt. In den angepassten Art. 28 Abs. 1 und 6 KVV soll trotzdem auf lit. a–e verwiesen werden.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 1Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>•Unter den Kriterien von Art. 75a Abs. 2 KVV nicht genannt werden insbesondere demografische Kriterien und darunter namentlich die Altersentwicklung der Bevölkerung, die gemeinhin als we-sentlicher Treiber der Gesundheitskosten gilt. Im Bericht finden sich dazu keine Erläuterungen. Der Regierungsrat geht davon aus, dass die demografische Alterung einen wichtigen Einfluss auf die Entwicklung der Morbidität ausübt, die eines der vier ausdrücklich genannten Kriterien dar-stellt.</p> <p>•Für eine Verordnungsbestimmung bleibt Art. 75a KVV zudem auffallend unbestimmt, insbesonde-re fehlen jegliche quantitativen Indikatoren beziehungsweise Festlegungen.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>•Die Aufzählung der Kostengruppen in Art. 75b KVV ist nicht abschliessend. Gemäss dem erläu-ternden Bericht kann der Bundesrat weitere Gruppen für Kosten vorsehen, die noch nicht existie-ren oder derzeit nicht klar einer der bestehenden (genannten) Gruppen zugeordnet werden kön-nen. Dies wirft die Frage auf, ob aktuell bereits solche nicht einer Gruppe zuzuordnenden Kosten bekannt sind. Weiter bleiben das Vorgehen bei der Definition neuer Kostengruppen und die Ent-scheidgrundlagen dafür offen. Zudem fragt sich, ob Art. 75b KVV gegebenenfalls ergänzt wer-den soll.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	Gemäss Art. 75d Abs. 2 lit. c KVV gibt die Kommission Empfehlungen unter anderem zuhanden des Bundes ab. Offen bleibt, ob sich diese auch auf die Ziele nach Art. 75a f. KVV beziehen können oder sollen.

Chancellerie d'Etat du Canton de Vaud

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Au vu des informations fournies et après une analyse complète de celles-ci, le Conseil d'Etat accepte et soutient les orientations générales mais relève les éléments ci-dessous.</p> <p>Par ailleurs, le Canton de Vaud rappelle l'importance de la coordination de ce projet avec la réforme EFAS et les mesures d'allégement budgétaires 2027. Il invite à prendre en compte une éventuelle contribution conditionnée de la Confédération aux subsides, liée à l'atteinte des objectifs fixés, tout en maintenant la possibilité pour les cantons de fixer leurs propres objectifs.</p>

Anhang: Lettre CE VD - Modification ordonnance OAMal.pdf

CONSEIL D'ETAT

Château cantonal
1014 Lausanne

Madame la Conseillère fédérale
Elisabeth Baume-Schneider
Cheffe du Département fédéral de
l'intérieur DFI
Inselgasse 1
3003 Berne

Par courriel :
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Réf. : 25_COU_1908

Lausanne, le 9 avril 2025

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Madame la Conseillère fédérale,

Nous accusons réception de votre courrier du 29 janvier 2025, dans lequel vous sollicitez l'examen et l'avis du Canton de Vaud sur le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de nous prononcer sur ce projet. Au vu des informations fournies et après une analyse complète de celles-ci, le Conseil d'Etat accepte et soutient les orientations générales mais relève les éléments ci-dessous.

Le Conseil d'Etat soutient la volonté de la Confédération de freiner la hausse des coûts de la santé, mais souligne la nécessité d'une meilleure coordination entre les objectifs fixés par la Confédération et ceux des cantons (selon l'art. 54 nLAMal). Les modalités de cette coordination devraient être précisées, selon l'art. 54 nLAMal et l'art. 54a nLAMal, afin d'alléger le processus de fixation des objectifs de coûts et d'éviter les éventuelles redondances et possibles incompatibilités entre les objectifs de la Confédération et des cantons.

Le Conseil fédéral fixe pour une période de quatre ans des objectifs en matière de coûts. Les cantons disposeront le cas échéant de 12 mois pour la fixation d'éventuels objectifs sur leur territoire. Passé ce délai, il n'est pas clair si cela signifie que les objectifs doivent être fixés à l'intérieur de la période de quatre ans ou au début de celle-ci. Il est souhaitable de clarifier les délais de fixation des objectifs et garantir une certaine souplesse permettant aux cantons d'adapter ou de fixer leurs propres objectifs.

Une autre difficulté réside dans le fait que les dispositions de l'art. 75a, al. 1, AP-OAMal ne précisent pas quels objectifs de coûts peuvent être fixés. Par exemple, s'ils doivent être fixés de manière absolue ou relative et s'ils doivent être comparables entre les groupes de coûts. Il se pose donc la question de savoir dans quelle mesure des objectifs appropriés et mesurables peuvent être fixés sur la base de cette formulation relativement ouverte.

L'art. 75b OAMal énumère cinq groupes de coûts. Il n'est pas évident de comprendre pourquoi l'avant-projet d'ordonnance ne comprend (que) certains groupes de coûts. Le Conseil d'Etat estime qu'il devrait être possible de définir des objectifs de coûts pour d'autres prestataires. Il recommande de laisser aux cantons la possibilité d'aller au-delà de la liste définie à l'art. 75b OAMal.

Le Conseil d'Etat relève que certains tarifs ne couvrent pas les coûts et que les objectifs de coûts nationaux risquent de ne pas refléter la réalité cantonale. Il demande donc que les sanctions et la mise en œuvre des objectifs soient mieux définis, notamment en cas de non-respect ou de non-fixation d'objectifs au niveau cantonal. Le Canton de Vaud propose d'ajouter un alinéa (par exemple 75c OAMal) permettant d'explicitement que les cantons peuvent s'écarter, sous certains critères, des objectifs fixés par le Conseil fédéral, tant à la hausse qu'à la baisse.

Par ailleurs, le rôle de la Commission de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ) mériterait d'être précisée au niveau cantonal, notamment pour assurer une surveillance continue et coordonnée. L'émission de recommandations au niveau des cantons, ainsi qu'une sollicitation de la CFCQ par les cantons devrait être permise. Enfin, bien que l'OFSP ne souhaite pas établir de nouvelles bases de données, cette possibilité devrait rester ouverte car les données actuelles relatives aux coûts ne sont pas exhaustives.

Le Conseil d'Etat constate une incohérence entre l'art.75a, al. 2, AP, qui laisse penser que le Conseil fédéral et les cantons doivent tenir comptes de quatre facteurs non exhaustifs (l'évolution de la morbidité, les progrès médico-techniques, l'évolution de la situation économique, du niveau de salaire et des prix, ainsi que les possibilités de gain d'efficacité) pour la fixation d'objectifs. Au contraire, le rapport explicatif au chiffre 4.1 (p. 4), fait état « qu'il a été renoncé à préciser la manière dont les cantons doivent fixer leurs objectifs ». Ce point mériterait d'être clarifié. De plus, le facteur démographique pourrait être explicitement mentionné.

L'article 46a LAMal, tel qu'interprété par le Conseil d'Etat, soulève plusieurs zones d'ombre qui mériteraient d'être clarifiées. Les critères permettant à une autorité d'approuver ou de révoquer une convention tarifaire lorsque celle-ci ne respecte plus les exigences légales ne sont pas suffisamment définis. De plus, la possibilité pour un canton de révoquer une convention relève d'une décision éminemment politique, dont les implications ne semblent pas encore pleinement mesurées à ce stade. Avec l'entrée en vigueur de la présente modification LAMal, les cantons devraient révoquer d'éventuelles conventions tarifaires existantes, ce qui représenterait un enjeu majeur. En outre, l'organe habilité à décider qu'une structure tarifaire nationale n'est plus appropriée devrait être mentionné. Enfin, il semble important de clarifier l'intention du législateur et la mise en œuvre des cantons, sur le bien-fondé de tarifs différenciés pour certains domaines de spécialisation médicale ou groupes de fournisseurs de prestations dans certains cantons.

Le Conseil d'Etat souligne que la question des objectifs en matière de qualité est encore peu développée et devrait être davantage précisée dans l'OAMal, notamment pour ce qui concerne les médicaments. Il recommande une coordination avec la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) avant toute fixation d'objectifs, ainsi qu'une base légale claire permettant d'évaluer et de valider les objectifs, qu'ils soient fixés à l'échelle cantonale ou fédérale. Concernant les hôpitaux, les objectifs de qualité devraient être définis en lien avec la convention qualité déjà approuvée par le Conseil fédéral et l'art. 58 let. a. Concernant les objectifs qualités pour les hôpitaux, ils devraient être élaborés en coordination avec ce qui est déjà prévu par l'art. 58, let. a (LAMal) et la convention de qualité convenue entre H+, curafutura et santésuisse approuvée par le Conseil fédéral, le 22 mai 2024. En l'état, il convient de prévoir, dans le cadre de la révision, une base légale ainsi que des processus et outils pour permettre aux cantons d'accéder et traiter facilement les données leur permettant de valider et évaluer les objectifs cantonaux et/ou fédéraux dans ce domaine.

Par ailleurs, le Canton de Vaud rappelle l'importance de la coordination de ce projet avec la réforme EFAS et les mesures d'allégement budgétaires 2027. Il invite à prendre en compte une éventuelle contribution conditionnée de la Confédération aux subsides, liée à l'atteinte des objectifs fixés, tout en maintenant la possibilité pour les cantons de fixer leurs propres objectifs.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et nous vous adressons, Madame la Conseillère fédérale, nos meilleures salutations.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Christelle Luisier Brodard

LE CHANCELIER



Michel Staffoni

Copies

- Office des affaires extérieures
- Direction générale de la santé

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>L'article 46a LAMal, tel qu'interprété par le Conseil d'Etat, soulève plusieurs zones d'ombre qui mériteraient d'être clarifiées. Les critères permettant à une autorité d'approuver ou de révoquer une convention tarifaire lorsque celle-ci ne respecte plus les exigences légales ne sont pas suffisamment définis. De plus, la possibilité pour un canton de révoquer une convention relève d'une décision éminemment politique, dont les implications ne semblent pas encore pleinement mesurées à ce stade. Avec l'entrée en vigueur de la présente modification LAMal, les cantons devraient révoquer d'éventuelles conventions tarifaires existantes, ce qui représenteraient un enjeu majeur. En outre, l'organe habilité à décider qu'une structure tarifaire nationale n'est plus appropriée devrait être mentionné. Enfin, il semble important de clarifier l'intention du législateur et la mise en œuvre des cantons, sur le bien-fondé de tarifs différenciés pour certains domaines de spécialisation médicale ou groupes de fournisseurs de prestations dans certains cantons.</p>
Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	3a. KapitelMassnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. AbschnittKostenziele
Begründung	<p>Au vu des informations fournies et après une analyse complète de celles-ci, le Conseil d'Etat accepte et soutient les orientations générales mais relève les éléments ci-dessous.</p> <p>Le Conseil d'Etat soutient la volonté de la Confédération de freiner la hausse des coûts de la santé, mais souligne la nécessité d'une meilleure coordination entre les objectifs fixés par la Confédération et ceux des cantons (selon l'art. 54 nLAMal). Les modalités de cette coordination devraient être précisées, selon l'art. 54 nLAMal et l'art. 54a nLAMal, afin d'alléger le processus de fixation des objectifs de coûts et d'éviter les éventuelles redondances et possibles incompatibilités entre les objectifs de la Confédération et des cantons.</p> <p>Le Conseil fédéral fixe pour une période de quatre ans des objectifs en matière de coûts. Les cantons disposeront le cas échéant de 12 mois pour la fixation d'éventuels objectifs sur leur territoire. Passé ce délai, il n'est pas clair si cela signifie que les objectifs doivent être fixés à l'intérieur de la période de quatre ans ou au début de celle-ci. Il est souhaitable de clarifier les délais de fixation des objectifs et garantir une certaine souplesse permettant aux cantons d'adapter ou de fixer leurs propres objectifs.</p> <p>Le Conseil d'Etat relève que certains tarifs ne couvrent pas les coûts et que les objectifs de coûts nationaux risquent de ne pas refléter la réalité cantonale. Il demande donc que les sanctions et la mise en œuvre des objectifs soient mieux définis, notamment en cas de non-respect ou de non-fixation d'objectifs au niveau cantonal. Le Canton de Vaud propose d'ajouter un alinéa (par exemple 75c OAMal) permettant d'explicitier que les cantons peuvent s'écarter, sous certains critères, des objectifs fixés par le Conseil fédéral, tant à la hausse qu'à la baisse.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Une autre difficulté réside dans le fait que les dispositions de l'art. 75a, al. 1, AP-OAMal ne précisent pas quels objectifs de coûts peuvent être fixés. Par exemple, s'ils doivent être fixés de manière absolue ou relative et s'ils doivent être comparables entre les groupes de coûts. Il se pose donc la question de savoir dans quelle mesure des objectifs appropriés et mesurables peuvent être fixés sur la base de cette formulation relativement ouverte.</p> <p>Le Conseil d'Etat constate une incohérence entre l'art.75a, al. 2, AP, qui laisse penser que le Conseil fédéral et les cantons doivent tenir comptes de quatre facteurs non exhaustifs (l'évolution de la morbidité, les progrès médico-techniques, l'évolution de la situation économique, du niveau de salaire et des prix, ainsi que les possibilités de gain d'efficience) pour la fixation d'objectifs. Au contraire, le rapport explicatif au chiffre 4.1 (p. 4), fait état « qu'il a été renoncé à préciser la manière dont les cantons doivent fixer leurs objectifs ». Ce point mériterait d'être clarifié. De plus, le facteur démographique pourrait être explicitement mentionné.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>L'art. 75b OAMal énumère cinq groupes de coûts. Il n'est pas évident de comprendre pourquoi l'avant-projet d'ordonnance ne comprend (que) certains groupes de coûts. Le Conseil d'Etat estime qu'il devrait être possible de définir des objectifs de coûts pour d'autres prestataires. Il recommande de laisser aux cantons la possibilité d'aller au-delà de la liste définie à l'art. 75b OAMal.</p>

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission. 2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Le Conseil d'Etat souligne que la question des objectifs en matière de qualité est encore peu développée et devrait être davantage précisée dans l'OAMal, notamment pour ce qui concerne les médicaments. Il recommande une coordination avec la Commission fédérale pour la qualité (CFQ) avant toute fixation d'objectifs, ainsi qu'une base légale claire permettant d'évaluer et de valider les objectifs, qu'ils soient fixés à l'échelle cantonale ou fédérale. Concernant les hôpitaux, les objectifs de qualité devraient être définis en lien avec la convention qualité déjà approuvée par le Conseil fédéral et l'art. 58 let. a. Concernant les objectifs qualités pour les hôpitaux, ils devraient être élaborés en coordination avec ce qui est déjà prévu par l'art. 58, let. a (LAMal) et la convention de qualité convenue entre H+, curafutura et santésuisse approuvée par le Conseil fédéral, le 22 mai 2024. En l'état, il convient de prévoir, dans le cadre de la révision, une base légale ainsi que des processus et outils pour permettre aux cantons d'accéder et traiter facilement les données leur permettant de valider et évaluer les objectifs cantonaux et/ou fédéraux dans ce domaine.

Gesundheits- und Sozialdepartement Kanton Luzern

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	--

Anhang: VM-GSD-Änderung der Verordnung über die Krankenver.pdf

Gesundheits- und Sozialdepartement

Bahnhofstrasse 15
6002 Luzern
Telefon +41 41 228 60 84
gesundheit.soziales@lu.ch
www.lu.ch

per E-Mail

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

Luzern, 08. April 2025

Protokoll-Nr.: 367

**Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) betreffend
Kosten- und Qualitätsziele**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 haben Sie die den Regierungsrat in eingangs erwähnter Angelegenheit zur Stellungnahme eingeladen. Im Namen und Auftrag des Regierungsrates teile ich Ihnen was folgt mit:

Allgemeine Bemerkungen

Wir begrüssen, dass darauf verzichtet wird, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben. Dies könnte den administrativen und organisatorischen Mehraufwand für Leistungserbringer sowie Verwaltungseinheiten des Bundes und der Kantone erheblich erhöhen, ohne dabei einen (nennenswerten) Mehrwert zu generieren. Die im KVG verankerten Qualitätsverträge sowie die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission, des Kompetenzzentrums für Qualitätsmessungen ANQ, des Nationalen Zentrums für Infektionsprävention Swissnoso und zahlreicher medizinischer Fachgesellschaften sind einige Beispiele, die dem übergeordneten Ziel der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung bereits genügend Rechnung tragen. Dennoch lässt die gesetzliche Grundlage in Art. 54a nKVG zu, dass die Kantone Qualitätsziele festlegen, sollten sie dies für notwendig erachten.

Datenweitergabe

Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Es ist jedoch entgegen Art. 21 Abs. 4 KVG gemäss Verordnungswortlaut (Einleitungssatz des Art. 28 Abs. 1 VE-KVV sowie Art. 28 Abs. 6 VE-KVV) nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, welche auch die Kantone nutzen können, um Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Die Kantone müssen jedoch grundsätzlich denselben Datenzugang haben – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene –, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung, oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Zumindest in den Erläuterungen sollte eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden.

Tarife und Preise

Aus unserer Sicht ist fraglich, ob der in Art. 59c^{ter} Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann. Ferner sollte in Art. 59c^{ter} VE-KVV zwingend – neben dem Bundesrat – auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden, da sich sonst die Tarifpartner Erfahrungsgemäss auf den Standpunkt stellen könnten, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.

Kostenziele

Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert und damit nicht für praktikabel. Einerseits hätten die Kantone aufgrund der offenen Formulierung der Grundsätze für die Festlegung von Kostenzielen hinreichend Gestaltungsspielraum. Gleichzeitig fehlt jedoch eine konkrete Rechtsgrundlage, auf die die Kantone sich stützen könnten, um, falls nötig, Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele unbegründet und über einen längeren Zeitraum hinweg nicht erreicht werden. Die Kantone müssen zudem die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen. Dabei ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes und jener der Kantone zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die jeweiligen Anhörungen aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen von Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Art von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele überhaupt festlegen lassen. Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Universitäts- und Zentrumsspitäler als Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten haben.

rigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Art. 75a Abs. 3 VE-KVV ist entsprechend zu ergänzen.

Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Es wird nicht begründet, wieso der Verordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

Im Weiteren verweisen wir auf unsere Ausführungen und Anträge im Antwortformular. Ich danke Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse



Michaela Tschuor
Regierungsrätin

Beilage:

- BEI-GSD-Antwortformular

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Es ist jedoch entgegen Art. 21 Abs. 4 KVG gemäss Verordnungswortlaut (Einleitungssatz des Art. 28 Abs. 1 VE-KVV sowie Art. 28 Abs. 6 VE-KVV) nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, welche die Kantone nutzen können, um Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Dies ist aus unserer Sicht problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben, da die derzeit vorhandenen Daten sehr rudimentär und limitiert sind. Die Kantone müssen jedoch grundsätzlich denselben Datenzugang haben – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene –, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung, oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Zumindest in den Erläuterungen sollte eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden.

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wir begrüßen die vorgeschlagenen Anpassungen, die grundsätzlich bewährten Verfahren und Standards entsprechen. Insbesondere ist die in Art. 59c Abs. 3 VE-KVV verankerte Ergänzung, dass die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen Bestandteil der Tarifverträge bilden müssen, sehr zu begrüßen, da sie allfällige Missverständnisse verhindert.

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	.
Begründung	Im Erläuternden Bericht ist die "Art und Intensität" der erbrachten Leistungen mit "Komplexität und Umfang" definiert. Es ist zu überlegen, ob diese Präzisierung so in der Verordnung (Art. 59cbis) stehen soll.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Kanton, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach Art. 59c und 59cbis entspricht; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>Aus unserer Sicht ist fraglich, ob der in Art. 59cter Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann.</p> <p>Ferner sollte in Art. 59cter VE-KVV zwingend – neben dem Bundesrat – auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden, da sich sonst die Tarifpartner erfahrungsgemäss auf den Standpunkt stellen könnten, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.</p>

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Im Erläuternden Bericht steht, dass "der Absatz 1 die Prüfung und Festsetzung der Tarifverträge ... betrifft". Idealer ist es, von Festsetzung der Tarife (und nicht der Tarifverträge) zu sprechen.</p>

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die verhältnismässig offene Formulierung von Art. 59d Abs. 1 VE-KVV, dass die Einhaltung der Bestimmungen des Art. 59c f. KVV regelmässig überprüft werden muss, räumt den Tarifpartnern einen grossen Spielraum ein. Alternativ könnte der fragliche Artikel die Tarifpartner auffordern, einen Tarif zu überarbeiten, sobald dieser nicht mehr der aktuellen Gegebenheit entspricht. Die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel sind beispielsweise gesetzlich explizit festgehalten.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	3 Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.
Begründung	<p>Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. Einerseits hätten die Kantone aufgrund der offenen Formulierung der Grundsätze für die Festlegung von Kostenzielen hinreichend Gestaltungsspielraum. Gleichzeitig fehlt eine konkrete Rechtsgrundlage, auf die die Kantone sich stützen könnten, falls nötig, Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele unbegründet und über einen längeren Zeitraum hinweg nicht erreicht werden.</p> <p>Der Verordnungsentwurf müsste bezüglich der Kostenziele zudem die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermaßen abbilden, damit diese ihre gesetzesmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. Die Kantone müssen deshalb die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.</p> <p>Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die jeweiligen Anhörungen aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.</p> <p>Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen von Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Art von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele überhaupt festlegen lassen.</p> <p>Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken. Während die in Art. 75a Abs. 2 VE-KVV definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es bei dem Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.</p> <p>Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Art. 75a Abs. 3 VE-KVV ist entsprechend zu ergänzen.</p> <p>Der Parameter "medizinisch-technische Fortschritt" ist schwierig objektiv zu operationalisieren. Auch das Effizienzpotenzial lässt sich nicht ganz einfach eruieren, kann aber besser eingeschätzt werden. Im Erläuternden Bericht steht in Art. 75a Abs. 3: "Die gesetzlichen Bestimmungen lassen keine Unterscheidung zwischen Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Artikel 58 KVG und den Qualitätszielen nach Artikel 54 nKVG zu". Wahrscheinlich müsste es richtigerweise heissen: "Die gesetzlichen ... und den Kostenzielen nach Artikel 54 nKVG zu".</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Es wird nicht begründet, wieso der Verordnungsentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Wir begrüssen, dass eine Vertretung der EQK in der EKKQ Einsitz nimmt sowie die explizite Koordination zwischen den beiden Kommissionen gemäss Art. 75f VE-KVV. Die Kantone sind wie die Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten mit einer Person in der Kommission vertreten, was wir ebenfalls begrüssen.</p>

Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Condividiamo l'orientamento generale della modifica d'ordinanza, anche se sarà una sfida impegnativa riuscire a implementarla in modo semplice e raggiungere nel contempo l'obiettivo prefissato di frenare la crescita dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.</p> <p>Accogliamo positivamente il fatto che siano stati precisati i fattori di cui tenere conto per fissare gli obiettivi di costi, includendovi l'evoluzione della morbidità e progressi tecnologici in medicina (articolo 75a capoverso 2 lettere a-b AP-OAMal).</p> <p>Condividiamo inoltre l'approccio scelto di non prevedere ulteriori criteri di qualità a livello federale oltre a quanto già definito dall'articolo 58 LAMal. In effetti, la regolamentazione introdotta in base a tale disposizione risulta già adeguata e sufficiente, mentre un disciplinamento ulteriore avrebbe un impatto amministrativo importante e creerebbe sovrapposizioni e ridondanze, senza fornire miglioramenti significativi. L'articolo 54a nLAMal lascia tuttavia la possibilità ai Cantoni di fissare ulteriori obiettivi di qualità qualora lo ritengano necessario.</p> <p>Ci opponiamo per contro a mettere in relazione gli obiettivi in materia di costi con i contributi della Confederazione alla riduzione dei premi, come previsto nell'ambito delle misure di sgravio del bilancio della Confederazione applicabili dal 2027. La Confederazione sarebbe in effetti incitata in maniera erranea a definire obiettivi troppo restrittivi in materia di costi a carico della LAMal per contenere la spesa allocata alla riduzione dei premi.</p> <p>L'articolo 28 capoverso 1 AP-OAMal elenca i dati che gli assicuratori malattie devono trasmettere all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Rileviamo come la modifica di questo capoverso come anche del capoverso 6 recepisce semplicemente l'adeguamento dell'articolo 21 capoverso 2 nLAMal con l'integrazione di nuovi dati.</p> <p>Ci rammarichiamo tuttavia che non sia stata ripresa in modo più esplicito la modifica introdotta all'articolo 21 capoverso 4 nLAMal, che include ormai anche i Cantoni tra gli attori ai quali l'UFSP deve mettere a disposizione i dati che ha raccolto. In effetti, i capoversi 1 e 6 dell'articolo 28 AP-OAMal tengono conto unicamente, come già nella versione attuale dell'ordinanza, delle necessità e dei compiti dell'Amministrazione federale, dimenticando quelli dei Cantoni.</p> <p>Di conseguenza, i Cantoni dovranno continuare ad appoggiarsi su dati rudimentali e limitati, rendendo complicata la definizione di eventuali obiettivi cantonali in materia di costi e di qualità, e mantenendo la difficoltà di determinare con la giusta affidabilità quali sono i fattori generatori degli aumenti dei costi (prezzi, volumi, catalogo delle prestazioni,...). Inoltre, sempre nell'ottica della definizione dei propri obiettivi in materia di costi e di qualità, siamo del parere che i Cantoni debbano poter richiedere all'UFSP, all'Ufficio federale di statistica (UST) e alla Commissione per il monitoraggio dei costi e della qualità (CFCQ) l'accesso alle loro banche dati, esistenti o da creare.</p> <p>Pertanto, consideriamo che sia necessario integrare nell'OAMal una disposizione in tal senso.</p>

Anhang: 1951.pdf

Numero
1951

sl

0

Bellinzona
30 aprile 2025

Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 41 11
fax +41 91 814 44 35
e-mail can@ti.ch
web www.ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Signora Consigliera federale
Elisabeth Baume-Schneider
Dipartimento federale dell'interno DFI
3003 Berna

*Invio per posta elettronica in formato word
e pdf a tarife-grundlagen@bag.admin.ch e
gever@bag.admin.ch*

Procedura di consultazione sulla modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) (Obiettivi in materia di costi e di qualità)

Signora Consigliera federale,

ringraziamo per la sua lettera del 29 gennaio 2025 con cui sottopone al Cantone Ticino, nell'ambito della procedura di consultazione, il progetto di modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), per l'attuazione della modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) relativa alla definizione di obiettivi in materia di costi e di qualità¹, approvata dall'Assemblea federale il 29 settembre 2023 come controprogetto indiretto all'iniziativa popolare del 10 marzo 2020 «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)», respinta dal Popolo il 9 giugno 2024.

Considerazioni generali

Le nuove disposizioni dell'OAMal oggetto della presente procedura di consultazione intendono fornire alla Confederazione e ai Cantoni il quadro giuridico necessario per implementare gli obiettivi in materia di costi previsti dalla sopracitata modifica della LAMal, con lo scopo di contenere la crescita dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza incidere sulla qualità delle cure. Questi obiettivi verrebbero fissati dopo avere consultato le parti e per un periodo di quattro anni.

Condividiamo l'orientamento generale della modifica d'ordinanza, anche se sarà una sfida impegnativa riuscire a implementarla in modo semplice e raggiungere nel contempo l'obiettivo prefissato di frenare la crescita dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

¹ FF 2024 2412

Accogliamo positivamente il fatto che siano stati precisati i fattori di cui tenere conto per fissare gli obiettivi di costi, includendovi l'evoluzione della morbidità e i progressi tecnologici in medicina (articolo 75a capoverso 2 lettere a-b AP-OAMal).

Condividiamo inoltre l'approccio scelto di non prevedere ulteriori criteri di qualità a livello federale oltre a quanto già definito dall'articolo 58 LAMal. In effetti, la regolamentazione introdotta in base a tale disposizione risulta già adeguata e sufficiente, mentre un disciplinamento ulteriore avrebbe un impatto amministrativo importante e creerebbe sovrapposizioni e ridondanze, senza fornire miglioramenti significativi. L'articolo 54a nLAMal lascia tuttavia la possibilità ai Cantoni di fissare ulteriori obiettivi di qualità qualora lo ritengano necessario.

Ci opponiamo per contro a mettere in relazione gli obiettivi in materia di costi con i contributi della Confederazione alla riduzione dei premi, come previsto nell'ambito delle misure di sgravio del bilancio della Confederazione applicabili dal 2027. La Confederazione sarebbe in effetti incitata in maniera erronea a definire obiettivi troppo restrittivi in materia di costi a carico della LAMal per contenere la spesa allocata alla riduzione dei premi.

Trasmissione dei dati (articolo 28 AP-OAMal)

L'articolo 28 capoverso 1 AP-OAMal elenca i dati che gli assicuratori malattie devono trasmettere all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Rileviamo come la modifica di questo capoverso come anche del capoverso 6 recepisce semplicemente l'adeguamento dell'articolo 21 capoverso 2 nLAMal con l'integrazione di nuovi dati.

Ci rammarichiamo tuttavia che non sia stata ripresa in modo più esplicito la modifica introdotta all'articolo 21 capoverso 4 nLAMal, che include ormai anche i Cantoni tra gli attori ai quali l'UFSP deve mettere a disposizione i dati che ha raccolto. In effetti, i capoversi 1 e 6 dell'articolo 28 AP-OAMal tengono conto unicamente, come già nella versione attuale dell'ordinanza, delle necessità e dei compiti dell'Amministrazione federale, dimenticando quelli dei Cantoni.

Di conseguenza, i Cantoni dovranno continuare ad appoggiarsi su dati rudimentali e limitati, rendendo complicata la definizione di eventuali obiettivi cantonali in materia di costi e di qualità, e mantenendo la difficoltà di determinare con la giusta affidabilità quali sono i fattori generatori degli aumenti dei costi (prezzi, volumi, catalogo delle prestazioni,...). Inoltre, sempre nell'ottica della definizione dei propri obiettivi in materia di costi e di qualità, siamo del parere che i Cantoni debbano poter richiedere all'UFSP, all'Ufficio federale di statistica (UST) e alla Commissione per il monitoraggio dei costi e della qualità (CFCQ) l'accesso alle loro banche dati, esistenti o da creare. Pertanto, consideriamo che sia necessario integrare nell'OAMal una disposizione in tal senso.

Tariffe e prezzi (articolo 59c segg. AP-OAMal)

Accogliamo favorevolmente gli adeguamenti inseriti nel capitolo 3, sezione 1 «Tariffazione e contributo per ogni caso», che corrispondono essenzialmente a procedure e norme già applicate. L'aggiunta dell'articolo 59c capoverso 3 AP-OAMal, in

base alla quale le modalità di applicazione delle strutture tariffali devono essere parte integrante delle convenzioni tariffali, è particolarmente apprezzata, in quanto permette di evitare malintesi.

Consideriamo invece che sia di difficile applicazione il principio secondo cui, per i forfait legati alle prestazioni, la stima debba includere i settori interessati prima e dopo il ricovero, come sancito all'articolo 59c^{ter} capoverso 2 AP-OAMal.

Inoltre, l'articolo 59c^{ter} capoverso 1 dovrebbe precisare che anche le autorità cantonali competenti, e non solo il Consiglio federale, siano abilitate a ottenere i documenti menzionati; senza questa precisazione in effetti, i partner tariffali potranno dedurre, come già successo in passato, che solo il Consiglio federale ha il diritto di consultare questi documenti.

Infine, la formulazione relativamente aperta dell'articolo 59d capoverso 1 AP-OAMal lascia un ampio margine di manovra ai partner tariffali. Invece di prevedere che il rispetto delle disposizioni degli articoli 59c e 59c^{bis} siano verificati regolarmente, si potrebbe richiedere che i partner tariffali rivedano una tariffa non appena questa non corrisponde più alla situazione attuale.

Rimandiamo all'allegata presa di posizione dettagliata per le nostre proposte di adeguamento degli articoli 59c^{ter} capoverso 1 e 59d capoverso 1 AP-OAMal.

Obiettivi in materia di costi (capitolo 3a, sezione 1)

Siamo del parere che le disposizioni del progetto d'ordinanza relative alla determinazione degli obiettivi in materia di costi siano formulate in maniera troppo generale. È vero che una formulazione aperta dei principi ai quali devono attenersi gli obiettivi di costo lascerebbe un ampio margine di manovra ai Cantoni. Manca però una base legale concreta che consentirebbe ai Canoni di decidere, se necessario, contromisure o sanzioni quando gli obiettivi in materia di costi non sono raggiunti in maniera sistematica, ingiustificata e su un lungo periodo.

Riteniamo inoltre che il progetto d'ordinanza dovrebbe rispondere non solo alle necessità dell'Amministrazione federale ma anche delle amministrazioni cantonali, per far sì che quest'ultime possano adempiere ai loro compiti e usare le loro prerogative nell'ambito delle cure, come richiesto dalla legge. Pertanto, è importante che i Cantoni abbiano la possibilità di discostarsi dagli obiettivi nazionali e di adeguarli alle specificità regionali per i gruppi di fornitori di prestazioni e, se del caso, di fissare degli obiettivi più o meno ambiziosi.

È inoltre importante che gli obiettivi in materia di costi fissati dalla Confederazione e dai Cantoni (articoli 54-54a nLAMal) siano strettamente coordinati. I fornitori di prestazioni devono sapere con certezza quali sono gli obiettivi da seguire, in particolare quanto questi lasciano un margine d'interpretazione o si contraddicono anche solo parzialmente. Sarebbe pertanto opportuno chiarire le modalità di coordinamento delle consultazioni previste agli articoli 54-54a nLAMal così da semplificare il processo di fissazione degli obiettivi in materia di costi ed evitare eventuali ridondanze o incompatibilità tra gli obiettivi della Confederazione e quelli dei Cantoni.

Rileviamo un'ulteriore difficoltà nella formulazione dell'articolo 75a capoverso 1 AP-OAMal: in effetti questo capoverso non specifica quali sono gli obiettivi possibili nell'ambito dei costi. Non è per esempio specificato se gli obiettivi devono essere fissati in termini assoluti o relativi, né se devono essere comparabili tra gruppi di costi. Invitiamo a valutare se una formulazione così aperta della base legale possa consentire di definire degli obiettivi adeguati e misurabili.

Inoltre, come giustamente rilevato, è importante che non venga ostacolato l'accesso alle cure mediche né che ne sia intaccata la loro qualità. Tuttavia, constatiamo che in modo particolare i fornitori alla fine del processo di cure, spesso confrontati con pazienti sempre più complessi, sono in difficoltà per raggiungere la stabilità finanziaria malgrado misure per migliorare l'efficienza. Fissare degli obiettivi in materia di costi non deve complicare ulteriormente le difficoltà riscontrate dai fornitori di prestazioni essenziali per la presa a carico negli ambiti dove le tariffe non permettono di coprire i costi.

I criteri definiti all'articolo 75a capoverso 2 AP-OAMal sono a nostro avviso pertinenti. Tuttavia, senza la messa in atto di progetti come SpiGes per semplificare la raccolta e l'utilizzazione dei dati nelle cure (ospedaliere stazionarie), riteniamo che sarà complicato raccogliere dati affidabili.

Per quanto attiene all'articolo 75a capoverso 3 AP-OAMal, consideriamo necessario che i Cantoni vengano implicati sufficientemente nel coordinamento degli obiettivi in materia di costi con quelli in materia di qualità.

Infine, l'articolo 75b AP-OAMal elenca cinque gruppi di costi. È difficilmente comprensibile perché sono stati elencati solo questi gruppi di costi, mentre altre categorie che hanno presentato delle crescite estremamente forti gli anni scorsi (ad esempio i fisioterapisti o gli psicologi-psicoterapeuti) non sono soggetti a questo articolo. Siamo dell'avviso che dovrebbe essere possibile fissare degli obiettivi di costi per tutti i gruppi di prestazioni. Qualora la Confederazione non intendesse estendere questa possibilità per la fissazione di obiettivi nazionali, dovrebbe quantomeno dare ai Cantoni la facoltà di fissare degli obiettivi cantonali per i gruppi di prestazione di propria scelta.

Rimandiamo all'allegata presa di posizione dettagliata per le nostre proposte di adeguamento degli articoli 75a capoverso 3 e 75b AP-OAMal.

Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (capitolo 3a, sezione 2)

Rileviamo che la revisione dell'OAMal fornisce opportune precisazioni per quanto riguarda la ripartizione dei compiti tra la CFCQ e la Commissione federale per la qualità (CFQ). Accogliamo favorevolmente in particolare il fatto che la CFCQ faccia riferimento il più possibile ai dati disponibili presso l'UFSP, l'UST e la CFQ. Inoltre, condividiamo che la CFQ sia rappresentata in seno alla CFCQ e che sia previsto esplicitamente all'articolo 75f AP-OAMal il coordinamento dei lavori delle due commissioni.

Infine, non abbiamo osservazioni in merito alla composizione della CFCQ, che riteniamo adeguata.

RG n. 1951 del 30 aprile 2025

Ringraziando per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, voglia gradire, signora Consigliera federale, l'espressione della nostra massima stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente


Norman Gobbi

Il Cancelliere


Arnoldo Coduri

Allegato:

- menzionato

Copia a:

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

Procedura di consultazione sulla modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) (Obiettivi in materia di costi e di qualità)

Presa di posizione dettagliata

Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
Parere generale		Piuttosto favorevole	Cfr. sotto
I	L'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie è modificata come segue:		
Sostituzione di un termine	In tutta l'ordinanza «legge» è sostituito con «LAMal», quando tale termine designa questa legge.	Favorevole	
Ingresso	visto l'articolo 81 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA); visto l'articolo 96 della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal); visto l'articolo 82 capoverso 2 della legge del 15 dicembre 2000 sugli agenti terapeutici (LATer); visto l'articolo 46a della legge del 21 marzo 19974 sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione (LOGA),	Favorevole	

Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
Art. 28 cpv. 1, frase introduttiva, e 6	¹ Per adempiere i compiti di cui all'articolo 21 capoverso 2 lettere a–e LAMal, gli assicuratori comunicano regolarmente all'UFSP i seguenti dati di ogni assicurato: ⁶ Per ridurre tale aggravio, l'UFSP può collegare i dati di cui al capoverso 1 con altre fonti di dati, laddove questo risulti necessario per adempiere i propri compiti di cui all'articolo 21 capoverso 2 lettere a–e LAMal. I dati di cui al capoverso 1 possono essere collegati per adempiere altri compiti solo se sono stati anonimizzati.	Favorevole	
Capitolo 3 Tariffe e prezzi			
Sezione 1 Tariffazione e contributo per ogni caso			
Art. 59c Principi applicabili alle convenzioni tariffali	¹ Le convenzioni tariffali devono rispettare segnatamente i seguenti principi: a. la loro tariffa deve coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente; b. la loro tariffa deve coprire al massimo i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni; c. un cambiamento del modello tariffale non deve comportare costi supplementari. ² Le convenzioni tariffali contenenti una struttura tariffale devono inoltre rispettare i seguenti principi: a. essere concluse da parti che rappresentino i fornitori di prestazioni e gli assicuratori interessati; b. basarsi su un modello tariffale coerente e su criteri economici. ³ Le modalità di applicazione delle strutture tariffali devono essere parte integrante delle convenzioni tariffali.	Favorevole	

Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
Art. 59c ^{bis} Principi applicabili agli importi forfettari riferiti alle prestazioni	Il legame con la prestazione ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal deve essere stabilito in modo da differenziare la tariffa secondo il tipo e l'intensità della prestazione. Le tariffe forfettarie devono essere differenziate in funzione del tipo e dell'intensità della prestazione.	Favorevole	
Art. 59c ^{ter} Contenuto della richiesta di approvazione per le convenzioni tariffali sottoposte al Consiglio federale	Titolo ¹ Quando, conformemente agli articoli 43 capoverso 5, 46 capoverso 4 o 49 capoverso 2 LAMal, l'approvazione della convenzione tariffale compete al Consiglio federale, la richiesta di approvazione deve essere firmata da tutte le parti contraenti e contenere segnatamente i documenti e i punti seguenti: a. un esemplare della convenzione tariffale firmata da tutte le parti contraenti; b. il rapporto esplicativo sulla convenzione tariffale trasmessa; c. le lettere indirizzate, se del caso, alle organizzazioni che rappresentano gli interessi degli assicurati a livello cantonale o federale e i loro pareri ai sensi dell'articolo 43 capoverso 4 LAMal; d. le basi e il metodo di calcolo della tariffa; e. la stima degli effetti dell'applicazione della tariffa sul volume delle prestazioni e sui costi; f. una descrizione dettagliata del sistema di monitoraggio che deve essere attuato conformemente all'articolo 47c LAMal. ² Per gli importi forfettari riferiti alle prestazioni, la stima di cui al capoverso 1 lettera e deve comprendere i costi per tutti i settori di cui all'articolo 49 capoverso 1 LAMal, inclusi i settori	Favorevole con adeguamento	Contenuto della richiesta di approvazione per le convenzioni tariffali sottoposte al Consiglio federale ¹ Quando, conformemente agli articoli 43 capoverso 5, 46 capoverso 4 o 49 capoverso 2 LAMal, l'approvazione della convenzione tariffale compete al Consiglio federale, la richiesta di approvazione deve essere firmata da tutte le parti contraenti e contenere segnatamente i documenti e i punti seguenti: a. un esemplare della convenzione tariffale firmata da tutte le parti contraenti; b. il rapporto esplicativo sulla convenzione tariffale trasmessa, che indica in particolare in che modo sono adempiuti i principi elencati agli articoli 59c e 59c^{bis} ; c. le lettere indirizzate, se del caso, alle organizzazioni che rappresentano gli interessi degli assicurati a livello cantonale o federale e i loro pareri ai sensi dell'articolo 43 capoverso 4 LAMal; d. le basi e il metodo di calcolo della tariffa; e. la stima degli effetti dell'applicazione della tariffa sul volume delle prestazioni e sui costi; f. una descrizione dettagliata del sistema di monitoraggio che deve essere attuato conformemente all'articolo 47c LAMal. ² Per gli importi forfettari riferiti alle prestazioni, la stima di cui al capoverso 1 lettera e deve



Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
	interessati prima e dopo il ricovero. ³ Nel caso di un modello di remunerazione riferito alle prestazioni basato su un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG (Diagnosis Related Groups), la convenzione tariffale include anche il relativo manuale di codificazione e un concetto per la revisione della codificazione.		comprendere i costi per tutti i settori di cui all'articolo 49 capoverso 1 LAMal, inclusi i settori interessati prima e dopo il ricovero. ³ Nel caso di un modello di remunerazione riferito alle prestazioni basato su un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG (Diagnosis Related Groups), la convenzione tariffale include anche il relativo manuale di codificazione e un concetto per la revisione della codificazione.
Art. 59c ^{quater} Compiti dell'autorità che approva"	¹ L'autorità che approva ai sensi dell'articolo 46 capoverso 4, LAMal verifica che la convenzione tariffaria rispetti i principi di cui all'articolo 59c capoverso 1. Se l'approvazione compete al Consiglio federale, quest'ultimo verifica inoltre che la convenzione tariffale rispetti i principi di cui agli articoli 59c capoversi 2 e 3 e 59c ^{bis} . ² Se le tariffe sono fissate dall'autorità competente, quest'ultima applica per analogia i principi di cui all'articolo 59c capoverso 1. Se l'approvazione compete al Consiglio federale, quest'ultimo applica inoltre per analogia gli articoli 59c capoversi 2 e 3 e 59c ^{bis} .	Favorevole	
Art. 59d Obblighi di verifica e adeguamento	¹ I partner tariffali devono verificare regolarmente che le tariffe rispettino i principi enunciati agli articoli 59c e 59c ^{bis} , nella misura in cui siano applicabili. ² Informano le autorità competenti del risultato di dette verifiche. ³ Procedono agli adeguamenti necessari e li sottopongono all'approvazione dell'autorità competente.	Favorevole con adeguamento	¹ Quando le tariffe non corrispondono più alla situazione attuale , i partner tariffali devono verificare regolarmente che le tariffe rispettino i principi enunciati agli articoli 59c e 59c ^{bis} , nella misura in cui siano applicabili. ² Informano le autorità competenti del risultato di dette verifiche. ³ Procedono agli adeguamenti necessari e li sottopongono all'approvazione dell'autorità competente.



Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
Titolo prima dell'art. 59f	Sezione 1a Comunicazione dei dati		
Titolo dopo l'art. 75	Capitolo 3a Misure di contenimento dei costi Sezione 1 Obiettivi in materia di costi		
Art. 75a Obiettivi globali	<p>¹Per definire gli obiettivi in materia di costi delle prestazioni (art. 54 e 54a LAMal) applicabili alla totalità dei costi, il Consiglio federale e i Cantoni si basano sui costi necessari per coprire i bisogni tramite cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti.</p> <p>²Tengono conto segnatamente dei seguenti fattori:</p> <ul style="list-style-type: none">a. l'evoluzione della morbidità;b. i progressi tecnologici in medicina;c. l'evoluzione della situazione economica, dei salari e dei prezzi;d. le possibilità di guadagni di efficienza. <p>³Il Consiglio federale coordina gli obiettivi in materia di costi con gli obiettivi di qualità ai sensi dell'articolo 58 LAMal.</p>	Favorevole con adeguamento	<p>¹Per definire gli obiettivi in materia di costi delle prestazioni (art. 54 e 54a LAMal) applicabili alla totalità dei costi, il Consiglio federale e i Cantoni si basano sui costi necessari per coprire i bisogni tramite cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti.</p> <p>²Tengono conto segnatamente dei seguenti fattori:</p> <ul style="list-style-type: none">a. l'evoluzione della morbidità;b. i progressi tecnologici in medicina;c. l'evoluzione della situazione economica, dei salari e dei prezzi;d. le possibilità di guadagni di efficienza. <p>³Il Consiglio federale coordina, implicando i Cantoni, gli obiettivi in materia di costi con gli obiettivi di qualità ai sensi dell'articolo 58 LAMal.</p>
Art. 75b Obiettivi per i gruppi di costo	<p>Il Consiglio federale definisce degli obiettivi in materia di costi segnatamente per i seguenti gruppi di costo:</p> <ul style="list-style-type: none">a. cure stazionarie;b. cure ambulatoriali in ospedale;c. cure ambulatoriali dispensate da medici al di fuori degli ospedali;d. medicinali;e. cure dispensate in una casa di cura o a domicilio.	Favorevole con adeguamento	<p>¹Il Consiglio federale definisce degli obiettivi in materia di costi segnatamente per i seguenti gruppi di costo:</p> <ul style="list-style-type: none">a. cure stazionarie;b. cure ambulatoriali in ospedale;c. cure ambulatoriali dispensate da medici al di fuori degli ospedali;d. medicinali;e. cure dispensate in una casa di cura o a domicilio. <p>²I Cantoni possono definire degli obiettivi in materia di costi per gruppi di costo oltre a quelli previsti al capoverso 1.</p>



Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
Sezione 2 Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie			
Art. 75c Membri	<p>¹Il Consiglio federale nomina la presidenza e gli altri membri della Commissione federale per il monitoraggio dei costi e della qualità nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.</p> <p>²La commissione è composta di otto membri, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none">a. una persona rappresenta i fornitori di prestazioni;b. una persona rappresenta i Cantoni;c. una persona rappresenta gli assicuratori;d. una persona rappresenta gli assicurati;e. tre persone rappresentano il campo scientifico. <p>³I membri della commissione devono disporre di elevate competenze in materia di costi delle prestazioni, di conoscenze approfondite nella gestione dei costi nonché di solide conoscenze del sistema sanitario e delle assicurazioni sociali svizzero.</p>	Favorevole	



Parte	Avamprogetto	Parere	Controproposta
Art. 75d Compiti e competenze	¹ La commissione presta consulenza riguardo all'evoluzione dei costi e alle misure da adottare per contenerli. ² È incaricata segnatamente dei seguenti compiti: a. istituire una vigilanza sistematica e continua sui costi; b. vigilare sull'evoluzione nei settori di prestazioni basandosi sui gruppi di costo di cui all'articolo 75b; c. elaborare raccomandazioni all'attenzione della Confederazione e dei partner tariffali sulla base della vigilanza sui costi. ³ Per adempiere i compiti di cui al capoverso 2, la commissione utilizza le basi di dati del settore sanitario, in particolare quelle gestite dall'UFSP, dall'UST e dalla Commissione federale per la qualità.	Favorevole	
Art. 75e Organizzazione	¹ La commissione definisce la sua organizzazione e le sue modalità di funzionamento in un regolamento, sottoposto all'approvazione del DFI. ² L'UFSP assume la segreteria della commissione.	Favorevole	
Art. 75f Coordinamento con la Commissione federale per la qualità	¹ Per monitorare la qualità, la commissione si basa sui lavori della Commissione federale per la qualità. ² Coordina i suoi lavori con quelli della Commissione federale per la qualità.	Favorevole	
II	L'allegato 2 dell'ordinanza del 25 novembre 1998 sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione è modificato come segue: N. 1.1, aggiunta sotto «DFI»	Favorevole	



Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Ingress
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Accogliamo favorevolmente gli adeguamenti inseriti nel capitolo 3, sezione 1 «Tariffazione e contributo per ogni caso», che corrispondono essenzialmente a procedure e norme già applicate. L'aggiunta dell'articolo 59c capoverso 3 AP-OAMaI, in base alla quale le modalità di applicazione delle strutture tariffali devono essere parte integrante delle convenzioni tariffali, è particolarmente apprezzata, in quanto permette di evitare malintesi. Consideriamo invece che sia di difficile applicazione il principio secondo cui, per i forfait legati alle prestazioni, la stima debba includere i settori interessati prima e dopo il ricovero, come sancito all'articolo 59cter capoverso 2 AP-OAMaI.</p> <p>Inoltre, l'articolo 59cter capoverso 1 dovrebbe precisare che anche le autorità cantonali competenti, e non solo il Consiglio federale, siano abilitate a ottenere i documenti menzionati; senza questa precisazione in effetti, i partner tariffali potranno dedurre, come già successo in passato, che solo il Consiglio federale ha il diritto di consultare questi documenti.</p> <p>Infine, la formulazione relativamente aperta dell'articolo 59d capoverso 1 AP-OAMaI lascia un ampio margine di manovra ai partner tariffali. Invece di prevedere che il rispetto delle disposizioni degli articoli 59c e 59cbis siano verificati regolarmente, si potrebbe richiedere che i partner tariffali rivedano una tariffa non appena questa non corrisponde più alla situazione attuale. Rimandiamo all'allegata presa di posizione dettagliata per le nostre proposte di adeguamento degli articoli 59cter capoverso 1 e 59d capoverso 1 AP-OAMaI.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	--

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	--

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	3a. KapitelMassnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. AbschnittKostenziele
Begründung	<p>Siamo del parere che le disposizioni del progetto d'ordinanza relative alla determinazione degli obiettivi in materia di costi siano formulate in maniera troppo generale. È vero che una formulazione aperta dei principi ai quali devono attenersi gli obiettivi di costo lascerebbe un ampio margine di manovra ai Cantoni. Manca però una base legale concreta che consentirebbe ai Canoni di decidere, se necessario, contromisure o sanzioni quando gli obiettivi in materia di costi non sono raggiunti in maniera sistematica, ingiustificata e su un lungo periodo.</p> <p>Riteniamo inoltre che il progetto d'ordinanza dovrebbe rispondere non solo alle necessità dell'Amministrazione federale ma anche delle amministrazioni cantonali, per far sì che quest'ultime possano adempiere ai loro compiti e usare le loro prerogative nell'ambito delle cure, come richiesto dalla legge. Pertanto, è importante che i Cantoni abbiano la possibilità di discostarsi dagli obiettivi nazionali e di adeguarli alle specificità regionali per i gruppi di fornitori di prestazioni e, se del caso, di fissare degli obiettivi più o meno ambiziosi.</p> <p>È inoltre importante che gli obiettivi in materia di costi fissati dalla Confederazione e dai Cantoni (articoli 54-54a nLAMal) siano strettamente coordinati. I fornitori di prestazioni devono sapere con certezza quali sono gli obiettivi da seguire, in particolare quanto questi lasciano un margine d'interpretazione o si contraddicono anche solo parzialmente. Sarebbe pertanto opportuno chiarire le modalità di coordinamento delle consultazioni previste agli articoli 54-54a nLAMal così da semplificare il processo di fissazione degli obiettivi in materia di costi ed evitare eventuali ridondanze o incompatibilità tra gli obiettivi della Confederazione e quelli dei Cantoni.</p> <p>Rileviamo un'ulteriore difficoltà nella formulazione dell'articolo 75a capoverso 1 AP-OAMal: in effetti questo capoverso non specifica quali sono gli obiettivi possibili nell'ambito dei costi. Non è per esempio specificato se gli obiettivi devono essere fissati in termini assoluti o relativi, né se devono essere comparabili tra gruppi di costi. Invitiamo a valutare se una formulazione così aperta della base legale possa consentire di definire degli obiettivi adeguati e misurabili.</p> <p>Inoltre, come giustamente rilevato, è importante che non venga ostacolato l'accesso alle cure mediche né che ne sia intaccata la loro qualità. Tuttavia, constatiamo che in modo particolare i fornitori alla fine del processo di cure, spesso confrontati con pazienti sempre più complessi, sono in difficoltà per raggiungere la stabilità finanziaria malgrado misure per migliorare l'efficienza. Fissare degli obiettivi in materia di costi non deve complicare ulteriormente le difficoltà riscontrate dai fornitori di prestazioni essenziali per la presa a carico negli ambiti dove le tariffe non permettono di coprire i costi. I criteri definiti all'articolo 75a capoverso 2 AP-OAMal sono a nostro avviso pertinenti. Tuttavia, senza la messa in atto di progetti come SpiGes per semplificare la raccolta e l'utilizzazione dei dati nelle cure (ospedaliere stazionarie), riteniamo che sarà complicato raccogliere dati affidabili.</p> <p>Per quanto attiene all'articolo 75a capoverso 3 AP-OAMal, consideriamo necessario che i Cantoni vengano implicati sufficientemente nel coordinamento degli obiettivi in materia di costi con quelli in materia di qualità.</p> <p>Infine, l'articolo 75b AP-OAMal elenca cinque gruppi di costi. È difficilmente comprensibile perché sono stati elencati solo questi gruppi di costi, mentre altre categorie che hanno presentato delle crescite estremamente forti gli anni scorsi (ad esempio i fisioterapisti o gli psicologi-psicoterapeuti) non sono soggetti a questo articolo. Siamo dell'avviso che dovrebbe essere possibile fissare degli obiettivi di costi per tutti i gruppi di prestazioni.</p> <p>Qualora la Confederazione non intendesse estendere questa possibilità per la fissazione di obiettivi nazionali, dovrebbe quantomeno dare ai Cantoni la facoltà di fissare degli obiettivi cantonali per i gruppi di prestazione di propria scelta.</p> <p>Rimandiamo all'allegata presa di posizione dettagliata per le nostre proposte di adeguamento degli articoli 75a capoverso 3 e 75b AP-OAMal.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	--

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	--

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Rileviamo che la revisione dell'OAMal fornisce opportune precisazioni per quanto riguarda la ripartizione dei compiti tra la CFCQ e la Commissione federale per la qualità (CFQ). Accogliamo favorevolmente in particolare il fatto che la CFCQ faccia riferimento il più possibile ai dati disponibili presso l'UFSP, l'UST e la CFQ. Inoltre, condividiamo che la CFQ sia rappresentata in seno alla CFCQ e che sia previsto esplicitamente all'articolo 75f AP-OAMal il coordinamento dei lavori delle due commissioni.</p> <p>Infine, non abbiamo osservazioni in merito alla composizione della CFCQ, che riteniamo adeguata.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Staatskanzlei des Kantons Solothurn

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Wir unterstützen die Stossrichtung der Änderung der Verordnung. Es bleibt aber eine Herausforderung, mit der Verordnung eine möglichst schlanke Umsetzung zu gewährleisten und dennoch zu ermöglichen, eine kostendämpfende Wirkung zu erzielen.

Anhang: 2025-04-29 Änderung KKV_Stellungnahme Kanton SO.pdf

Regierungsrat

Rathaus
Barfüssergasse 24
4509 Solothurn
so.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

per E-Mail an:

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

29. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele); Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns mit Schreiben vom 29. Januar 2025 eingeladen, zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für diese Gelegenheit und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Allgemeine Bemerkungen

Wir unterstützen die Stossrichtung der Änderung der Verordnung. Es bleibt aber eine Herausforderung, mit der Verordnung eine möglichst schlanke Umsetzung zu gewährleisten und dennoch zu ermöglichen, eine kostendämpfende Wirkung zu erzielen.

Tarifgestaltung

Wir begrüssen die klarere Strukturierung der Grundsätze der Tarifbildung sowie der Aufgaben der Genehmigungsbehörde. Ebenso unterstützen wir die Anpassungen und Präzisierungen in der KVV hinsichtlich der Anforderungen an ein Genehmigungsgesuch für Tarifverträge an den Bundesrat sowie die Klärung der Grundsätze für Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten.

Aus unserer Sicht ist es fraglich, ob der in Art. 59c^{ter} Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann.

Schliesslich räumt die verhältnismässig offene Formulierung des Art. 59d Abs. 1 VE-KVV, wonach die Einhaltung der Bestimmungen des Art. 59c f. regelmässig überprüft werden muss, den Tarifpartnern einen grossen Spielraum ein. Alternativ könnte der fragliche Artikel die Tarifpartner auffordern, einen Tarif zu überarbeiten, sobald dieser nicht mehr der aktuellen Gegebenheit entspricht. Die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel sind beispielsweise gesetzlich explizit festgehalten.

Kostenziele und Datenweitergabe

Die vom Bundesrat beabsichtigte Verankerung von Kostenzielen in der KVV wird zwar die Kosten- und Mengentransparenz im Gesundheitswesen steigern. Nach unserer Einschätzung ist aber lediglich ein bescheidener Effekt im Sinne einer Kostenbremse bei den Leistungen zulasten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erwarten, solange nicht definiert ist, anhand welcher Massnahmen der Bundesrat die Einhaltung der Kostenziele durchsetzen wird bzw. welche Konsequenzen das Nichterreichen der Kostenziele hat. Weder Art. 75a f. KVV noch der erläuternde Bericht geben Aufschluss über die konkrete Umsetzung der neuen Bestimmungen, die konkreten neuen Aufgaben der Kantone und die finanziellen und personellen Auswirkungen auf die Kantone. Der Hinweis in Kapitel 6.2 des erläuternden Berichts, dass die Kantone über einen beträchtlichen Spielraum dabei verfügen, wie sie das neue Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie dafür einsetzen wollen, trägt nichts zur Klärung bei. Entsprechend ersuchen wir Sie, zeitnah ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten und dabei dem Zusammenspiel zwischen Bund und Kantonen ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Der Verordnungsvorentwurf müsste in Bezug auf die Kostenziele die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermaßen abbilden, damit diese ihre gesetzmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. In diesem Sinn müssen die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.

Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die Anhörungen nach Art. 54 nKVG und Art. 54a nKVG aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen des Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Arten von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser verhältnismässig offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen.

Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Während die in Art. 75a Abs. 2 definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es beim Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.

Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden.

Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Aus unserer Sicht ist es nicht klar ersichtlich, wieso der Verordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ)

Die Schaffung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) erachten wir als sinnvoll. Ebenso begrüßen wir die Koordinationsvorschriften dieser Kommission mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) sowie die Einsitznahme eines Mitglieds der EQK in der EKKQ zu diesem Zweck. Fraglich ist hingegen, warum sich die EKKQ bei ihren Analysen und Empfehlungen zur Eindämmung der Kostenentwicklung lediglich auf die bestehenden Monitoring-Instrumente des Bundes abstützen und nicht auch Faktoren, wie die Entwicklung der Morbidität, den medizinisch-technischen Fortschritt, die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung sowie das Effizienzpotential, berücksichtigen sollte. Als ausgewiesenes Expertengremium wäre gerade dieses am besten in der Lage, solche Indikatoren in ihre Analysen adäquat einfließen zu lassen und dem Bund sowie den Kantonen die herausfordernde und ressourcenintensive Arbeit nach Art. 75a KVV abzunehmen. Wir erwarten vom Bundesrat in dieser Hinsicht eine Nachbesserung der Vorlage, damit die personellen Ressourcen der Kantone für diese Aufgabe nicht über Gebühr beansprucht werden.

Die Ergänzung in Art. 28 Abs. 1 und 6 KVV, wonach die Daten der Versicherer auch zur Festlegung von Kostenzielen, Messung der Qualitätsziele und der Kosteneffizienz herangezogen werden dürfen, unterstützen wir.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES

sig.
Sandra Kolly
Frau Landammann

sig.
Andreas Eng
Staatsschreiber

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die Ergänzung in Art. 28 Abs. 1 und 6 KVV, wonach die Daten der Versicherer auch zur Festlegung von Kostenzielen, Messung der Qualitätsziele und der Kosteneffizienz herangezogen werden dürfen, unterstützen wir.
Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wir begrüßen die klarere Strukturierung der Grundsätze der Tarifbildung sowie der Aufgaben der Genehmigungsbehörde. Ebenso unterstützen wir die Anpassungen und Präzisierungen in der KVV hinsichtlich der Anforderungen an ein Genehmigungsgesuch für Tarifverträge an den Bundesrat sowie die Klärung der Grundsätze für Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten.
Titel	Art. 59ter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	Aus unserer Sicht ist es fraglich, ob der in Art. 59ter Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>Schliesslich räumt die verhältnismässig offene Formulierung des Art. 59d Abs. 1 VE-KVV, wonach die Einhaltung der Bestimmungen des Art. 59c f. regelmässig überprüft werden muss, den Tarifpartnern einen grossen Spielraum ein. Alternativ könnte der fragliche Artikel die Tarifpartner auffordern, einen Tarif zu überarbeiten, sobald dieser nicht mehr der aktuellen Gegebenheit entspricht. Die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel sind beispielsweise gesetzlich explizit festgehalten.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>

Die vom Bundesrat beabsichtigte Verankerung von Kostenzielen in der KVV wird zwar die Kosten- und Mengentransparenz im Gesundheitswesen steigern. Nach unserer Einschätzung ist aber lediglich ein bescheidener Effekt im Sinne einer Kostenbremse bei den Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu erwarten, solange nicht definiert ist, anhand welcher Massnahmen der Bundesrat die Einhaltung der Kostenziele durchsetzen wird bzw. welche Konsequenzen das Nichterreichen der Kostenziele hat. Weder Art. 75a f. KVV noch der erläuternde Bericht geben Aufschluss über die konkrete Umsetzung der neuen Bestimmungen, die konkreten neuen Aufgaben der Kantone und die finanziellen und personellen Auswirkungen auf die Kantone. Der Hinweis in Kapitel 6.2 des erläuternden Berichts, dass die Kantone über einen beträchtlichen Spielraum dabei verfügen, wie sie das neue Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie dafür einsetzen wollen, trägt nichts zur Klärung bei. Entsprechend ersuchen wir Sie, zeitnah ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten und dabei dem Zusammenspiel zwischen Bund und Kantonen ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Der Verordnungsvorentwurf müsste in Bezug auf die Kostenziele die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermaßen abbilden, damit diese ihre gesetzmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. In diesem Sinn müssen die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.

Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die Anhörungen nach Art. 54 nKVG und Art. 54a nKVG aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen des Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Arten von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser verhältnismässig offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen.

Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken. Während die in Art. 75a Abs. 2 definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es beim Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.

Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Aus unserer Sicht ist es nicht klar ersichtlich, wieso der Ver-ordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologi-sche Psychotherapie. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die Schaffung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatori-schen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) erachten wir als sinnvoll. Ebenso begrüssen wir die Koordinationsvorschriften dieser Kommission mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) sowie die Einsitznahme eines Mitglieds der EQK in der EKKQ zu diesem Zweck. Fraglich ist hingegen, warum sich die EKKQ bei ihren Analysen und Empfehlungen zur Eindämmung der Kostenentwicklung lediglich auf die bestehenden Monito-ring-Instrumente des Bundes stützen und nicht auch Faktoren, wie die Entwicklung der Morbidität, den medizinisch-technischen Fortschritt, die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung sowie das Effizienzpotential, berücksichtigen sollte. Als ausgewiesenes Expertengremium wäre gerade dieses am besten in der Lage, solche Indikatoren in ihre Analysen adäquat einfließen zu lassen und dem Bund sowie den Kantonen die herausfordernde und ressourcenintensive Arbeit nach Art. 75a KVV abzunehmen. Wir erwarten vom Bundesrat in dieser Hinsicht eine Nachbesserung der Vorlage, damit die personellen Ressourcen der Kantone für diese Aufgabe nicht über Gebühr beansprucht werden.

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die Vorlage hat zum Ziel, die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen bezüglich des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu konkretisieren. Die Kostenziele stellen einen stark steuernden Eingriff dar, was der Regierungsrat kritisch beurteilt. Diese werden top down definiert und es stellt sich die Frage der Praxistauglichkeit und der Konsequenzen für die Versorgung. Zudem generieren diese einen grossen administrativen Mehraufwand. Diese Ressourcen könnten effizienter eingesetzt werden. Mit der Zulassungsbeschränkung und Spitalisten gibt es bereits Möglichkeiten, die Kostenentwicklung zu beeinflussen. Statt die Kosten zu deckeln, müsste der Fokus darauf gelegt werden, die Effizienz des Systems zu erhöhen.</p> <p>In seiner Vernehmlassung vom 18. November 2020 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung — Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien — Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»¹ hatte sich der Regierungsrat bereits kritisch zu der darin enthaltenden Massnahme «Zielvorgabe» geäussert und in der vorgelegten Form mit den vielfältigen Umsetzungsfragen abgelehnt. Er kritisierte insbesondere die fehlende gesundheitspolitische Gesamtsteuerung und war der Ansicht, dass die Massnahme lediglich zu grossem bürokratischem Aufwand und ohne zwingende Korrekturmassnahmen zu einer Überregulierung ohne kostendämpfende Wirkung führen werde. Die Anliegen der Qualitätsentwicklung waren zu dem bereits zuvor im KVG abgedeckt, so dass befürchtet wurde, dass rechtliche Unklarheiten entstehen werden.</p> <p>Die nun vorliegenden Ausführungsbestimmungen vermögen die offenen Umsetzungsfragen mehrheitlich nicht zu klären, um die ohnehin kaum kostendämpfenden Massnahmen vollzugstauglich auszugestalten.</p> <p>Angesichts der im April 2021 in Kraft getretenen KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Artikel 58 KVG) ist die zusätzliche Festlegung von Qualitätszielen redundant. Das BAG hat dies nun auch festgestellt und im erläuternden Bericht festgehalten. Zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten sei es nicht nötig, zusätzliche Qualitätsziele festzulegen. Die Revision aber weiterhin unter dem Titel «Kosten- und Qualitätsziele» laufen zu lassen, ist folglich nicht mehr korrekt.</p> <p>Wie bereits erwähnt, fehlt bei der KVG-Änderung die gesundheitspolitische Gesamtsteuerung. Die Vorlage wird zu grossem bürokratischem Aufwand führen, ohne zwingende Korrekturmassnahmen zu einer Überregulierung und wird keine kostendämpfende Wirkung herbeiführen. Auch in der nun vorgelegten Ausführungsverordnung fehlt die Gesamtsicht. Abhängigkeiten werden nicht thematisiert, Doppelspurigkeiten werden nicht analysiert und beseitigt und auch Umsetzungsfragen werden kaum geklärt. Der Regierungsrat hätte zumindest erwartet, dass mit den Ausführungsbestimmungen versucht wird, die Prozesse effizienter und unbürokratischer auszugestalten und die Informationsflüsse beim Einsatz der vorgesehenen Instrumente zu optimieren. Allerdings erweist sich auch diese Ausgestaltung als nicht vollzugstauglich.</p> <p>Der Regierungsrat fordert daher, dass nach Berücksichtigung seiner Anliegen und der Konkretisierung der Vorlage diese den Kantonen und Leistungserbringern im Rahmen einer erneuten Vernehmlassung unterbreitet wird.</p> <p>Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass in der aktuellen Vernehmlassungsvorlage zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das Entlastungspaket 2027 im Kapitel «Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» der Bund bereits beabsichtigt, Artikel 54 E-KVG mit einem Absatz 2 zu ergänzen, so dass der Bundesrat die Kostenziele während der Vierjahresperiode anpassen könnte, falls sich die Grundlagen wesentlich verändern. Die Absicht, eine Bestimmung zu ändern, bevor sie überhaupt in Kraft ist, erachtet der Regierungsrat als fragwürdig.</p>

Wie bereits erwähnt, fehlt bei der KVG-Änderung die gesundheitspolitische Gesamtsteuerung. Die Vorlage wird zu grossem bürokratischem Aufwand führen, ohne zwingende Korrekturmassnahmen zu einer Überregulierung und wird keine kostendämpfende Wirkung herbeiführen. Auch in der nun vorgelegten Ausführungsverordnung fehlt die Gesamtsicht. Abhängigkeiten werden nicht thematisiert, Doppelspurigkeiten werden nicht analysiert und beseitigt und auch Umsetzungsfragen werden kaum geklärt. Der Regierungsrat hätte zumindest erwartet, dass mit den Ausführungsbestimmungen versucht wird, die Prozesse effizienter und unbürokratischer auszugestalten und die Informationsflüsse beim Einsatz der vorgesehenen Instrumente zu optimieren. Allerdings erweist sich auch diese Ausgestaltung als nicht vollzugstauglich. Der Regierungsrat fordert daher, dass nach Berücksichtigung seiner Anliegen und der Konkretisierung der Vorlage diese den Kantonen und Leistungserbringern im Rahmen einer erneuten Vernehmlassung unterbreitet wird.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass in der aktuellen Vernehmlassungsvorlage zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das Entlastungspaket 2027 im Kapitel «Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» der Bund bereits beabsichtigt, Artikel 54 E-KVG mit einem Absatz 2 zu ergänzen, so dass der Bundesrat die Kostenziele während der Vierjahresperiode anpassen könnte, falls sich die Grundlagen wesentlich verändern. Die Absicht, eine Bestimmung zu ändern, bevor sie überhaupt in Kraft ist, erachtet der Regierungsrat als fragwürdig.



Regierungsrat

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

Staatskanzlei, Postfach, 3000 Bern 8

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail (als pdf- und docx-Version) an:
- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- gever@bag.admin.ch

RRB Nr.: 406/2025 30. April 2025
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

**Vernehmlassung des Bundes: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele). Stellungnahme des Kantons
Stellungnahme des Kantons Bern**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Änderung der KVV.

Die Vorlage hat zum Ziel, die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen bezüglich des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu konkretisieren. Die Kostenziele stellen einen stark steuernden Eingriff dar, was der Regierungsrat kritisch beurteilt. Diese werden top down definiert und es stellt sich die Frage der Praxistauglichkeit und der Konsequenzen für die Versorgung. Zudem generieren diese einen grossen administrativen Mehraufwand. Diese Ressourcen könnten effizienter eingesetzt werden. Mit der Zulassungsbeschränkung und Spitallisten gibt es bereits Möglichkeiten, die Kostenentwicklung zu beeinflussen. Statt die Kosten zu deckeln, müsste der Fokus darauf gelegt werden, die Effizienz des Systems zu erhöhen.

In seiner Vernehmlassung vom 18. November 2020 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung — Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien — Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»¹ hatte sich der Regierungsrat bereits kritisch zu der darin enthaltenden Massnahme «Zielvorgabe» geäussert und in der vorgelegten Form mit den vielfältigen Umsetzungsfragen abgelehnt. Er kritisierte insbesondere die fehlende gesundheitspolitische Gesamtsteuerung und war der Ansicht, dass die Massnahme lediglich zu grossem bürokratischem Aufwand und ohne zwingende Korrekturmassnahmen zu einer Überregulierung ohne kostendämpfende Wirkung führen werde. Die Anliegen der Qualitätsentwicklung waren zudem bereits zuvor im KVG abgedeckt, so dass befürchtet wurde, dass rechtliche Unklarheiten entstehen werden.

¹ Vgl. RRB 1288/2020

Die nun vorliegenden Ausführungsbestimmungen vermögen die offenen Umsetzungsfragen mehrheitlich nicht zu klären, um die ohnehin kaum kostendämpfenden Massnahmen vollzugstauglich auszugestalten.

Zu den einzelnen Artikeln in den vorgeschlagenen KVV-Änderungen nimmt der Regierungsrat wie folgt Stellung:

1. Tarifgestaltung und Fallbeitrag (Artikel 59c - 59d VE-KVV – Konkretisierung der Artikel 46 Absatz 4bis und 46a E-KVG)

Die Systematik der Bestimmungen zu den Tarifen und Preisen wird neu strukturiert und gemäss erläuterndem Bericht werden darin die neuen Artikel 46 Absatz 4^{bis} und Artikel 46a E-KVG konkretisiert.

Gegen eine klar strukturierte und definierte Formulierung ist nichts einzuwenden. Jedoch finden sich keine Ausführungsbestimmungen bzw. Konkretisierungen zu den beiden neuen KVG-Artikeln:

Gemäss Artikel 46 Absatz 4^{bis} E-KVG soll die Genehmigungsbehörde einen Tarifvertrag innerhalb eines Jahres prüfen. Verzögerungen bei der Beurteilung von Tarifverträgen entstehen auch ausserhalb des Einflussbereichs der Kantone (z. B. mangelhafte oder verspätete Datenlieferung, Warten auf Empfehlungen der Preisüberwachung), so dass davon auszugehen ist, dass sie vermehrt von der gesetzlich gewährten Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung der Frist Gebrauch machen werden müssen. Der Kanton Bern erachtet diese Frist nach wie vor als unnötig und wirkungslos. In den Ausführungsbestimmungen wäre zumindest zu regeln, was die Folgen einer Überschreitung der gesetzlichen Frist wären. So ist unklar, ob ein Tarifvertrag dann auch ohne den Genehmigungsentscheid der Genehmigungsbehörde als de facto genehmigt gelten würde und wie lange dieser dann gültig wäre (beispielsweise, bis zur Feststellung gemäss Artikel 46a Absatz 1 E-KVG, dass der Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt).

Zu Artikel 46a E-KVG sind ebenfalls keine Ausführungsbestimmungen vorgesehen, obwohl einige Elemente zwingend einer klareren Auslegung bedürften. So ist beispielsweise nicht bekannt, aufgrund welcher Merkmale Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG nicht mehr erfüllt sein sollen (KVG-Konformität, Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit). Offen ist auch die Frage, wer im Rahmen von Artikel 46a Absatz 3 E-KVG zu beurteilen hat, ob eine nationale Tarifstruktur sachgerecht ist oder differenzierte Tarife festzusetzen sind. Stellen die Kantone oder deren Direktorenkonferenz eine fehlende Sachgerechtigkeit fest und melden diese, so sind die für die nationalen Tarifstrukturen zuständigen Stellen zum Tätigwerden zu verpflichten.

Auch ist es sehr fragwürdig, ob die Sachgerechtigkeit einer nationalen Tarifstruktur durch die Festlegung von differenzierten Tarifen wiederherzustellen ist. Hierzu sind zwingend die Intention des Gesetzgebers und der Vollzug in den Kantonen zu klären. Es ist Aufgabe der Tarifstruktur, eine sachgerechte Differenzierung der Vergütung nach Leistungskategorien oder nach Gruppen von Leistungserbringern herbeizuführen. Mit Korrekturen über die Tarifhöhe lassen sich allfällige Mängel der Tarifstruktur nicht nachhaltig beheben.

2. Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung; Kostenziele (Art. 75a – 75b VE-KVV – Konkretisierung der Artikel 54 und 54b E-KVG)

Auch wenn für die Prognose, auf deren Grundlage die Ziele festgelegt und die Anhörungen gestartet werden können, die jeweils neuesten verfügbaren definitiven Daten herangezogen werden, ist damit zu rechnen, dass die Ziele auf bereits veralteten Daten basieren werden. Wie die

vom Bundesrat und den Kantonen notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs und folglich die für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele berechnet werden sollen, wird in Artikel 75a VE-KVV nicht ausgeführt. Dies soll erst in einem Umsetzungskonzept festgelegt werden. Auch die zu berücksichtigenden Faktoren (Absatz 2) sind nicht abschliessend aufgeführt. Der Bund schätzt das Effizienzpotential als beachtlich ein, jedoch ist aus Sicht des Regierungsrats dessen Berechnung kaum umsetzbar. Dieser Faktor ist deshalb zu streichen.

Die in Artikel 75b VE-KVV festgelegten Kostengruppen sind ebenfalls nicht abschliessend aufgeführt und es gibt keine Bestimmung über die Definition des Anhörungszeitraums. Auch fehlen jegliche Ausführungen, welche Daten in welcher Granularität, Periodizität und Modalität den Kantonen zur Verfügung stehen, um zu den Zielvorschlägen des Bundesrates Stellung zu nehmen. Eine fundierte Stellungnahme führt zwangsläufig zu zusätzlichen administrativen Aufwänden. Der Bundesrat hat es unterlassen, bei der Verordnungsrevision die Datenbedürfnisse der Kantone abzuklären.

Die Ausführungsbestimmungen zu den festzulegenden Kostenzielen auf Bundesebene sind folglich ungenügend. Sie lassen nach wie vor viele Umsetzungsfragen offen.

Angesichts der im April 2021 in Kraft getretenen KVG-Änderung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit (Artikel 58 KVG) ist die zusätzliche Festlegung von Qualitätszielen redundant. Das BAG hat dies nun auch festgestellt und im erläuternden Bericht festgehalten. Zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten sei es nicht nötig, zusätzliche Qualitätsziele festzulegen. Die Revision aber weiterhin unter dem Titel «Kosten- und Qualitätsziele» laufen zu lassen, ist folglich nicht mehr korrekt.

Es ist weiter nicht ersichtlich, wie der Austausch zwischen der neu zu schaffenden Eidgenössischen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (Artikel 54c E-KVG) und der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission sowie zwischen den zuständigen Stellen des BAG gewährleistet werden soll. Ebenfalls fehlen Ausführungen zur Sicherstellung, dass sich die Zielsetzungen auf die gleiche Legislatur beziehen und dass der Bundesrat die Kostenziele nach Artikel 54 E-KVG und die Qualitätsziele nach Artikel 58 KVG koordiniert. In Artikel 75c Absatz 3 VE-KVV wird lediglich festgehalten, dass der Bundesrat die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG koordiniert, mehr aber nicht. Unklar bleibt, welche Folgen die Nichterreichung von Kostenzielen nach sich zieht und wer welche Verantwortung mit den entsprechenden Kompetenzen bei der Kurskorrektur übernehmen soll. Ob eine Kurskorrektur beispielsweise im Rahmen zukünftiger Tarifverträge erfolgen soll und wie diese von der Genehmigungsbehörde zu prüfen wäre, ist ebenfalls nicht geklärt. Der Regierungsrat erwartet hierzu eine Konkretisierung in den Ausführungsbestimmungen.

Insgesamt ist mit den vorliegenden Anpassungen davon auszugehen, dass es zu Ineffizienzen und unnötiger Bürokratie ohne Kostendämpfung kommt.

3. Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen in Vierjahresrhythmus auf Ebene der einzelnen Kantone (Artikel 54a E-KVG)

Zu der Kann-Bestimmung, dass auch Kostenziele (Qualitätsziele fallen wie obenstehend erläutert weg) auf Ebene der einzelnen Kantone festgelegt werden können, werden keine Ausführungsbestimmungen vorgeschlagen. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Frist, die den Kantonen für die Festlegung allfälliger eigener Ziele eingeräumt wird, sehr kurz und unter Umständen weniger als zwölf Monate sein wird. Die Organisation der Grundlagenarbeiten, die Anhörung der betroffenen Kreise, die kantonalen Entscheidungsprozesse und die anschliessende Kommunikation der kantonalen Vierjahresziele wird kaum umsetzbar sein. Zudem fehlen auch hier jegliche Ausführungen, welche Daten in welcher Granularität, Periodizität und Modalität den Kanto-

nen zur Verfügung stehen, um für die auf ihrem Hoheitsgebiet zu erbringenden Leistungen eigene Kostenziele festlegen zu können. Die Abklärung der Datenbedürfnisse bei den Kantonen wurde unterlassen, Fragen nach den Folgen bei Nichterreichung von Kostenzielen sowie nach der Verantwortung für eine Kurskorrektur bleiben offen.

4. Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 75c ff. VE-KVV – Konkretisierung von Artikel 54c E-KVG)

Wie bereits erwähnt, muss die Rollenverteilung zwischen der seit 2021 bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) und der neu einzusetzenden Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der OKP (EKKQ) zwingend geklärt werden. In Artikel 75d VE-KVV ist festgehalten, dass die EKKQ die Einrichtung, Überwachung und Empfehlungsabgabe zuhanden des Bundes und der Tarifpartner zur Aufgabe hat. Unter Verwendung bereits bestehender Datenbanken soll sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben. Diesen Bestimmungen sowie auch den Erläuterungen dazu kann jedoch nichts Konkretes über die Aufgaben der EKKQ, über mögliche Massnahmen sowie über die Verantwortung des Vollzugs und der Kontrolle der Korrekturen entnommen werden. Ferner wird darauf hingewiesen, dass sie bei der Bestimmung der zu überwachenden Indikatoren auch berücksichtigen müsste, dass Kostenziele (und Qualitätsziele) teilweise auch unerwünschte Verlagerungen in Bereiche auslösen können, die der staatlichen Steuerung nicht unterstellt sind.

Der Regierungsrat befürchtet, dass die neu einzusetzende Kommission das heute bereits komplexe System noch komplexer und intransparenter macht. Aufgrund der Überschneidungen und zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten ist daher zu prüfen, ob die neuen Aufgaben von der bereits bestehenden Qualitätskommission übernommen werden sollte.

5. Abstimmung zwischen Kostenmonitoring und Artikel 47c KVG

Der neue Artikel 47c KVG (Kostendämpfung Paket 1b) verpflichtet die Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände, ab dem 1. Januar 2026 Massnahmen zur Überwachung und Steuerung der Mengen, Volumen und Kosten sowie – bei nicht erklärbaren Entwicklungen – entsprechende Korrekturmassnahmen im Rahmen der Tarifverträge vorzusehen. Aus der Botschaft des Bundesrates vom 21. August 2019 und den Sessionsprotokollen des Parlaments geht klar hervor, dass die von den Tarifpartnern vereinbarten Massnahmen in gesamtschweizerischen und kantonalen Verträgen dazu dienen, die Zielvorgaben des Bundes bzw. der Kantone zu erreichen.

Es ist somit notwendig, dass das Kostenmonitoring gemäss Artikel 47c KVG und die Vorgaben zu den Kostenzielen gemäss Artikel 54 ff. E-KVG aufeinander abgestimmt werden. Beide Instrumente richten sich an unterschiedliche Adressaten. Im erläuternden Bericht führt das BAG jedoch nicht aus, wie die Festlegung von Kostenzielen durch Bund und ggf. Kantone (Artikel 54 bis 54b E-KVG), das Kostenmonitoring durch die neu zu schaffende eidgenössische Kommission (Artikel 54c E-KVG) und die Massnahmen der Tarifpartner (Artikel 47c KVG) ineinandergreifen müssen, um eine wirksame Kostendämpfung zu ermöglichen. Im Rahmen der Vollzugsvorbereitungen hätte der Regierungsrat hierzu eine Prüfung des Bundes und entsprechende Ausführungen erwartet. Ferner wurde auch erwartet, dass in der Gesamtbetrachtung des Vollzugs auch Anknüpfungspunkte zu den zwei anderen Instrumenten dieser Vorlage «Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt» (Artikel 46a E-KVG)

und «Massnahmen der Tarifpartner zur Stärkung der WZW-Kriterien» (Artikel 46 Absatz 5 E-KVG) geprüft und erörtert werden.

6. Fazit

Wie bereits erwähnt, fehlt bei der KVG-Änderung die gesundheitspolitische Gesamtsteuerung. Die Vorlage wird zu grossem bürokratischem Aufwand führen, ohne zwingende Korrekturmassnahmen zu einer Überregulierung und wird keine kostendämpfende Wirkung herbeiführen. Auch in der nun vorgelegten Ausführungsverordnung fehlt die Gesamtsicht. Abhängigkeiten werden nicht thematisiert, Doppelspurigkeiten werden nicht analysiert und beseitigt und auch Umsetzungsfragen werden kaum geklärt. Der Regierungsrat hätte zumindest erwartet, dass mit den Ausführungsbestimmungen versucht wird, die Prozesse effizienter und unbürokratischer auszugestalten und die Informationsflüsse beim Einsatz der vorgesehenen Instrumente zu optimieren. Allerdings erweist sich auch diese Ausgestaltung als nicht vollzugstauglich.

Der Regierungsrat fordert daher, dass nach Berücksichtigung seiner Anliegen und der Konkretisierung der Vorlage diese den Kantonen und Leistungserbringern im Rahmen einer erneuten Vernehmlassung unterbreitet wird.

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass in der aktuellen Vernehmlassungsvorlage zum Vorentwurf des Bundesgesetzes über das Entlastungspaket 2027 im Kapitel «Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» der Bund bereits beabsichtigt, Artikel 54 E-KVG mit einem Absatz 2 zu ergänzen, so dass der Bundesrat die Kostenziele während der Vierjahresperiode anpassen könnte, falls sich die Grundlagen wesentlich verändern. Die Absicht, eine Bestimmung zu ändern, bevor sie überhaupt in Kraft ist, erachtet der Regierungsrat als fragwürdig.

Der Regierungsrat dankt für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates

Evi Allemann
Regierungspräsidentin

Christoph Auer
Staatsschreiber

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die Systematik der Bestimmungen zu den Tarifen und Preisen wird neu strukturiert und gemäss erläuterndem Bericht werden darin die neuen Artikel 46 Absatz 4bis und Artikel 46a E-KVG konkretisiert.</p> <p>Gegen eine klar strukturierte und definierte Formulierung ist nichts einzuwenden. Jedoch finden sich keine Ausführungsbestimmungen bzw. Konkretisierungen zu den beiden neuen KVG-Artikeln</p> <p>Gemäss Artikel 46 Absatz 4bis E-KVG soll die Genehmigungsbehörde einen Tarifvertrag innerhalb eines Jahres prüfen. Verzögerungen bei der Beurteilung von Tarifverträgen entstehen auch ausserhalb des Einflussbereichs der Kantone (z. B. mangelhafte oder verspätete Datenlieferung, Warten auf Empfehlungen der Preisüberwachung), so dass davon auszugehen ist, dass sie vermehrt von der gesetzlich gewährten Möglichkeit zur einmaligen Verlängerung der Frist Gebrauch machen werden müssen. Der Kanton Bern erachtet diese Frist nach wie vor als un-nötig und wirkungslos. In den Ausführungsbestimmungen wäre zumindest zu regeln, was die Folgen einer Überschreitung der gesetzlichen Frist wären. So ist unklar, ob ein Tarifvertrag dann auch ohne den Genehmigungsentscheid der Genehmigungsbehörde als de facto genehmigt gelten würde und wie lange dieser dann gültig wäre (beispielsweise, bis zur Feststellung gemäss Artikel 46a Absatz 1 E-KVG, dass der Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt).</p> <p>Zu Artikel 46a E-KVG sind ebenfalls keine Ausführungsbestimmungen vorgesehen, obwohl einige Elemente zwingend einer klareren Auslegung bedürften. So ist beispielsweise nicht bekannt, aufgrund welcher Merkmale Anforderungen nach Artikel 46 Absatz 4 KVG nicht mehr erfüllt sein sollen (KVG-Konformität, Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit). Offen ist auch die Frage, wer im Rahmen von Artikel 46a Absatz 3 E-KVG zu beurteilen hat, ob eine nationale Tarifstruktur sachgerecht ist oder differenzierte Tarife festzusetzen sind. Stellen die Kantone oder deren Direktorenkonferenz eine fehlende Sachgerechtigkeit fest und melden diese, so sind die für die nationalen Tarifstrukturen zuständigen Stellen zum Tätigwerden zu verpflichten.</p> <p>Auch ist es sehr fragwürdig, ob die Sachgerechtigkeit einer nationalen Tarifstruktur durch die Festlegung von differenzierten Tarifen wiederherzustellen ist. Hierzu sind zwingend die Intention des Gesetzgebers und der Vollzug in den Kantonen zu klären. Es ist Aufgabe der Tarifstruktur, eine sachgerechte Differenzierung der Vergütung nach Leistungskategorien oder nach Gruppen von Leistungserbringern herbeizuführen. Mit Korrekturen über die Tarifhöhe lassen sich allfällige Mängel der Tarifstruktur nicht nachhaltig beheben.</p>

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. Abschnitt Kostenziele
Begründung	<p>Zu der Kann-Bestimmung, dass auch Kostenziele (Qualitätsziele fallen wie obenstehend erläutert weg) auf Ebene der einzelnen Kantone festgelegt werden können, werden keine Ausführungsbestimmungen vorgeschlagen. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Frist, die den Kantonen für die Festlegung allfälliger eigener Ziele eingeräumt wird, sehr kurz und unter Umständen weniger als zwölf Monate sein wird. Die Organisation der Grundlagenarbeiten, die Anhörung der betroffenen Kreise, die kantonalen Entscheidungsprozesse und die anschliessende Kommunikation der kantonalen Vierjahresziele wird kaum umsetzbar sein. Zudem fehlen auch hier jegliche Ausführungen, welche Daten in welcher Granularität, Periodizität und Modalität den Kantonen zur Verfügung stehen, um für die auf ihrem Hoheitsgebiet zu erbringenden Leistungen eigene Kostenziele festlegen zu können. Die Abklärung der Datenbedürfnisse bei den Kantonen wurde unterlassen, Fragen nach den Folgen bei Nichterreichung von Kostenzielen sowie nach der Verantwortung für eine Kurskorrektur bleiben offen.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Auch wenn für die Prognose, auf deren Grundlage die Ziele festgelegt und die Anhörungen ge-startet werden können, die jeweils neuesten verfügbaren definitiven Daten herangezogen wer-den, ist damit zu rechnen, dass die Ziele auf bereits veralteten Daten basieren werden. Wie die</p> <p>vom Bundesrat und den Kantonen notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Be-darfs und folglich die für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele berechnet werden sollen, wird in Artikel 75a VE-KVV nicht ausgeführt. Dies soll erst in einem Umsetzungskonzept festge-legt werden. Auch die zu berücksichtigenden Faktoren (Absatz 2) sind nicht abschliessend auf-geführt. Der Bund schätzt das Effizienzpotential als beachtlich ein, jedoch ist aus Sicht des Re-gierungsrats dessen Berechnung kaum umsetzbar. Dieser Faktor ist deshalb zu streichen.</p> <p>Es ist weiter nicht ersichtlich, wie der Austausch zwischen der neu zu schaffenden Eidgenössi-schen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (Artikel 54c E-KVG) und der bestehen-den Eidgenössischen Qualitätskommission sowie zwischen den zuständigen Stellen des BAG gewährleistet werden soll. Ebenfalls fehlen Ausführungen zur Sicherstellung, dass sich die Ziel-setzungen auf die gleiche Legislatur beziehen und dass der Bundesrat die Kostenziele nach Ar-tikel 54 E-KVG und die Qualitätsziele nach Artikel 58 KVG koordiniert. In Artikel 75c Absatz 3 VE-KVV wird lediglich festgehalten, dass der Bundesrat die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG koordiniert, mehr aber nicht.</p> <p>Unklar bleibt, welche Folgen die Nichterrei-chung von Kostenzielen nach sich zieht und wer welche Verantwortung mit den entsprechenden Kompetenzen bei der Kurskorrektur übernehmen soll. Ob eine Kurskorrektur beispielsweise im Rahmen zukünftiger Tarifverträge erfolgen soll und wie diese von der Genehmigungsbehörde zu prüfen wäre, ist ebenfalls nicht geklärt. Der Regierungsrat erwartet hierzu eine Konkretisie-rung in den Ausführungsbestimmungen.</p> <p>Insgesamt ist mit den vorliegenden Anpassungen davon auszugehen, dass es zu Ineffizienzen und unnötiger Bürokratie ohne Kostendämpfung kommt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Die in Artikel 75b VE-KVV festgelegten Kostengruppen sind ebenfalls nicht abschliessend aufgeführt und es gibt keine Bestimmung über die Definition des Anhörungszeitraums. Auch fehlen jegliche Ausführungen, welche Daten in welcher Granularität, Periodizität und Modalität den Kantonen zur Verfügung stehen, um zu den Zielvorschlägen des Bundesrates Stellung zu nehmen. Eine fundierte Stellungnahme führt zwangsläufig zu zusätzlichen administrativen Aufwänden. Der Bundesrat hat es unterlassen, bei der Verordnungsrevision die Datenbedürfnisse der Kantone abzuklären. Die Ausführungsbestimmungen zu den festzulegenden Kostenzielen auf Bundesebene sind folglich ungenügend. Sie lassen nach wie vor viele Umsetzungsfragen offen.

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wie bereits erwähnt, muss die Rollenverteilung zwischen der seit 2021 bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) und der neu einzusetzenden Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der OKP (EKKQ) zwingend geklärt werden. In Artikel 75d VE-KVV ist festgehalten, dass die EKKQ die Einrichtung, Überwachung und Empfehlungsabgabe zuhanden des Bundes und der Tarifpartner zur Aufgabe hat. Unter Verwendung bereits bestehender Datenbanken soll sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben. Diesen Bestimmungen sowie auch den Erläuterungen dazu kann jedoch nichts Konkretes über die Aufgaben der EKKQ, über mögliche Massnahmen sowie über die Verantwortung des Vollzugs und der Kontrolle der Korrekturen entnommen werden. Ferner wird darauf hingewiesen, dass sie bei der Bestimmung der zu überwachenden Indikatoren auch berücksichtigen müsste, dass Kostenziele (und Qualitätsziele) teilweise auch unerwünschte Verlagerungen in Bereiche auslösen können, die der staatlichen Steuerung nicht unterstellt sind. Der Regierungsrat befürchtet, dass die neu einzusetzende Kommission das heute bereits komplexe System noch komplexer und intransparenter macht. Aufgrund der Überschneidungen und zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten ist daher zu prüfen, ob die neuen Aufgaben von der bereits bestehenden Qualitätskommission übernommen werden sollte.

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Der neue Artikel 47c KVG (Kostendämpfung Paket Ib) verpflichtet die Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände, ab dem 1. Januar 2026 Massnahmen zur Überwachung und Steuerung der Mengen, Volumen und Kosten sowie — bei nicht erklärbaren Entwicklungen — entsprechende Korrekturmassnahmen im Rahmen der Tarifverträge vorzusehen. Aus der Bot-schaft des Bundesrates vom 21. August 2019 und den Sessionsprotokollen des Parlaments geht klar hervor, dass die von den Tarifpartnern vereinbarten Massnahmen in gesamtschweize-rischen und kantonalen Verträgen dazu dienen, die Zielvorgaben des Bundes bzw. der Kantone zu erreichen.</p> <p>Es ist somit notwendig, dass das Kostenmonitoring gemäss Artikel 47c KVG und die Vorgaben zu den Kostenzielen gemäss Artikel 54 if. E-KVG aufeinander abgestimmt werden. Beide Instru-mente richten sich an unterschiedliche Adressaten. Im erläuternden Bericht führt das BAG je-doch nicht aus, wie die Festlegung von Kostenzielen durch Bund und ggf. Kantone (Artikel 54 bis 54b E-KVG), das Kostenmonitoring durch die neu zu schaffende eidgenössische Kommis-sion (Artikel 54c E-KVG) und die Massnahmen der Tarifpartner (Artikel 47c KVG) ineinander-greifen müssen, um eine wirksame Kostendämpfung zu ermöglichen. Im Rahmen der Vollzugs-vorbereitungen hätte der Regierungsrat hierzu eine Prüfung des Bundes und entsprechende Ausführungen erwartet. Ferner wurde auch erwartet, dass in der Gesamtbetrachtung des Voll-zugs auch Anknüpfungspunkte zu den zwei anderen Instrumenten dieser Vorlage «Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt» (Artikel 46a E-KVG) und «Massnahmen der Tarifpartner zur Stärkung der WZW-Kriterien» (Artikel 46 Absatz 5 E-KVG) geprüft und erörtert werden.</p>

Staatskanzlei des Kantons Glarus

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Verzicht auf Stellungnahme
Begründung:	--

Anhang: Vernehmlassungsantwort.pdf

Glarus, 29. April 2025
Unsere Ref: 2025-180 / SKGEKO.4818

**Vernehmlassung i. S. Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung
(Kosten- und Qualitätsziele)**

Hochgeachtete Frau Bundesrätin
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:

Der Regierungsrat des Kantons Glarus hat sich bereits in seiner Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» vom 3. November 2020 dezidiert gegen die Einführung von Kostenzielen ausgesprochen. Neben einer grundsätzlichen Kritik an zusätzlichen Regulierungen und der Zurückdrängung wettbewerblicher Elemente im KVG, haben wir dabei insbesondere bezweifelt, dass sich solche Ziele für den Bund und die Kantone seriös herleiten lassen und ohne unverhältnismässigen administrativen Aufwand umsetzbar sind.

Die vom Bundesparlament am 29. September 2023 verabschiedete Vorlage wurde gegenüber der Vernehmlassungsvariante deutlich entschärft. Sie hält an der Definition von Kostenzielen fest, verzichtet dafür aber gänzlich auf die Definition von Massnahmen, die bei einer Überschreitung der Kostenziele zu ergreifen sind (vgl. dazu Art. 54d des Vorentwurfs der Änderung des KVG). Auch der vorliegende Entwurf zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung sieht keine konkreten Massnahmen vor, die der Bund (oder die Kantone) bei einer Überschreitung der Kostenziele ergreifen können. Die neu geschaffene Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird diesbezüglich lediglich Empfehlungen abgeben können, die nach unserer Einschätzung ohne Zustimmung der Tarifpartner oder gesetzliche Anpassungen kaum umsetzbar sein dürften. Letztlich wird die Einführung der Kosten- und Qualitätsziele damit zusätzlichen bürokratischen Aufwand ohne konkreten Nutzen generieren.

Aus diesen Gründen wird der Kanton Glarus auch keine kantonalen Kostenziele einführen. Entsprechend verzichten wir auch auf eine detaillierte Stellungnahme zur vorliegenden Vernehmlassung.

Wir weisen jedoch auch nochmals ausdrücklich darauf hin, dass wir die vom Bund im Rahmen des Entlastungspakets 2027 geplante Koppelung des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung an die Kostenziele dezidiert ablehnen, da es dem Bund und den Kantonen wie aufgezeigt an griffigen Massnahmen zur Sicherstellung der Einhaltung der Kostenziele fehlt.

Genehmigen Sie, hochgeachtete Frau Bundesrätin, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

Für den Regierungsrat



Kaspar Becker
Landammann

Arpad Baranyi
Ratsschreiber

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

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

Staatskanzlei des Kantons Graubünden

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Obschon der Kanton Graubünden die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) grundsätzlich begrüsst, erlauben wir uns zu folgenden Punkten innert Frist Stellung zu nehmen:

Anhang: RB 325-2025.pdf



Sitzung vom

29. April 2025

Mitgeteilt den

29. April 2025

Protokoll Nr.

325/2025

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Generalsekretariat GS-EDI
Inselgasse 1
3003 Bern

per E-Mail (Word- und PDF-Dokument) an: tarife-grundlagen@bag.admin.ch; ge-ver@bag.admin.ch

Vernehmlassung EDI - Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele)
Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit E-Mail vom 29. Januar 2025 hat uns das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in rubrizierter Angelegenheit Unterlagen zugestellt und uns die Möglichkeit gegeben, bis am 6. Mai 2025 zu der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellung zu nehmen. Dafür bedanken wir uns bestens.

Obschon der Kanton Graubünden die Änderung der Verordnung über die Krankenversicherer (KVV) grundsätzlich begrüsst, erlauben wir uns zu folgenden Punkten innert Frist Stellung zu nehmen:

Nach Artikel 54 ff. nKVG legt der Bundesrat nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest. Diese neue Bestimmung des KVG wird in Artikel 75a nKVV präzisiert, wobei die vorgesehene Anhörung nicht weiter geregelt wurde. Wir regen an, den Anhörungsprozess zu regeln.

In Artikel 75b nKVV werden jene Kostengruppen aufgezählt, für die ab Einführung dieser Änderungen Kostenziele zu erlassen sind, wobei die Aufzählung nicht abschliessend ist. Unter anderem wird unter lit. e dieses Artikels die Pflege im Pflegeheim oder zu Hause genannt. Die Restfinanzierung der Pflegeleistungen erfolgt durch die Kantone. Ein nationales Kostenziel wird ohne unverhältnismässigen Aufwand kaum den unterschiedlichen Lösungen der Restfinanzierung der Pflege in den einzelnen Kantonen gerecht werden können. Solange dies so ist, empfehlen wir diese Bestimmung zu streichen oder zumindest den Kantonen die Definition der Kostenziele zu überlassen.

Die neuen Artikel 75c bis 75f KVV dienen dazu, eine Eidgenössische Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der OKP (EKKQ) zu schaffen. Im Erläuternden Bericht wird zu Artikel 75c Abs. 2 nKVV unter anderem ausgeführt, dass sämtliche Akteure des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele Gelegenheit haben werden, dazu Stellung zu nehmen. Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird aber in den Verordnungsbestimmungen zur EKKQ nicht geregelt. Die Vernehmlassung sollte sinnvollerweise vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchgeführt werden. Allenfalls kann sich auch eine erste Vernehmlassung nach Vorliegen der Empfehlungen der EKKQ aufdrängen und erst anschliessend eine zweite Vernehmlassung zu den vom Bundesrat vorgesehenen Kosten- und Qualitätszielen. Wir beantragen den Artikel 75c nKVV dahingehend zu ergänzen.

Im Übrigen schliesst sich der Kanton Graubünden vollumfänglich der Stellungnahme

der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom
17. April 2025 an.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen.



Namens der Regierung

Der Präsident:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Caduff".

Marcus Caduff

Der Kanzleidirektor:

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

Daniel Spadin

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Nach Artikel 54 ff. nKVG legt der Bundesrat nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest. Diese neue Bestimmung des KVG wird in Artikel 75a nKVV präzisiert, wobei die vorgesehene Anhörung nicht weiter geregelt wurde. Wir regen an, den Anhörungsprozess zu regeln.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>In Artikel 75b nKVV werden jene Kostengruppen aufgezählt, für die ab Einführung dieser Änderungen Kostenziele zu erlassen sind, wobei die Aufzählung nicht abschliessend ist. Unter anderem wird unter lit. e dieses Artikels die Pflege im Pflegeheim oder zu Hause genannt. Die Restfinanzierung der Pflegeleistungen erfolgt durch die Kantone. Ein nationales Kostenziel wird ohne unverhältnismässigen Aufwand kaum den unterschiedlichen Lösungen der Restfinanzierung der Pflege in den einzelnen Kantonen gerecht werden können. Solange dies so ist, empfehlen wir diese Bestimmung zu streichen oder zumindest den Kantonen die Definition der Kostenziele zu überlassen.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Die neuen Artikel 75c bis 75f KVV dienen dazu, eine Eidgenössische Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der OKP (EKKQ) zu schaffen. Im Erläuternden Bericht wird zu Artikel 75c Abs. 2 nKVV unter anderem ausgeführt, dass sämtliche Akteure des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele Gelegenheit haben werden, dazu Stellung zu nehmen. Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird aber in den Verordnungsbestimmungen zur EKKQ nicht geregelt. Die Vernehmlassung sollte sinnvollerweise vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchgeführt werden. Allenfalls kann sich auch eine erste Vernehmlassung nach Vorliegen der Empfehlungen der EKKQ aufdrängen und erst anschliessend eine zweite Vernehmlassung zu den vom Bundesrat vorgesehenen Kosten- und Qualitätszielen. Wir beantragen den Artikel 75c nKVV dahingehend zu ergänzen.</p>

Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Der Kanton Basel-Stadt unterstützt die Stossrichtung der Änderung der Verordnung grundsätzlich und schliesst sich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an. Im Einzelnen nehmen wir zur Vorlage wie folgt Stellung.</p> <p>Der Kanton Basel-Stadt ist der Ansicht, dass der Vorentwurf der Ausführungsbestimmungen geeignet ist, die entsprechenden KVG-Änderungen zu konkretisieren. Angesichts der oben erwähnten Schwierigkeiten und der daraus resultierenden Umsetzungsfragen auf kantonomer Ebene würde es der Kanton Basel-Stadt begrüßen, wenn diese Themen nochmals überprüft und die beantragten Anpassungen vorgenommen würden.</p>

Anhang: BRF an EDI.pdf



Rathaus, Marktplatz 9
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 85 62
E-Mail: staatskanzlei@bs.ch
www.regierungsrat.bs.ch

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

Basel, 29. April 2025

Regierungsratsbeschluss vom 29. April 2025

Eidgenössisches Departement des Innern EDI; Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele); Vernehmlassung; Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) wurden dem Kanton Basel-Stadt im Auftrag des Bundesrates die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) (Kosten- und Qualitätsziele) zugestellt. Der Kanton Basel-Stadt bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Der Kanton Basel-Stadt unterstützt die Stossrichtung der Änderung der Verordnung grundsätzlich und schliesst sich der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) an. Im Einzelnen nehmen wir zur Vorlage wie folgt Stellung.

1. Daten der Versicherer – Art. 28 VE-KVV

Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, die von den Kantonen zur Festlegung von Qualitäts- und Kostenziele genutzt werden können. Dies ist aus Sicht des Kantons Basel-Stadt problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben. Denn die derzeit vorhandenen Daten sind sehr rudimentär und limitiert. Im entsprechenden neuen Art. 21 Abs. 4 KVG ist erwähnt, dass das BAG die erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Auf Verordnungsebene kommt dies aktuell weniger zum Ausdruck. Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist es notwendig, dass die Kantone zu denselben Daten wie der Bund – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene – Zugang haben, damit diese zu den Zielvorgaben im Rahmen der Anhörung Stellung nehmen und eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen zu können. Aus diesem Grund beantragt der Kanton Basel-Stadt, dass zumindest in den Erläuterungen eine entsprechende Ergänzung aufgenommen wird.

2. Grundsätze für Tarifverträge – Art. 59c VE-KVV

Bis anhin sehen die Grundsätze für Tarifverträge zwar vor, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf, und die Verhandlungspraxis sowie die Rechtsprechung haben viele Auslegungsfragen in dieser Hinsicht geklärt. Es hat sich jedoch insbesondere in den letzten Jahren wiederholt gezeigt, dass die Regeln betreffend den Einbezug der Teuerung in den Tarif unbefriedigend sind. Denn diese kann aufgrund der Datenlage nur retrospektiv berücksichtigt werden, so dass der Tarif die Kosten im Falle eines aktuellen Teuerungsschubes nicht angemessen deckt. Dies war einer der Hauptgründe für die hohen Verluste, die viele Spitäler im Nachgang zur Covid-19-Pandemie verzeichnen mussten. Um dies in der Zukunft zu vermeiden ist es angezeigt, die Tarifgrundsätze dahingehend zu präzisieren, dass sie die transparent ausgewiesenen Kosten zuzüglich der erwarteten Teuerung im Anwendungsjahr decken müssen. Wir schlagen daher folgende Formulierung eines neuen Art. 59c Abs. 1 lit. d vor:

Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge

¹ *Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:*

[...]

d. Die prospektive Teuerung wird im Tarif angemessen berücksichtigt.

3. Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat – Art. 59c^{ter} VE-KVV

Mit dem Art. 59c^{ter} VE-KVV soll auf Verordnungsstufe präzisiert werden, unter welchen Voraussetzungen ein Gesuch um Tarifgenehmigung das Erfordernis der Vollständigkeit erfüllt. Der Kanton Basel-Stadt ist der Meinung, dass in dieser Ausführungsbestimmung zwingend neben dem Bundesrat auch die zuständige Kantonsregierung als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden muss. Ansonsten könnten sich die Tarifpartner auf den Standpunkt stellen, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.

Der Kanton Basel-Stadt beantragt deshalb, die Bestimmung wie folgt abzuändern:

Art. 59c^{ter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge ~~an den Bundesrat~~

¹ *Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG die Kantonsregierung, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:*

a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;

b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach 59c KVV bzw. 59c^{bis} KVV entspricht;

[...]

Diesem neuen Wortlaut entsprechend müssten auch die Erläuterungen dazu angepasst werden.

4. Gesamtziele – Art. 75a VE-KVV

Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. So fehlt insbesondere eine konkrete Rechtsgrundlage, auf welche sich die Kantone stützen könnten, um beispielsweise Gegenmassnahmen resp. Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele nicht erreicht werden. Fraglich bleibt auch, welche Art von Kostenzielen möglich sind und inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen. Auch müssten die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten anzupassen. Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes und jener der Kantone zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen wissen, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten.

Gemäss Art. 54b nKVG legt der Bundesrat die Kosten- und Qualitätsziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, fest. Folglich hätten die Kantone zur Festlegung eigener Ziele unter Umständen weniger als zwölf Monate Zeit, sofern diese für dieselbe Vierjahresperiode gelten sollten. Dies stellt für die Organisation der Grundlagenarbeiten, der Anhörung der betroffenen Kreise, die kantonalen Entscheidungsprozesse und die anschliessende Kommunikation der kantonalen Vierjahresziele eine grosse Herausforderung dar. Der Kanton Basel-Stadt schätzt diese Fristen deswegen als unrealistisch ein. Der Bundesrat hält in den Erläuterungen explizit fest, dass den Kantonen ein grosser Freiraum bei der Festlegung eigener Ziele belassen werden soll, weshalb auf eine Präzisierung von Vorgaben in der Verordnung verzichtet wurde. Dieser Freiraum müsste jedoch auch die Möglichkeit beinhalten, die Kosten- resp. Qualitätsziele zeitlich gestaffelt hinsichtlich der Bundesratsziele festzulegen. Der Gesetzestext ist in diesem Punkt aber nicht eindeutig und es wäre hilfreich, wenn dies zumindest in den Erläuterungen zum Verordnungstext explizit festgehalten würde. Daneben sollte den Kantonen auch die Option offen stehen, nur Kosten- oder Qualitätsziele festzulegen. Auch hier besteht eine gewisse Unsicherheit aufgrund des Gesetzestextes der jeweils von «Kosten- und Qualitätszielen» spricht, weshalb eine entsprechende Präzisierung begrüsst würde.

Wichtig ist die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen. Namentlich darf die Festlegung von Kostenzielen in Bereichen, in denen heute schon nicht kostendeckende Tarife bestehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Bezüglich der Qualitätsziele wird begrüsst, dass mit einer Koordinationsregelung auf Art. 58 KVG verwiesen wird und sich die Ausführungsbestimmung lediglich auf die Kostenziele beziehen. Denn der Kanton Basel-Stadt teilt die Haltung des Bundesrats, dass es nicht notwendig ist, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben.

Schliesslich sollen die Kantone in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Der Kanton Basel-Stadt beantragt deshalb die folgende Ergänzung:

Art. 75a Gesamtziele

[...]

³ *Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.*

5. Ziele für die Kostengruppen – Art. 75b VE-KVV

Es ist aus Sicht des Kantons Basel-Stadt nicht klar ersichtlich, wieso der Art. 75b VE-KVV nur fünf Kostengruppen nennt. Gewisse Kostengruppen, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben, sind nicht in der Bestimmung enthalten. Der Kanton Basel-Stadt ist der Meinung, dass es möglich sein sollte, für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren. Falls jedoch der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, wäre es zu begrüssen, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit erhalten, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

6. Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ)

Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist es zweckmässig, dass sich die EKKQ möglichst auf bestehende Datensammlungen von BAG, Bundesamt für Statistik (BFS) und EQK abstützt, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. Ausserdem wird eine Vertretung der EQK in der EKKQ sowie die explizite Koordination zwischen den beiden Kommissionen gemäss Art. 75f VE-KVV begrüsst.

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

Der Kanton Basel-Stadt ist der Ansicht, dass der Vorentwurf der Ausführungsbestimmungen geeignet ist, die entsprechenden KVG-Änderungen zu konkretisieren. Angesichts der oben erwähnten Schwierigkeiten und der daraus resultierenden Umsetzungsfragen auf kantonaler Ebene würde es der Kanton Basel-Stadt begrüssen, wenn diese Themen nochmals überprüft und die beantragten Anpassungen vorgenommen würden.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen steht Ihnen gerne Frau Anna Eichenberger (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Bereich Gesundheitsversorgung; anna.eichenberger@bs.ch, Tel. 061 205 32 40) zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Conradin Cramer
Regierungspräsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, die von den Kantonen zur Festlegung von Qualitäts- und Kostenziele genutzt werden können. Dies ist aus Sicht des Kantons Basel-Stadt problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben. Denn die derzeit vorhandenen Daten sind sehr rudimentär und limitiert. Im entsprechenden neuen Art. 21 Abs. 4 KVG ist erwähnt, dass das BAG die erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Auf Verordnungsebene kommt dies aktuell weniger zum Ausdruck. Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist es notwendig, dass die Kantone zu denselben Daten wie der Bund – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene – Zugang haben, damit diese zu den Zielvorgaben im Rahmen der Anhörung Stellung nehmen und eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen zu können. Aus diesem Grund beantragt der Kanton Basel-Stadt, dass zumindest in den Erläuterungen eine entsprechende Ergänzung aufgenommen wird.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Bis anhin sehen die Grundsätze für Tarifverträge zwar vor, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken darf, und die Verhandlungspraxis sowie die Rechtsprechung haben viele Auslegungsfragen in dieser Hinsicht geklärt. Es hat sich jedoch insbesondere in den letzten Jahren wiederholt gezeigt, dass die Regeln betreffend den Einbezug der Teuerung in den Tarif unbefriedigend sind. Denn diese kann aufgrund der Datenlage nur retrospektiv berücksichtigt werden, so dass der Tarif die Kosten im Falle eines aktuellen Teuerungsschubes nicht angemessen deckt. Dies war einer der Hauptgründe für die hohen Verluste, die viele Spitäler im Nachgang zur Covid-19-Pandemie verzeichnen mussten. Um dies in der Zukunft zu vermeiden ist es angezeigt, die Tarifgrundsätze dahingehend zu präzisieren, dass sie die transparent ausgewiesenen Kosten zuzüglich der erwarteten Teuerung im Anwendungsjahr decken müssen. Wir schlagen daher folgende Formulierung eines neuen Art. 59c Abs. 1 lit. d vor:</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>Mit dem Art. 59cter VE-KVV soll auf Verordnungsstufe präzisiert werden, unter welchen Vorausset-zungen ein Gesuch um Tarifgenehmigung das Erfordernis der Vollständigkeit erfüllt. Der Kanton Basel-Stadt ist der Meinung, dass in dieser Ausführungsbestimmung zwingend neben dem Bundesrat auch die zuständige Kantonsregierung als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden muss. Ansonsten könnten sich die Tarifpartner auf den Standpunkt stellen, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. So fehlt insbesondere eine konkrete Rechtsgrundlage, auf welche sich die Kantone stützen könnten, um beispielsweise Gegenmassnahmen resp. Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele nicht erreicht werden. Fraglich bleibt auch, welche Art von Kosten-zielen möglich sind und inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen. Auch müssten die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten anzupassen. Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes und jener der Kantone zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen wissen, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten.</p> <p>Gemäss Art. 54b nKVG legt der Bundesrat die Kosten- und Qualitätsziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, fest. Folglich hätten die Kantone zur Festlegung eigener Ziele unter Umständen weniger als zwölf Monate Zeit, sofern diese für dieselbe Vierjahresperiode gelten sollten. Dies stellt für die Organisation der Grundlagenarbeiten, der Anhörung der betroffenen Kreise, die kantonalen Entscheidungsprozesse und die anschliessende Kommunikation der kantonalen Vierjahresziele eine grosse Herausforderung dar. Der Kanton Basel-Stadt schätzt diese Fristen deswegen als unrealistisch ein. Der Bundesrat hält in den Erläuterungen explizit fest, dass den Kantonen ein grosser Freiraum bei der Festlegung eigener Ziele belassen werden soll, weshalb auf eine Präzisierung von Vorgaben in der Verordnung verzichtet wurde. Dieser Freiraum müsste jedoch auch die Möglichkeit beinhalten, die Kosten- resp. Qualitätsziele zeitlich gestaffelt hinsichtlich der Bundesratsziele festzulegen. Der Gesetzestext ist in diesem Punkt aber nicht eindeutig und es wäre hilfreich, wenn dies zumindest in den Erläuterungen zum Verordnungstext explizit festgehalten würde. Daneben sollte den Kantonen auch die Option offen stehen, nur Kosten- oder Qualitätsziele festzulegen. Auch hier besteht eine gewisse Unsicherheit aufgrund des Gesetzes-textes der jeweils von «Kosten- und Qualitätszielen» spricht, weshalb eine entsprechende Präzisierung begrüsst würde.</p> <p>Wichtig ist die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen. Namentlich darf die Festlegung von Kostenzielen in Bereichen, in denen heute schon nicht kostendeckende Tarife bestehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.</p> <p>Bezüglich der Qualitätsziele wird begrüsst, dass mit einer Koordinationsregelung auf Art. 58 KVG verwiesen wird und sich die Ausführungsbestimmung lediglich auf die Kostenziele beziehen. Denn der Kanton Basel-Stadt teilt die Haltung des Bundesrats, dass es nicht notwendig ist, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben.</p> <p>Schliesslich sollen die Kantone in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Der Kanton Basel-Stadt beantragt deshalb die folgende Ergänzung:</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Es ist aus Sicht des Kantons Basel-Stadt nicht klar ersichtlich, wieso der Art. 75b VE-KVV nur fünf Kostengruppen nennt. Gewisse Kostengruppen, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben, sind nicht in der Bestimmung enthalten. Der Kanton Basel-Stadt ist der Meinung, dass es möglich sein sollte, für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren. Falls jedoch der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, wäre es zu begrüssen, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit erhalten, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinaus-zugehen.

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Aus Sicht des Kantons Basel-Stadt ist es zweckmässig, dass sich die EKKQ möglichst auf beste-hende Datensammlungen von BAG, Bundesamt für Statistik (BFS) und EQK abstützt, um Doppel-spurigkeiten zu vermeiden. Ausserdem wird eine Vertretung der EQK in der EKKQ sowie die expli-zite Koordination zwischen den beiden Kommissionen gemäss Art. 75f VE-KVV begrüsst.

Staatskanzlei des Kantons St. Gallen

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Wir unterstützen die Stellungnahme sowie die Hinweise und Anträge der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 17. April 2025. Insbesondere sollten den Kantonen im Sinn des neuen Art. 21 Abs 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) die vom Bundesamt für Gesundheit erhobenen Daten rasch und in einer hohen Qualität, Granularität und Repräsentativität zur Verfügung gestellt werden, um bei Bedarf die Festlegung von kantonalen Kostenzielen zu ermöglichen. Dies sollte auch in den zur Datenweitergabe vorgeschlagenen Bestimmungen zum Ausdruck kommen. Zudem sollten die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Schaffung oder Bereitstellung von neuen Datensammlungen beim Bund zu beantragen.</p> <p>Die Verknüpfung der Kostenziele mit dem IPV-Bundesbeitrag lehnen wir entschieden ab. Es ist nicht nachvollziehbar und stossend, dass die Kantone mit dem indirekten Gegen-vorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative verpflichtet werden, künftig deutlich mehr Mittel für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) zur Verfügung zu stellen, während der Bund im Gegenzug im Rahmen des Entlastungspakets 2027 vorsieht, den IPV-Bundesbeitrag zu senken, indem er diesen an die Kostenziele knüpft. Der Bund würde damit den Anreiz erhalten, ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die IPV tief zu halten.</p>

Anhang: RRB_2025_342_8.11_Beilage 1_Schreiben KVV-Kosten-Qualitätsziele__sig.pdf



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 89 42
info.sk@sg.ch

St.Gallen, 5. Mai 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele); Vernehmlassungsantwort

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 laden Sie uns zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102; abgekürzt KVV) ein. Wir danken für diese Gelegenheit und nehmen gerne wie folgt Stellung:

Wir unterstützen die Stellungnahme sowie die Hinweise und Anträge der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 17. April 2025. Insbesondere sollten den Kantonen im Sinn des neuen Art. 21 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10; abgekürzt KVG) die vom Bundesamt für Gesundheit erhobenen Daten rasch und in einer hohen Qualität, Granularität und Repräsentativität zur Verfügung gestellt werden, um bei Bedarf die Festlegung von kantonalen Kostenzielen zu ermöglichen. Dies sollte auch in den zur Datenweitergabe vorgeschlagenen Bestimmungen zum Ausdruck kommen. Zudem sollten die Kantone die Möglichkeit erhalten, die Schaffung oder Bereitstellung von neuen Datensammlungen beim Bund zu beantragen.

Die Kostenziele des Bundes und der Kantone sollten aufeinander abgestimmt werden. Dazu sollte auch geregelt werden, wie die Anhörungen zur Festlegung der nationalen und kantonalen Kostenziele aufeinander abgestimmt werden. Dass die Festlegung der Kostenziele durch den Bund in Art. 75b KVV auf fünf Kostengruppen beschränkt wird, ist nicht nachvollziehbar. Es sollte explizit möglich sein, für weitere Kostengruppen bzw. für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren. Auch fehlt eine Rechtsgrundlage für Massnahmen bzw. Sanktionen bei einer unbegründeten und andauernden Nichteinhaltung von Kostenzielen.

Die Verknüpfung der Kostenziele mit dem IPV-Bundesbeitrag lehnen wir entschieden ab. Es ist nicht nachvollziehbar und stossend, dass die Kantone mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative verpflichtet werden, künftig deutlich mehr Mittel für die individuelle Prämienverbilligung (IPV) zur Verfügung zu stellen, während der Bund im Gegenzug im Rahmen des Entlastungspakets 2027 vorsieht, den IPV-Bundesbeitrag zu senken, indem er diesen an die Kostenziele knüpft. Der Bund würde damit den

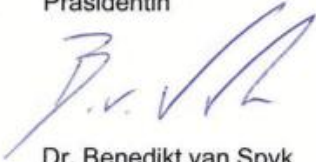
Anreiz erhalten, ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die IPV tief zu halten.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Im Namen der Regierung



Susanne Hartmann
Präsidentin



Dr. Benedikt van Spyk
Staatssekretär

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

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Die Kostenziele des Bundes und der Kantone sollten aufeinander abgestimmt werden. Dazu sollte auch geregelt werden, wie die Anhörungen zur Festlegung der nationalen und kantonalen Kostenziele aufeinander abgestimmt werden.</p> <p>Auch fehlt eine Rechtsgrundlage für Massnahmen bzw. Sanktionen bei einer unbegründeten und andauernden Nichteinhaltung von Kostenzielen.</p>
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Dass die Festlegung der Kostenziele durch den Bund in Art. 75b KVV auf fünf Kosten-gruppen beschränkt wird, ist nicht nachvollziehbar.</p>

Chancellerie d'Etat du Canton de Fribourg

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Le Conseil d'Etat salue l'orientation générale de l'avant-projet (AP) de modification de l'OAMal. Cependant il est important de mettre en exergue une série de points qui paraissent problématiques.

Anhang: fr_DCES-LACE_OFSP_Consultation OAMal _Objectifs coûts et qua.pdf



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE
Staatsrat SR

Route des Arsenaux 41, 1700 Fribourg

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

Conseil d'Etat
Route des Arsenaux 41, 1700 Fribourg

PAR COURRIEL

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique
Inselgasse 1
3003 Berne

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

Fribourg, le 15 avril 2025

2025-551

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité) : Procédure de consultation

Madame, Monsieur,

Nous nous référons au courrier du 29 janvier 2025 de Madame la Conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider mettant en consultation la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Le Conseil d'Etat vous remercie pour l'élaboration du texte et sa mise en consultation auprès des cantons.

La mise en œuvre de la modification de la LAMal (contre-projet indirect à l'initiative « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé », adoptée le 29 septembre 2023 par le Parlement, nécessite une adaptation de l'OAMal. Les nouvelles dispositions de l'OAMal entendent créer le cadre juridique permettant au Conseil fédéral et aux cantons de fixer des objectifs en matière de coûts afin de contrôler la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) sans pour autant compromettre la qualité des soins.

Le Conseil d'Etat salue l'orientation générale de l'avant-projet (AP) de modification de l'OAMal. Cependant il est important de mettre en exergue une série de points qui paraissent problématiques.

> Transmission des données (art. 28 AP-OAMal)

Le Conseil d'Etat constate que si le nouvel article 21, al. 4 LAMal précise que l'OFSP met les données récoltées aussi à disposition des cantons, l'article 28 al. 1 AP – OAMal ne parle que de la mise à disposition des données à l'OFSP. Or, il est crucial que les cantons puissent eux aussi se baser sur des données pertinentes de qualité pour déterminer leurs objectifs en matière de coûts et de qualité. Ainsi, nous demandons que la mise à disposition des données aux cantons soit également réglée explicitement dans l'AP-OAMal et que les cantons aient accès aux mêmes données que la Confédération.

> Tarifs et prix (art. 59c ss AP-OAMal)

L'art. 59c^{ter} règle le contenu de la demande d'approbation pour les conventions tarifaires soumises au Conseil fédéral. Le Conseil d'Etat est d'avis que cet article devrait préciser que lorsque le canton est compétent pour l'approbation des conventions, les mêmes documents doivent lui être transmis par les partenaires tarifaires. Cela assurerait une qualité et une pratique uniforme au niveau des approbations tarifaires entre la Confédération et les cantons d'une part, mais également dans tous les cantons et pour tous les partenaires tarifaires d'autre part. De plus cela éviterait à l'avenir aux cantons de devoir rechercher des informations pertinentes qui parfois tardent à suivre.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat estime que la pertinence de l'art. 59c^{ter}, al. 2, AP-OAMal, qui prévoit que, pour les forfaits liés aux prestations, l'estimation doit comprendre des domaines situés en amont et en aval de l'hospitalisation, ne ressort pas du rapport explicatif. De plus, sa mise en pratique paraît compliquée, notamment parce que l'article manque de précision : est-ce qu'il s'agit par exemple de déterminer l'effet sur les consultations ambulatoires avant et après une prestation spécifique selon SwissDRG après une modification du Cost-weight qui pourrait avoir comme conséquence un changement de pratique ou un report vers d'autres traitements d'une même maladie (donc une analyse de l'impact des coûts au niveau d'un traitement spécifique) ou de l'impact d'une modification du baserate en général qui pourrait inciter les établissements à garder plus ou moins longtemps les patients et par conséquent prolonger ou raccourcir les séjours en réadaptation ou EMS ou les deux ?

Si ce point doit être maintenu, une précision nous paraît indispensable afin d'éviter des malentendus et la production d'explications inutilisables dans le cadre des procédures d'approbation.

Enfin, la formulation relativement ouverte à l'art. 59d, al. 1, AP-OAMal, selon laquelle le respect des dispositions des art. 59c et 59c^{bis} doit être régulièrement vérifié, laisse une grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires. L'introduction d'une périodicité assurerait un suivi plus rapproché. L'article pourrait ainsi par exemple prévoir une révision du tarif tous les 5 ans au plus tard ou plus tôt dès lors que celui-ci ne correspond plus à la situation actuelle.

Objectifs en matière de coûts (chapitre 3a., section 1)

Le Conseil d'Etat est d'avis que les dispositions du projet d'ordonnance relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Ainsi, il manque une base légale concrète, sur laquelle les cantons pourraient notamment se fonder pour décider, le cas échéant, des contre-mesures ou des sanctions si les objectifs en matière de coûts ne devaient pas être atteints – de manière systématique, injustifiée et sur une longue période.

Par ailleurs, les dispositions de l'art. 75a, al. 1, AP-OAMal ne précisent pas si les objectifs doivent être fixés de manière absolue ou relative, ni s'ils doivent être comparables d'un groupe de coûts à l'autre. Dès lors il se pose la question de savoir dans quelle mesure la base légale, formulée de manière relativement ouverte, permet de définir des objectifs adéquats et mesurables.

Quand bien même les critères définis à l'art. 75a, al. 2, AP-OAMal semblent pertinents, il pourrait être difficile, dans le cadre de l'exécution, de récolter des données solides pour ces critères. Aussi, la mise en œuvre de projets tels que SpiGes, qui vise à simplifier la collecte et l'utilisation des données dans les soins (hospitaliers stationnaires), paraît souhaitable.

Il est important que les objectifs en matière de coûts fixés par la Confédération (selon l'art. 54 nLAMal) et par les cantons (selon l'art. 54a nLAMal) soient étroitement coordonnés et il doit être clair quels objectifs prévalent. Il y aurait lieu de clarifier dans l'OAMal les modalités de la coordination des consultations prévues aux art. 54 nLAMal et 54a nLAMal, afin de simplifier le processus de fixation d'objectifs en matière de coûts et d'éviter d'éventuelles redondances ou incompatibilités entre les objectifs de la Confédération et ceux des cantons.

Il est important que les objectifs en matière de coûts répondent tant aux besoins de la Confédération que des cantons afin qu'ils puissent tous deux accomplir leurs tâches et assumer leurs compétences dans le domaine des soins conformément à la loi. Dès lors, il importe que les cantons aient la possibilité de s'écarter des objectifs nationaux et de les adapter en fonction des spécificités régionales pour les groupes de fournisseurs de prestations et, selon les cas, de fixer des objectifs plus ou moins ambitieux.

La Confédération souligne que les objectifs en matière de coûts ne doivent pas entraver l'accès aux soins médicaux de base ni nuire à la qualité de ceux-ci. Aujourd'hui déjà, les prestataires à la fin de la chaîne de traitement, confrontés à une patientèle complexe, ont le plus grand mal à atteindre une stabilité financière en dépit des mesures visant à améliorer l'efficacité. La fixation d'objectifs en matière de coûts ne doit pas aggraver les difficultés des fournisseurs de prestations essentiels pour la prise en charge dans des domaines où les tarifs ne permettent déjà pas de couvrir les coûts.

Ainsi, compte tenu de ce qui précède, il est important que la Confédération coordonne les objectifs en matière de coûts en impliquant les cantons, qui sont compétents au premier lieu pour la fourniture des soins. Ce point devrait être intégré au projet.

L'art. 75b AP-OAMal énumère cinq groupes de coûts seulement. Bien qu'il ressorte du rapport explicatif que cette liste n'est pas exhaustive, cette limitation à 5 groupes de coûts ne semble pas pertinente, notamment au vu de l'évolution des coûts. Ainsi, il semble que les assureurs-maladie disposent de données permettant le suivi de l'évolution des coûts d'autres groupes de fournisseurs de prestations, utilisés notamment dans le cadre de la fixation des primes de l'assurance-maladie. Ainsi, les fournisseurs de prestations dont la hausse des coûts a récemment été particulièrement forte devraient également figurer dans cette liste.

Si la Confédération ne souhaite pas élargir les groupes de coûts, les cantons devraient avoir explicitement la possibilité d'aller au-delà de l'énumération à l'art. 75b AP-OAMal et de pouvoir obtenir les données statistiques y relatives.

Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ) (chapitre 3a., section 2)

Le Conseil d'Etat n'a pas de remarques particulières.

En vous remerciant de tenir compte de ce qui précède, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Au nom du Conseil d'Etat :

Jean-François Steiert, Président



Jean-François Steiert

Qualifizierte elektronische Signatur · Schweizer Recht

Danielle Gagnaux-Morel, Chancelière d'Etat

Danielle Gagnaux-Morel

Signature électronique qualifiée · Droit suisse

L'original de ce document est établi en version électronique

Copie

—
à la Direction de la santé et des affaires sociales, pour elle et le Service de la santé publique ;
à la Direction de l'économie et de l'emploi ;
à la Chancellerie d'Etat.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Le Conseil d'Etat constate que si le nouvel article 21, al. 4 LAMal précise que l'OFSP met les données récoltées aussi à disposition des cantons, l'article 28 al. 1 AP – OAMal ne parle que de la mise à disposition des données à l'OFSP. Or, il est crucial que les cantons puissent eux aussi se baser sur des données pertinentes de qualité pour déterminer leurs objectifs en matière de coûts et de qualité. Ainsi, nous demandons que la mise à disposition des données aux cantons soit également réglée explicitement dans l'AP-OAMal et que les cantons aient accès aux mêmes données que la Confédération.</p>
Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>L'art. 59cter règle le contenu de la demande d'approbation pour les conventions tarifaires soumises au Conseil fédéral. Le Conseil d'Etat est d'avis que cet article devrait préciser que lorsque le canton est compétent pour l'approbation des conventions, les mêmes documents doivent lui être transmis par les partenaires tarifaires. Cela assurerait une qualité et une pratique uniforme au niveau des approbations tarifaires entre la Confédération et les cantons d'une part, mais également dans tous les cantons et pour tous les partenaires tarifaires d'autre part. De plus cela éviterait à l'avenir aux cantons de devoir rechercher des informations pertinentes qui parfois tardent à suivre.</p> <p>Par ailleurs, le Conseil d'Etat estime que la pertinence de l'art. 59cter, al. 2, AP-OAMal, qui prévoit que, pour les forfaits liés aux prestations, l'estimation doit comprendre des domaines situés en amont et en aval de l'hospitalisation, ne ressort pas du rapport explicatif. De plus, sa mise en pratique paraît compliquée, notamment parce que l'article manque de précision : est-ce qu'il s'agit par exemple de déterminer l'effet sur les consultations ambulatoires avant et après une prestation spécifique selon SwissDRG après une modification du Cost-weight qui pourrait avoir comme conséquence un changement de pratique ou un report vers d'autres traitements d'une même maladie (donc une analyse de l'impact des coûts au niveau d'un traitement spécifique) ou de l'impact d'une modification du baserate en général qui pourrait inciter les établissements à garder plus ou moins longtemps les patients et par conséquent prolonger ou raccourcir les séjours en réadaptation ou EMS ou les deux ?</p> <p>Si ce point doit être maintenu, une précision nous paraît indispensable afin d'éviter des malentendus et la production d'explications inutilisables dans le cadre des procédures d'approbation.</p> <p>Enfin, la formulation relativement ouverte à l'art. 59d, al. 1, AP-OAMal, selon laquelle le respect des dispositions des art. 59c et 59cbis doit être régulièrement vérifié, laisse une grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires. L'introduction d'une périodicité assurerait un suivi plus rapproché. L'article pourrait ainsi par exemple prévoir une révision du tarif tous les 5 ans au plus tard ou plus tôt dès lors que celui-ci ne correspond plus à la situation actuelle.</p>

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	3a. KapitelMassnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. AbschnittKostenziele
Begründung	<p>Le Conseil d'Etat est d'avis que les dispositions du projet d'ordonnance relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Ainsi, il manque une base légale concrète, sur laquelle les cantons pourraient notamment se fonder pour décider, le cas échéant, des contre-mesures ou des sanctions si les objectifs en matière de coûts ne devaient pas être atteints – de manière systématique, injustifiée et sur une longue période.</p> <p>Par ailleurs, les dispositions de l'art. 75a, al. 1, AP-OAMal ne précisent pas si les objectifs doivent être fixés de manière absolue ou relative, ni s'ils doivent être comparables d'un groupe de coûts à l'autre. Dès lors il se pose la question de savoir dans quelle mesure la base légale, formulée de manière relativement ouverte, permet de définir des objectifs adéquats et mesurables.</p> <p>Quand bien même les critères définis à l'art. 75a, al. 2, AP-OAMal semblent pertinents, il pourrait être difficile, dans le cadre de l'exécution, de récolter des données solides pour ces critères. Aussi, la mise en œuvre de projets tels que SpiGes, qui vise à simplifier la collecte et l'utilisation des données dans les soins (hospitaliers stationnaires), paraît souhaitable.</p> <p>Il est important que les objectifs en matière de coûts fixés par la Confédération (selon l'art. 54 nLAMal) et par les cantons (selon l'art. 54a nLAMal) soient étroitement coordonnés et il doit être clair quels objectifs prévalent. Il y aurait lieu de clarifier dans l'OAMal les modalités de la coordination des consultations prévues aux art. 54 nLAMal et 54a nLAMal, afin de simplifier le processus de fixation d'objectifs en matière de coûts et d'éviter d'éventuelles redondances ou incompatibilités entre les objectifs de la Confédération et ceux des cantons.</p> <p>Il est important que les objectifs en matière de coûts répondent tant aux besoins de la Confédération que des cantons afin qu'ils puissent tous deux accomplir leurs tâches et assumer leurs compétences dans le domaine des soins conformément à la loi. Dès lors, il importe que les cantons aient la possibilité de s'écarter des objectifs nationaux et de les adapter en fonction des spécificités régionales pour les groupes de fournisseurs de prestations et, selon les cas, de fixer des objectifs plus ou moins ambitieux.</p> <p>La Confédération souligne que les objectifs en matière de coûts ne doivent pas entraver l'accès aux soins médicaux de base ni nuire à la qualité de ceux-ci. Aujourd'hui déjà, les prestataires à la fin de la chaîne de traitement, confrontés à une patientèle complexe, ont le plus grand mal à atteindre une stabilité financière en dépit des mesures visant à améliorer l'efficacité. La fixation d'objectifs en matière de coûts ne doit pas aggraver les difficultés des fournisseurs de prestations essentiels pour la prise en charge dans des domaines où les tarifs ne permettent déjà pas de couvrir les coûts.</p> <p>Ainsi, compte tenu de ce qui précède, il est important que la Confédération coordonne les objectifs en matière de coûts en impliquant les cantons, qui sont compétents au premier lieu pour la fourniture des soins. Ce point devrait être intégré au projet.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>L'art. 75b AP-OAMal énumère cinq groupes de coûts seulement. Bien qu'il ressorte du rapport explicatif que cette liste n'est pas exhaustive, cette limitation à 5 groupes de coûts ne semble pas pertinente, notamment au vu de l'évolution des coûts. Ainsi, il semble que les assureurs-maladie disposent de données permettant le suivi de l'évolution des coûts d'autres groupes de fournisseurs de prestations, utilisés notamment dans le cadre de la fixation des primes de l'assurance-maladie. Ainsi, les fournisseurs de prestations dont la hausse des coûts a récemment été particulièrement forte devraient également figurer dans cette liste.</p> <p>Si la Confédération ne souhaite pas élargir les groupes de coûts, les cantons devraient avoir explicitement la possibilité d'aller au-delà de l'énumération à l'art. 75b AP-OAMal et de pouvoir obtenir les données statistiques y relatives.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Le Conseil d'Etat n'a pas de remarques particulières.

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>De manière générale, notre Conseil partage la prise de position circonstanciée de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) émise le 17 avril 2025 sur la modification proposée de l'OAMal et vous y renvoie.</p> <p>S'il approuve les orientations contenues dans la modification de l'OAMal, avec les réserves et propositions de modifications que fait valoir la CDS dans sa prise de position, notre Conseil n'en souligne pas moins la difficulté que la mise en œuvre de la fixation d'objectifs en matière de coûts notamment représenterait pour le Conseil fédéral et représenterait pour les cantons s'ils devaient faire usage de la faculté qui leur est donnée en la matière par la LAMal. Il n'en demeure pas moins que cette possibilité existe et qu'il convient d'en permettre la concrétisation dans les meilleures conditions possible le cas échéant.</p>

Anhang: Document num_ris_ depuis I_CHAN01.pdf



LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET
CANTON DE NEUCHÂTEL

Par courrier électronique

Département fédéral de l'intérieur
Palais fédéral
3003 Berne

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Madame la conseillère fédérale,

Le Conseil d'État de la République et Canton de Neuchâtel vous remercie de votre invitation du 29 janvier 2025 à prendre position dans le cadre de la consultation sur l'objet mentionné en titre.

Le projet d'adaptation de l'OAMal qui est mis en consultation a pour but de concrétiser la modification de la LAMal portant contre-projet indirect à l'initiative « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé » [initiative pour un frein aux coûts], adoptée le 29 septembre 2023 par le Parlement. Elle prévoit notamment l'introduction d'objectifs en matière de coûts et de qualité dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), dans le but de limiter la croissance des coûts dans l'AOS à un niveau efficace, sans mettre en danger la qualité de soins. En substance, ce projet prévoit que :

- Des objectifs globaux de coûts et de qualité seront fixés par le Conseil fédéral pour une période de quatre ans, après consultation préalable des assureurs, des assurés, des cantons et des fournisseurs de prestations. Les facteurs déterminants pour la fixation de ces objectifs incluent l'évolution démographique, les progrès médico-techniques, la situation économique, le niveau des salaires et des prix, ainsi que les possibilités de gain d'efficacité. Des objectifs spécifiques devraient être fixés en sus pour différents groupes de coûts.
- Les cantons pourront également fixer leurs propres objectifs de coûts et de qualité, en tenant compte des directives du Conseil fédéral et en consultant au préalable les assureurs, les assurés et les fournisseurs de prestations.
- Une commission de monitoring des coûts et de la qualité surveillera l'évolution des coûts et formulera à l'intention de la Confédération et des partenaires tarifaires des recommandations sur les mesures appropriées.

NE

De manière générale, notre Conseil partage la prise de position circonstanciée de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) émise le 17 avril 2025 sur la modification proposée de l'OAMal et vous y renvoie.

S'il approuve les orientations contenues dans la modification de l'OAMal, avec les réserves et propositions de modifications que fait valoir la CDS dans sa prise de position, notre Conseil n'en souligne pas moins la difficulté que la mise en œuvre de la fixation d'objectifs en matière de coûts notamment représentera pour le Conseil fédéral et représenterait pour les cantons s'ils devaient faire usage de la faculté qui leur est donnée en la matière par la LAMal. Il n'en demeure pas moins que cette possibilité existe et qu'il convient d'en permettre la concrétisation dans les meilleures conditions possible le cas échéant.

En vous remerciant encore de nous avoir consulté, nous vous prions de croire, Madame la conseillère fédérale, à l'assurance de notre considération distinguée.

Neuchâtel, le 5 mai 2025

Au nom du Conseil d'État :



La présidente,
F. WATIER

La chancelière,
S. DESPLAND

Kanton Appenzell Innerrhoden

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	--

Anhang: VO _KVV_ _Kosten- und Qualität - Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.pdf



KANTON
APPENZEL INNERRHODEN



Landammann und Standeskommission

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

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Via Plattform «Consultations»

Appenzell, 3. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) (Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen) zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Unterlagen geprüft und nimmt hierzu wie folgt Stellung:

Datenweitergabe (Art. 28 VE-KVV)

Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, die die Kantone nutzen können, um Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Dies ist problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben, da die derzeit vorhandenen Daten sehr rudimentär und limitiert sind. Im entsprechenden neuen Art. 21 Abs. 4 KVG ist erwähnt, dass das BAG die erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Auf Verordnungsebene kommt dies aktuell weniger zum Ausdruck. Im Einleitungssatz des Art. 28 Abs. 1 VE-KVV sowie in Art. 28 Abs. 6 VE-KVV ist nur von den Aufgaben des Bundes die Rede. Die Kantone müssen jedoch grundsätzlich denselben Datenzugang haben - beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene -, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Zumindest in den Erläuterungen sollte eine entsprechende Ergänzung aufgenommen werden.

Tarife und Preise (Art. 59c VE-KVV ff.)

Die Standeskommission begrüsst die durch das 3. Kapitel, 1. Abschnitt «Tarifgestaltung und Fallbeitrag» herbeigeführten Anpassungen, die den bewährten Verfahren und Standards grundsätzlich entsprechen. Insbesondere ist die in Art. 59c Abs. 3 VE-KVV verankerte Ergänzung, dass die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen Bestandteil der Tarifverträge bilden müssen, sehr zu begrüßen, da sie allfällige Missverständnisse verhindert.

Fraglich ist jedoch, ob der in Art. 59c^{ter} Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann. Ferner sollte in Art. 59c^{ter} zwingend - neben dem Bundesrat - auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden. Um dieser Forderung Rechnung zu tragen, könnte Art. 59c^{ter} beispielsweise so angepasst werden:

Antrag zu Art. 59c^{ter} KVV

Art. 59c^{ter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat

¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Kanton, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:

a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;

b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach 59c KVV bzw. 59c^{bis} KVV entspricht;

[...]

Kostenziele (3a. Kapitel, 1. Abschnitt)

Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. Einerseits hätten die Kantone aufgrund der offenen Formulierung der Grundsätze für die Festlegung von Kostenzielen hinreichend Gestaltungsspielraum. Gleichzeitig fehlt eine konkrete Rechtsgrundlage, auf die die Kantone sich stützen könnten, um beispielsweise, falls nötig, Gegenmassnahmen respektive Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele - systematisch, unbegründet und über einen längeren Zeitraum hinweg - nicht erreicht werden.

Der Verordnungsentwurf müsste in puncto Kostenziele die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermassen abbilden, damit diese ihre gesetzesmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. In diesem Sinne müssen die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.

Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die Anhörungen nach Art. 54 nKVG und Art. 54a nKVG aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen des Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Art von Kostenzielen möglich sind, zum Beispiel ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser verhältnismässig offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen.

Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut

trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Während die in Art. 75a Abs. 2 VE-KVV definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es bei dem Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.

Des Weiteren sollen die Kantone - da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind - in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Diesbezüglich möchten wir folgende Ergänzung von Art. 75a Abs. 3 vorschlagen:

Antrag zu Art. 75a KVV

Art. 75a Gesamtziele

[...]


³ Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.

Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Aus Sicht der Ständekommission ist es nicht klar ersichtlich, wieso der Verordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen - sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum - unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

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

Im Auftrage von Landammann und Ständekommission

Der Ratschreiber:


Roman Dobler

Zur Kenntnis an:

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

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102). Wir lehnen diese in der vorliegenden Fassung ab.</p> <p>Der Kanton Thurgau befürwortet die Grundidee, die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen bezüglich des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu konkretisieren sowie über Kosten- und Qualitätsziele das Kostenwachstum in der OKP zu dämpfen und transparenter zu machen. Hingegen lehnen wir die Einteilung der Kostenziele nach Kostengruppen sowie die Schaffung einer neuen Kommission ab.</p> <p>Wir halten es für unwahrscheinlich, dass die Ziele der Vorlage erreicht werden. Absehbar ist hingegen, dass die Überprüfung der vorgesehenen Kosten- und Qualitätsziele administrativ aufwendig ist und die Kantone die dafür notwendigen personellen Ressourcen zur Verfügung stellen müssten. Das lehnen wir angesichts der knappen Finanzen vieler Kantone ab.</p>

Anhang: RRB_2025_0241_250429_RRB_Missiv_VO_KVV__Kosten-_und_Qualitaet.pdf

Staatskanzlei, Regierungskanzlei, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches Departement des Innern
Frau Elisabeth Baume-Schneider
Bundesrätin
3003 Bern

Altnau, 29. April 2025
Nr. 241

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102). Wir lehnen diese in der vorliegenden Fassung ab.

Der Kanton Thurgau befürwortet die Grundidee, die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen bezüglich des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu konkretisieren sowie über Kosten- und Qualitätsziele das Kostenwachstum in der OKP zu dämpfen und transparenter zu machen. Hingegen lehnen wir die Einteilung der Kostenziele nach Kostengruppen sowie die Schaffung einer neuen Kommission ab:

- Die Einteilung der Kostenziele nach Kostengruppen (nArt. 75b) ist nicht zielführend. Eine solche Differenzierung fördert das Silodenken und ist der Transparenz kaum förderlich. Zielführender wäre es, das Kostenziel über den gesamten Behandlungsprozess festzulegen. Eine integrale Sichtweise der Kosten führt nicht nur zu einer erhöhten Transparenz und echten Kostenzielen, sondern fördert auch die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten.
- Die Schaffung einer Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EQKK) lehnen wir ab. Zum einen sind in der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) bereits alle Fachpersonen vertreten, die auch in der EQKK vertreten sein müssten. Zum anderen haben die Aufgabenbereiche grosse Überschneidungen, was zwangsläufig zu Doppelspurigkeiten führen würde. Die Gründung einer weiteren Kommission erachten wir deshalb als überflüssig, insbesondere vor dem Hintergrund der finanzpolitischen Herausforderungen des Bundes. Wir beantragen, den Auftrag der EQK sachgerecht zu erweitern.

Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld
T +41 58 345 53 10
www.tg.ch

2/2

- Formal weisen wir darauf hin, dass der zweite Satz in nArt. 59c^{bis} im vorliegenden Änderungsentwurf der KVV aus unserer Sicht eine Wiederholung des ersten Satzes ist.

Wir halten es aus diesen Gründen für unwahrscheinlich, dass die Ziele der Vorlage erreicht werden. Absehbar ist hingegen, dass die Überprüfung der vorgesehenen Kosten- und Qualitätsziele administrativ aufwendig ist und die Kantone die dafür notwendigen personellen Ressourcen zur Verfügung stellen müssten. Das lehnen wir angesichts der knappen Finanzen vieler Kantone ab.

Betreffend die Detailbemerkungen zu den Art. 59c^{ter} und Art. 75a schliessen wir uns der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 17. April 2025 an. Zu Art. 59c^{ter} Abs. 2 ist zudem zu definieren, was mit „vor- und nachgelagerte Bereiche“ gemeint ist.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüßen

Der Präsident des Regierungsrates


Der Staatsschreiber




Beilage:

- Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 17. April 2025

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Formal weisen wir darauf hin, dass der zweite Satz in nArt. 59cbis im vorliegenden Änderungsentwurf der KVV aus unserer Sicht eine Wiederholung des ersten Satzes ist.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>Betreffend die Detailbemerkungen zu den Art. 59cter und Art. 75a schliessen wir uns der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 17. April 2025 an.</p> <p>Zu Art. 59cter Abs. 2 ist zudem zu definieren, was mit „vor- und nachgelagerte Bereiche“ gemeint ist.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	Betreffend die Detailbemerkungen zu den Art. 59cter und Art. 75a schliessen wir uns der Stellungnahme der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 17. April 2025 an.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	–Die Einteilung der Kostenziele nach Kostengruppen (nArt. 75b) ist nicht zielführend. Eine solche Differenzierung fördert das Silodenken und ist der Transparenz kaum förderlich. Zielführender wäre es, das Kostenziel über den gesamten Behandlungs-prozess festzulegen. Eine integrale Sichtweise der Kosten führt nicht nur zu einer erhöhten Transparenz und echten Kostenzielen, sondern fördert auch die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	–Die Schaffung einer Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitäts-monitoring (EQKK) lehnen wir ab. Zum einen sind in der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) bereits alle Fachpersonen vertreten, die auch in der EQKK vertreten sein müssten. Zum anderen haben die Aufgabenbereiche grosse Überschneidungen, was zwangsläufig zu Doppelspurigkeiten führen würde. Die Gründung einer weiteren Kommission erachten wir deshalb als überflüssig, ins-besondere vor dem Hintergrund der finanzpolitischen Herausforderungen des Bundes. Wir beantragen, den Auftrag der EQK sachgerecht zu erweitern.

2. Stellungnahmen In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Die Mitte / Le Centre / Alleanza del Centro

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Der indirekte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative sieht die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vor. Dies befürwortet Die Mitte klar.</p> <p>Die Mitte möchte noch einmal die Wichtigkeit betonen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen endlich ihre Verantwortung für die stetig steigenden Gesundheitskosten übernehmen. Die Mitte wird sich deshalb weiterhin entschlossen für wirksame und verbindliche Lösungen gegen die Probleme und Herausforderungen im Gesundheitsbereich einsetzen.</p>

Anhang: 250501_STN.Mitte_EDI_KVV_Kosten- und Qualitätsziele.pdf

Per Mail: tarife-grundlagen@bag.admin.ch & gever@bag.admin.ch

Bern, 1. Mai 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur obengenannten Vernehmlassungsvorlage Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

Mit der vorliegenden Vorlage soll die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätsziele), welche der Kostenbremse-Initiative der Mitte als indirekter Gegenvorschlag gegenübergestellt wurde, konkretisiert werden. So soll beispielsweise der rechtliche Rahmen für die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele geregelt werden.

Verbindlichkeit fehlt weiterhin

Der indirekte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative sieht die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vor. Dies befürwortet Die Mitte klar. Diese Kosten- und Qualitätsziele werden vom Bundesrat nach Anhörung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer sowie der Versicherten für einen Zeitraum von vier Jahren festgelegt. Für den Fall, dass diese Ziele aber nicht erreicht werden, macht das Gesetz keine Vorgaben. Dies hat Die Mitte im parlamentarischen Prozess kritisiert, denn den Massnahmen fehlt somit die Verbindlichkeit. Diese ist jedoch wesentlich, damit alle Akteure endlich ihre Verantwortung für die Kostenentwicklung übernehmen. Die fehlende Verbindlichkeit der Massnahmen zieht sich nun in der Verordnung weiter. Dies bedauert Die Mitte.

Kritisch beurteilt Die Mitte zudem die Festlegung der Kostenziele für spezifische Kostengruppen, insbesondere, da dies der koordinierten und integrierten Behandlung zuwiderläuft. Besser wäre ein Zielwert über gesamte Behandlungsketten, mindestens für weit verbreitete Diagnosen. Die alleinige Sicht auf einzelne Kostengruppen birgt unseres Erachtens die Gefahr, dass das im Gesundheitswesen weit verbreitete Vertreten partikularer Interessen weiter verfestigt wird. Zu einer effektiven Kostendämpfung führt aber nur die integrierte Sicht auf die Versorgungsketten und nicht die individuelle Sicht auf spezifische Leistungen.

Zum Schluss möchte Die Mitte noch einmal die Wichtigkeit betonen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen endlich ihre Verantwortung für die stetig steigenden Gesundheitskosten übernehmen. Die Mitte wird sich deshalb weiterhin entschlossen für wirksame und verbindliche Lösungen gegen die Probleme und Herausforderungen im Gesundheitsbereich einsetzen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen.

Die Mitte

Sig. Gerhard Pfister
Präsident Die Mitte Schweiz

Sig. Gianna Luzio
Generalsekretärin Die Mitte Schweiz

Die Mitte
Schweiz

Seilerstrasse 8a
Postfach
CH-3001 Bern

T 031 357 33 33
info@die-mitte.ch
die-mitte.ch

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Für den Fall, dass diese Ziele aber nicht erreicht werden, macht das Gesetz keine Vorgaben. Dies hat Die Mitte im parlamentarischen Prozess kritisiert, denn den Massnahmen fehlt somit die Verbindlichkeit. Diese ist jedoch wesentlich, damit alle Akteure endlich ihre Verantwortung für die Kostenentwicklung übernehmen. Die fehlende Verbindlichkeit der Massnahmen zieht sich nun in der Verordnung weiter. Dies bedauert Die Mitte.</p>
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Kritisch beurteilt Die Mitte zudem die Festlegung der Kostenziele für spezifische Kostengruppen, insbesondere, da dies der koordinierten und integrierten Behandlung zuwiderläuft. Besser wäre ein Zielwert über gesamte Behandlungsketten, mindestens für weit verbreitete Diagnosen. Die alleinige Sicht auf einzelne Kostengruppen birgt unseres Erachtens die Gefahr, dass das im Gesundheitswesen weit verbreitete Vertreten partikularer Interessen weiter verfestigt wird. Zu einer effektiven Kostendämpfung führt aber nur die integrierte Sicht auf die Versorgungsketten und nicht die individuelle Sicht auf spezifische Leistungen.</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Die SVP erkennt die Notwendigkeit der Setzung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Gesamtkostenrechnung. Wir begrüßen den Ausschluss von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei Nichterfüllen der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW), um eine Waffengleichheit unter den Anbietern anzustreben und die Gesundheitsausgaben effektiver einzusetzen. Wir können jedoch für eine Aufblähung des Verwaltungsapparats durch Konstituierung einer 8-köpfigen Kommission nicht Hand bieten. Das Controlling hat folglich kostenneutral zu erfolgen. Für uns ist das Vorgehen des Bundesrates hinsichtlich der aufgesplitteten Kostenziele inakzeptabel, da das Parlament diesem Ansinnen in der Sommersession 2022 eine klare Absage erteilt hat. Die erneute Aufteilung durch den Bundesrat begünstigt das Silodenken, was den Bestrebungen hin zur integrierten Versorgung zu-widerläuft und damit kontraproduktiv ist. Es müssen zudem klar messbare Qualitätsindikatoren definiert werden. Der masslosen Ärzte-Konsultation und der Verrechtlichung durch die Anwaltslobby im Gesundheitswesen gilt es schliesslich Einhalt zu gebieten.</p> <p>Die zur Diskussion stehende Vorlage basiert auf dem indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen», den das Parlament am 29. September 2023 guthiess. Die Kosten- und Qualitätsziele sollen nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, Versicherten, Kantone und Leistungserbringer vom Bundesrat für 4 Jahre festgesetzt werden. Erfasst werden soll die Gesamtheit der Kosten, d.h. nicht nur der prämiertenfinanzierte Teil und die Kostenbeteiligung der Versicherten. Zusätzlich werden Kofinanzierungen und die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden berücksichtigt. Auch den Kantonen kommen diesbezügliche Kompetenzen nach Vorgaben des Bundesrates zu. Sie haben dabei einen grossen Spielraum, wie sie das neue Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie hierfür aufwenden möchten.</p> <p>Folgende Anpassungen resp. Ergänzungen werden deshalb für die KVV im Wesentlichen vorgeschlagen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Eine Kommission soll für das Monitoring zuständig sein und Empfehlungen für geeignete Massnahmen abgeben. Es soll die Möglichkeit gegeben werden zum Zwecke der Festlegung von Kostenzielen nach Art. 54 nKVG, der Messung von Qualitätszielen sowie der Kosteneffizienz, die Daten pro versicherte Person in anonymisierter Form weiterzugeben. 2.Zwecks Sicherstellung der WZW-Kriterien müssen die Leistungen bei Nichterfüllen dieser Voraussetzungen nach transparenten Kriterien und unter Berücksichtigung der neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen evaluiert werden können. 3.Zusätzlich zu den Gesamtkostenzielen werden auch Kostenziele nach Gruppen festgelegt: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen durch Ärzte ausserhalb des Spitals, Arzneimittel und Pflege im Heim oder zu Hause. 4.Es wurde eine Ergänzung beigefügt für die Datenweitergabe, damit Aufgabenerfüllung sichergestellt wird. Die Anforderungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten und die neuen Bearbeitungszwecke (Festlegung von Kostenzielen und Messung der Qualitätsziele sowie der Kosteneffizienz) sollen nicht neuen personenbezogenen Auswertungen dienen. <p>Bestimmte Daten werden pro versicherte Person weitergegeben und mit Daten anderer Quellen verknüpft, sofern die aggregierten Daten nicht zur Erfüllung bestimmter öffentlicher Aufgaben hinreichend sind. Die entsprechende Liste wurde um die Messung der Qualitätsziele sowie Kosteneffizienz erweitert. Die SVP erachtet die Umsetzung der Zielorientierung zur Kostendämpfung als wichtig, weshalb auch eine hinreichende Datenbasis zur Überprüfung und Sicherstellung notwendig ist. Aufgrund der besonders schützenswerten Daten im Gesundheitsbereich ist jedoch von Seiten Bund besonders auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen auch in den Kantonen zu achten.</p>

Die Neuerungen haben zum Ziel, die WZW-Kriterien besser und zeitnah überprüfen zu können. Lassen sich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr nachweisen, so sollen die entsprechenden Leistungen von der OKP-Vergütung letztlich ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss ist ein wirksames Mittel gegen sachlich nicht gebotene Vergütungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenkasse und trägt damit wesentlich zur Kostensenkung bei. Wir möchten daran erinnern, dass es im Bereich von Zuzüglern noch Luft nach oben hätte, wenn einer gewissen Relation zwischen Dauer der Prämienzahlung und Leistungen der Krankenkassen auch nur entfernt Nachachtung verschafft werden soll. Bei Neuzuzüglern und Asylbewerbern ist es dringend angezeigt, den Leistungskatalog auf ein Minimum zu begrenzen und lediglich die Versorgung in Notfällen sicherzustellen. Damit würden gleichsam Fehlanreize einerseits für die Einreise zwecks medizinischer Versorgung gleichermassen vermindert wie andererseits die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen über Gebühr.

Anhang: Vernehmlassungsantwort Kosten- und Qualitätsziele.pdf

Eidgenössisches Departement des Inneren EDI
Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider

Elektronisch an:
gever@bag.admin.ch
tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Bern, 30. April 2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, Kosten - und Qualitätsziele)
Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Einladung, im Rahmen der oben genannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Wir äussern uns dazu wie folgt:

Die SVP erkennt die Notwendigkeit der Setzung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Gesamtkostenrechnung. Wir begrüssen den Ausschluss von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei Nichterfüllen der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW), um eine Waffengleichheit unter den Anbietern anzustreben und die Gesundheitsausgaben effektiver einzusetzen. Wir können jedoch für eine Aufblähung des Verwaltungsapparats durch Konstituierung einer 8-köpfigen Kommission nicht Hand bieten. Das Controlling hat folglich kostenneutral zu erfolgen. Für uns ist das Vorgehen des Bundesrates hinsichtlich der aufgesplitteten Kostenziele inakzeptabel, da das Parlament diesem Ansinnen in der Sommersession 2022 eine klare Absage erteilt hat. Die erneute Aufteilung durch den Bundesrat begünstigt das Silodenken, was den Bestrebungen hin zur integrierten Versorgung zuwiderläuft und damit kontraproduktiv ist. Es müssen zudem klar messbare Qualitätsindikatoren definiert werden. Der masslosen Ärzte-Konsultation und der Verrechtlichung durch die Anwaltslobby im Gesundheitswesen gilt es schliesslich Einhalt zu gebieten.

Die zur Diskussion stehende Vorlage basiert auf dem indirekten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen», den das Parlament am 29. September 2023 guthiess.

Die Kosten- und Qualitätsziele sollen nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, Versicherten, Kantone und Leistungserbringer vom Bundesrat für 4 Jahre festgesetzt werden. Erfasst werden soll die Gesamtheit der Kosten, d.h. nicht nur der prämiertenfinanzierte Teil und die Kostenbeteiligung der Versicherten. Zusätzlich werden Kofinanzierungen und die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden berücksichtigt. Auch den Kantonen kommen diesbezügliche Kompetenzen nach Vorgaben des Bundesrates zu. Sie haben dabei einen grossen Spielraum,

wie sie das neue Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie hierfür aufwenden möchten.

Folgende Anpassungen resp. Ergänzungen werden deshalb für die KVV im Wesentlichen vorgeschlagen:

1. Eine Kommission soll für das Monitoring zuständig sein und Empfehlungen für geeignete Massnahmen abgeben. Es soll die Möglichkeit gegeben werden, zum Zwecke der Festlegung von Kostenzielen nach Art. 54 nKVG, der Messung von Qualitätszielen sowie der Kosteneffizienz, die Daten pro versicherte Person in anonymisierter Form weiterzugeben.
2. Zwecks Sicherstellung der WZW-Kriterien müssen die Leistungen bei Nichterfüllen dieser Voraussetzungen nach transparenten Kriterien und unter Berücksichtigung der neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen evaluiert werden können.
3. Zusätzlich zu den Gesamtkostenzielen werden auch Kostenziele nach Gruppen festgelegt: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen durch Ärzte ausserhalb des Spitals, Arzneimittel und Pflege im Heim oder zu Hause.
4. Es wurde eine Ergänzung beigefügt für die Datenweitergabe, damit Aufgabenerfüllung sichergestellt wird. Die Anforderungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten und die neuen Bearbeitungszwecke (Festlegung von Kostenzielen und Messung der Qualitätsziele sowie der Kosteneffizienz) sollen nicht neuen personenbezogenen Auswertungen dienen.

Bestimmte Daten werden pro versicherte Person weitergegeben und mit Daten anderer Quellen verknüpft, sofern die aggregierten Daten nicht zur Erfüllung bestimmter öffentlicher Aufgaben hinreichend sind. Die entsprechende Liste wurde um die Messung der Qualitätsziele sowie Kosteneffizienz erweitert.

Die SVP erachtet die Umsetzung der Zielorientierung zur Kostendämpfung als wichtig, weshalb auch eine hinreichende Datenbasis zur Überprüfung und Sicherstellung notwendig ist. Aufgrund der besonders schützenswerten Daten im Gesundheitsbereich ist jedoch von Seiten Bund besonders auf die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen auch in den Kantonen zu achten.

Die Aufzählung der Kostengruppen wurde nicht abschliessend formuliert, damit der Bundesrat weitere Kostengruppen vorsehen kann, die heute noch nicht klar sind oder noch nicht existieren.

Eine gewisse Unbestimmtheit ist angesichts der stetig ausufernden Leistungen im Gesundheitsbereich und den zahlreichen Anbietern vertretbar und zweckdienlich, ansonsten weder eine Gesamtschau noch eine Vergleichbarkeit möglich sein wird. Es ist jedoch gänzlich unverständlich, weshalb sich der Bundesrat über den Entscheid der Bundesversammlung hinwegsetzt und erneut mit einzelnen Kostenzielen aufwartet. Das Parlament hat sich klar für eine gesamthafte Betrachtung für alle Bereiche unter Einbezug der involvierten Akteure ausgesprochen, um Silodenken zu verhindern.

Des Weiteren legt die gegenwärtige Tarifgestaltung den Fokus einseitig auf die Kostenaspekte. Klare Qualitätsziele fehlen oder sind nur unzureichend definiert. Die Qualitätskriterien müssen präziser definiert werden zwecks Vorhersehbarkeit und Planungssicherheit. So spricht sich die SVP für messbare Qualitätsindikatoren aus wie namentlich strukturierter Patientenzugang, Monitoring der Therapiepfade, Messung der Therapieergebnisse, laufende Realisierung von Effizienzsteigerungen aufgrund des technischen Fortschritts. Schliesslich muss der aktuelle Trend der

übertriebenen Konsultation und des Wechsels von Ärzten derselben Fachgruppe sowie auch der Verrechtlichung und Drohung mit Anwälten im Gesundheitswesen gebrochen werden, um unnötige sowie kostenintensive Verschreibungen und Leistungen nachhaltig zu verringern.

Der Bundesrat soll das Präsidium und die 8 Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) wählen, welche über keine Entscheidungsbefugnisse verfügt, sondern Empfehlungen ausspricht.

Die SVP erachtet die Anzahl an ausserparlamentarischen Kommissionen insgesamt als zu hoch, deren Mitglieder als überzählig und zu wenig effizient. Hier kommt hinzu, dass Überschneidungen mit der EQM (Eidgenössische Qualitätskommission) erwartet werden, weshalb eine Zusammenarbeit vonnöten würde, um Doppelspurigkeiten zu verhindern. Aufgrund der Überschneidungen mit der EQM – deren Mitglieder ebenfalls dem Gesundheits-, Wirtschafts- und Qualitätsmanagementbereich zuzuordnen sind – sowie dem Fachwissen beim BAG ist aus Sicht der SVP eine weitere ausserparlamentarische Kommission nicht angebracht. Eine Anpassung des Mandats der bestehenden EQM wäre völlig ausreichend. Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, um an der kontinuierlichen Auslagerung der Verantwortung an ausserparlamentarische Kommissionen und ähnliche Gefässe Kritik zu üben. Es liegt im Zeitgeist, sich der Verantwortung zu entledigen und Aufgaben zu delegieren resp. externalisieren. Die staatlichen Aufgaben sind jedoch den jeweiligen Departementen zugeteilt, welche ihre Kompetenzen eigenständig wahrzunehmen haben, auch in unliebsamen und kontroversen Themenfeldern. Infolge der sog. Empfehlungen der ausserparlamentarischen Kommissionen und Handlungsempfehlungen von Studien werden seitens Bundesverwaltung rasch Fakten geschaffen, welche jedoch demokratisch nicht legitimiert sind.

Die Neuerungen haben zum Ziel, die WZW-Kriterien besser und zeitnah überprüfen zu können. Lassen sich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr nachweisen, so sollen die entsprechenden Leistungen von der OKP-Vergütung letztlich ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss ist ein wirksames Mittel gegen sachlich nicht gebotene Vergütungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenkasse und trägt damit wesentlich zur Kostensenkung bei. Wir möchten daran erinnern, dass es im Bereich von Zuzügern noch Luft nach oben hätte, wenn einer gewissen Relation zwischen Dauer der Prämienzahlung und Leistungen der Krankenkassen auch nur entfernt Nachachtung verschafft werden soll. Bei Neuzuzügern und Asylbewerbern ist es dringend angezeigt, den Leistungskatalog auf ein Minimum zu begrenzen und lediglich die Versorgung in Notfällen sicherzustellen. Damit würden gleichsam Fehlanreize einerseits für die Einreise zwecks medizinischer Versorgung gleichermaßen vermindert wie andererseits die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen über Gebühr.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI

Der Parteipräsident

Der Generalsekretär



Marcel Dettling
Nationalrat



Henrique Schneider
Generalsekretär

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Des Weiteren legt die gegenwärtige Tarifgestaltung den Fokus einseitig auf die Kostenaspekte. Klare Qualitätsziele fehlen oder sind nur unzureichend definiert. Die Qualitätskriterien müssen präziser definiert werden zwecks Vorhersehbarkeit und Planungssicherheit. So spricht sich die SVP für messbare Qualitätsindikatoren aus wie namentlich strukturierter Patientenzugang, Monitoring der Therapiepfade, Messung der Therapieergebnisse, laufende Realisierung von Effizienzsteigerungen aufgrund des technischen Fortschritts. Schliesslich muss der aktuelle Trend der übertriebenen Konsultation und des Wechsels von Ärzten derselben Fachgruppe sowie auch der Verrechtlichung und Drohung mit Anwälten im Gesundheitswesen gebrochen werden, um unnötige sowie kostenintensive Verschreibungen und Leistungen nachhaltig zu verringern.</p> <p>Die Neuerungen haben zum Ziel, die WZW-Kriterien besser und zeitnah überprüfen zu können. Lassen sich Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr nachweisen, so sollen die entsprechenden Leistungen von der OKP-Vergütung letztlich ausgeschlossen werden. Dieser Ausschluss ist ein wirksames Mittel gegen sachlich nicht gebotene Vergütungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenkasse und trägt damit wesentlich zur Kostensenkung bei. Wir möchten daran erinnern, dass es im Bereich von Zuzüglern noch Luft nach oben hätte, wenn einer gewissen Relation zwischen Dauer der Prämienzahlung und Leistungen der Krankenkassen auch nur entfernt Nachachtung verschafft werden soll. Bei Neuzuzüglern und Asylbewerbern ist es dringend angezeigt, den Leistungskatalog auf ein Minimum zu begrenzen und lediglich die Versorgung in Notfällen sicherzustellen. Damit würden gleichsam Fehlanreize einerseits für die Einreise zwecks medizinischer Versorgung gleichermassen vermindert wie andererseits die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen über Gebühr.</p>
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Die Aufzählung der Kostengruppen wurde nicht abschliessend formuliert, damit der Bundesrat weitere Kostengruppen vorsehen kann, die heute noch nicht klar sind oder noch nicht existieren.</p> <p>Eine gewisse Unbestimmtheit ist angesichts der stetig ausufernden Leistungen im Gesundheitsbereich und den zahlreichen Anbietern vertretbar und zweckdienlich, ansonsten weder eine Gesamtschau noch eine Vergleichbarkeit möglich sein wird. Es ist jedoch gänzlich unverständlich, weshalb sich der Bundesrat über den Entscheid der Bundesversammlung hinwegsetzt und erneut mit einzelnen Kostenzielen aufwartet. Das Parlament hat sich klar für eine gesamthafte Betrachtung für alle Bereiche unter Einbezug der involvierten Akteure ausgesprochen, um Silodenken zu verhindern.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Der Bundesrat soll das Präsidium und die 8 Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) wählen, welche über keine Entscheidungsbefugnisse verfügt, sondern Empfehlungen ausspricht.</p> <p>Die SVP erachtet die Anzahl an ausserparlamentarischen Kommissionen insgesamt als zu hoch, deren Mitglieder als überzählig und zu wenig effizient. Hier kommt hinzu, dass Überschneidungen mit der EQM (Eidgenössische Qualitätskommission) erwartet werden, weshalb eine Zusammenarbeit vonnöten würde, um Doppelspurigkeiten zu verhindern. Aufgrund der Überschneidungen mit der EQM – deren Mitglieder ebenfalls dem Gesundheits-, Wirtschafts- und Qualitätsmanagementbereich zuzuordnen sind - sowie dem Fachwissen beim BAG ist aus Sicht der SVP eine weitere ausserparlamentarische Kommission nicht angebracht. Eine Anpassung des Mandats der bestehenden EQM wäre völlig ausreichend. Wir möchten an dieser Stelle die Gelegenheit nutzen, um an der kontinuierlichen Auslagerung der Verantwortung an ausserparlamentarische Kommissionen und ähnliche Gefässe Kritik zu üben. Es liegt im Zeitgeist, sich der Verantwortung zu entledigen und Aufgaben zu delegieren resp. externalisieren. Die staatlichen Aufgaben sind jedoch den jeweiligen Departementen zugeteilt, welche ihre Kompetenzen eigenständig wahrzunehmen haben, auch in unliebsamen und kontroversen Themenfeldern. Infolge der sog. Empfehlungen der ausserparlamentarischen Kommissionen und Handlungsempfehlungen von Studien werden seitens Bundesverwaltung rasch Fakten geschaffen, welche jedoch demokratisch nicht legitimiert sind.</p>

Sozialdemokratische Partei der Schweiz SPS / Parti socialiste suisse PSS / Partito socialista svizzero PSS

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Zustimmung
Begründung:	<p>Die SP Schweiz ist mit der vorgeschlagenen Verordnungsänderung einverstanden. Es sind zwar keine grossen Effekte zu erwarten, da die Vorlage komplett unverbindliche Massnahmen vorsieht. Mit der hier vorgeschlagenen Verordnungsänderung zu den Kosten- und Qualitätszielen wird zwar ein Schritt in die richtige Richtung getan, dies wird jedoch nicht reichen, um die Kosten nachhaltig und konsequent zu dämpfen. Insbesondere eben, weil darauf verzichtet wurde, verbindliche Minimalziele festzuschreiben, weder auf Gesetzes- noch nun auf Verordnungsstufe. Das wäre jedoch dringend notwendig, um tatsächlich merkbare Einsparungen erzielen zu können. Die SP Schweiz hat schon mehrfach simpel umsetzbare sowie griffige Massnahmen aufs Tapet gebracht (siehe unter anderem unseren Massnahmenkatalog hier).</p> <p>Es ist aus unserer Sicht unverständlich, dass die anderen Parteien – nicht zuletzt die Mitte, welche die Kostenbremse-Initiative lancierte – nicht Hand boten, um den Kostenanstieg im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Wir möchten diese Gelegenheit aber auch nutzen, das gewählte Vorgehen seitens Bundesrats zu kritisieren. Denn: Im Sparpaket 2027, zu welchem parallel die Vernehmlassung läuft, ist die Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative ebenfalls aufgeführt. Dort werden die Anpassungen auf Gesetzesebene vernehmlasst und gehen weiter als mit vorliegender Verordnungsanpassung beschrieben. Zusätzlich zu den bekannten Parametern wird vorgeschlagen, dass der Bund seine Beiträge an die Prämienverbilligungen von den effektiven Gesundheitskosten entkoppelt und sie künftig an den Gesamtkostenzielen des Bundes festmacht. Wir sind empört darüber, dass diese zusätzliche Gesetzesanpassung in vorliegender Vernehmlassung mit keinem Wort erwähnt ist. Die Verwaltung hätte im erläuternden Bericht wenigstens darauf hinweisen müssen, dass gleichzeitig auch im Rahmen des Sparpakets 2027 weitere Parameter zur Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags vernehmlasst werden, namentlich die beabsichtigte harte Anwendung der Kostenziele auf die Ausgaben des Bundes für Prämienverbilligungen. Diese vorgeschlagene Handhabung lehnen wir ausdrücklich ab und kritisieren, dass diese Gesetzesanpassung in vorliegende Verordnungsänderung mit keinem Wort erwähnt wurde.</p>

Anhang: 20250506_Kosten_Qualitätsziele.pdf



Per Email an:

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

Bern, 30.04.2025

Sozialdemokratische Partei der Schweiz

Zentralsekretariat
Theaterplatz 4
3011 Berne

Tel. 031 329 69 69
Fax 031 329 69 70

info@spschweiz.ch
www.spschweiz.ch

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele).

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme, die wir gerne nutzen.

Mit vorgeschlagener Verordnungsänderung wird der indirekte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte umgesetzt. Die entsprechenden Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) erfordern auch Anpassungen in der KVV. In der KVV wird nun das Festlegen von Kosten- und Qualitätszielen bezüglich des Kostenwachstums in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) konkretisiert. Die Kosten- und Qualitätsziele werden nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre durch den Bundesrat festgelegt. Auch die Kantone werden eigene Kosten- und Qualitätsziele festlegen können. Dabei müssen sie die Vorgaben des Bundesrats berücksichtigen und die Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer vorgängig anhören. Eine Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring wird die Entwicklung der Kosten überwachen und zuhanden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgeben. Weiter sollen die Bestimmungen für die Tarifgestaltung angepasst werden. So müssen Tarifverträge innerhalb eines Jahres nach Einreichung geprüft werden (eine einmalige Fristverlängerung ist möglich), zudem soll, wenn ein Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt und die Tarifpartner ihn nicht selbst anpassen oder kündigen, die zuständige Genehmigungsbehörde eine Anpassung verlangen. Gelingt es daraufhin den Tarifpartnern nicht, innert Jahresfrist einen angepassten Tarifvertrag abzuschliessen, so legt die Genehmigungsbehörde nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest.

Die SP Schweiz ist mit der vorgeschlagenen Verordnungsänderung einverstanden. Es sind zwar keine grossen Effekte zu erwarten, da die Vorlage komplett unverbindliche Massnahmen vorsieht.

Mit der hier vorgeschlagenen Verordnungsänderung zu den Kosten- und Qualitätszielen wird zwar ein Schritt in die richtige Richtung getan, dies wird jedoch nicht reichen, um die Kosten nachhaltig und konsequent zu dämpfen. Insbesondere eben, weil darauf verzichtet wurde, verbindliche Minimalziele festzuschreiben, weder auf Gesetzes- noch nun auf Verordnungsstufe. Das wäre jedoch dringend notwendig, um tatsächlich merkbare Einsparungen erzielen zu können. Die SP Schweiz hat schon mehrfach simpel umsetzbare sowie griffige Massnahmen aufs Tapet gebracht (siehe unter anderem unseren Massnahmenkatalog [hier](#)). Es ist aus unserer Sicht unverständlich, dass die anderen Parteien – nicht zuletzt die Mitte, welche die Kostenbremse-Initiative lancierte – nicht Hand boten, um den Kostenanstieg im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen.

Wir möchten diese Gelegenheit aber auch nutzen, das gewählte Vorgehen seitens Bundesrats zu kritisieren. Denn: Im Sparpaket 2027, zu welchem parallel die Vernehmlassung läuft, ist die Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative ebenfalls aufgeführt. Dort werden die Anpassungen auf Gesetzesebene vernehmlasst und gehen weiter, als mit vorliegender Verordnungsanpassung beschrieben. Zusätzlich zu den bekannten Parametern wird vorgeschlagen, dass der Bund seine Beiträge an die Prämienverbilligungen von den effektiven Gesundheitskosten entkoppelt und sie künftig an den Gesamtkostenzielen des Bundes festmacht. Wir sind empört darüber, dass diese zusätzliche Gesetzesanpassung in vorliegender Vernehmlassung mit keinem Wort erwähnt ist. Die Verwaltung hätte im erläuternden Bericht wenigstens darauf hinweisen müssen, dass gleichzeitig auch im Rahmen des Sparpakets 2027 weitere Parameter zur Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags vernehmlasst werden, namentlich die beabsichtigte harte Anwendung der Kostenziele auf die Ausgaben des Bundes für Prämienverbilligungen. Diese vorgeschlagene Handhabung lehnen wir ausdrücklich ab und kritisieren, dass diese Gesetzesanpassung in vorliegender Verordnungsänderung mit keinem Wort erwähnt wurde.

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

Mit freundlichen Grüssen.

SP Schweiz



Mattea Meyer
Co-Präsidentin



Cédric Wermuth
Co-Präsident



Anna Storz
Politische Fachreferentin

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>La modification de l'OAMal mise en consultation découle de la modification de LAMal adoptée par le Parlement en tant que contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts. Cette modification prévoit que le Conseil fédéral définisse tous les quatre ans des objectifs en matière de coûts après consultation des groupes concernés et améliore la coordination entre le contrôle des coûts et de la qualité. La modification de l'OAMal qui en découle définit quatre groupes de coûts, ainsi qu'une procédure de monitoring des coûts notamment via la création d'une nouvelle commission extraparlamentaire. Les VERT-E-S ne sont pas opposés à la modification proposée, mais font part de deux préoccupations.</p> <p>Premièrement, les mesures proposées sont uniquement facultatives. Cette réforme risque donc de se révéler inefficace, alors qu'il est urgent d'agir pour diminuer le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages. Les VERT-E-S estiment que le système de santé doit être réformé pour mettre la prévention au centre des préoccupations. Plusieurs mesures pourraient être efficaces : améliorer l'accès à la santé de proximité pour réduire les inégalités, impliquer davantage des patient-es et renforcer la coordination des traitements. Il faut également essentiel de permettre une répartition plus équitable des coûts, par exemple par des primes ajustées en fonction du revenu.</p> <p>Deuxièmement, nous considérons qu'il est inacceptable de passer sous silence les mesures de restrictions budgétaires dans le cadre de cette consultation. Selon la mesure 2.16 du programme d'allègement budgétaire du département des finances, les cantons verront la contribution fédérale aux réductions des primes réduite s'ils ne respectent pas les objectifs en matière de diminution de coûts. Ainsi, la diminution des coûts sera facultative pour les cantons, mais les personnes précaires, au bénéfice des subsides à l'assurance maladie, subiront les conséquences en cas de non-respect du frein aux coûts. Ces mesures à deux vitesses sont injustes, inefficaces et doivent être abandonnées. Nous revendiquons la création de mécanismes incitatifs positifs pour encourager les cantons à réduire les coûts, tout en affirmant le caractère profondément injuste et inefficace du paquet de restrictions budgétaires.</p>

Anhang: ver_250506_kostenziele.pdf



Les VERT-E-S suisses
Joanna Haupt
Waisenhausplatz 21
3011 Bern
joanna.haupt@gruene.ch
031 511 93 20

Département fédéral de
l'intérieur
Madame la Conseillère Fédérale
Elisabeth Baume-Schneider
Par e-mail :
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Berne, le 15 avril 2025

Réponse à la consultation sur la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Madame la Conseillère fédérale,

Vous avez invité les VERT-E-S à prendre position dans le cadre de la consultation mentionnée en titre. Nous vous remercions de cette invitation et prenons position comme suit.

Remarques générales

La modification de l'OAMal mise en consultation découle de la modification de LAMal adoptée par le Parlement en tant que contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts. Cette modification prévoit que le Conseil fédéral définisse tous les quatre ans des objectifs en matière de coûts après consultation des groupes concernés et améliore la coordination entre le contrôle des coûts et de la qualité. La modification de l'OAMal qui en découle définit quatre groupes de coûts, ainsi qu'une procédure de monitoring des coûts notamment via la création d'une nouvelle commission extraparlamentaire. Les VERT-E-S ne sont pas opposés à la modification proposée, mais font part de deux préoccupations.

Premièrement, les mesures proposées sont uniquement facultatives. Cette réforme risque donc de se révéler inefficace, alors qu'il est urgent d'agir pour diminuer le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages. Les VERT-E-S estiment que le système de santé doit être réformé pour mettre la prévention au centre des préoccupations. Plusieurs mesures pourraient être efficaces : améliorer l'accès à la santé de proximité pour réduire les inégalités, impliquer davantage des patient-es et renforcer la coordination des traitements. Il faut également essentiel de permettre une répartition plus équitable des coûts, par exemple par des primes ajustées en fonction du revenu.

Deuxièmement, nous considérons qu'il est inacceptable de passer sous silence les mesures de restrictions budgétaires dans le cadre de cette consultation. Selon la mesure 2.16 du programme d'allègement budgétaire du département des finances, les cantons verront la contribution fédérale aux réductions des primes réduite s'ils ne respectent pas les objectifs en matière de diminution des coûts. Ainsi, la diminution des coûts sera facultative pour les cantons, mais les personnes précaires, au bénéfice des subsides à l'assurance maladie, subiront les conséquences en cas de non-respect du frein aux coûts. Ces mesures à deux vitesses sont injustes, inefficaces et doivent être abandonnées. Nous revendiquons la création de mécanismes incitatifs positifs pour encourager les cantons à réduire les coûts, tout en affirmant le caractère profondément injuste et inefficace du paquet de restrictions budgétaires.

Remarque spécifique

Si le titre de la modification soumise à consultation mentionne la fixation d'objectifs en matière de coûts et de qualité, le projet présenté ne propose pourtant aucune mesure de contrôle de la qualité. La nouvelle Commission de monitoring des coûts et de la qualité ans l'assurance des soins ne devra pas, malgré son titre, traiter les questions liées au contrôle de la qualité, afin de respecter les compétences de la Commission fédérale pour la qualité. Par souci d'efficacité et de transparence, nous demandons au Conseil fédéral d'envisager soit de fusionner les deux commissions en une seule, soit d'assurer une répartition claire des tâches reflétée dans le titre même de la commission.

Nous vous remercions d'avance de bien vouloir prendre en compte notre prise de position et restons à votre disposition en cas de questions.

Avec nos salutations distinguées,



Lisa Mazzone
Présidente



Joanna Haupt
Secrétaire politique

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Si le titre de la modification soumise à consultation mentionne la fixation d'objectifs en matière de coûts et de qualité, le projet présenté ne propose pourtant aucune mesure de contrôle de la qualité. La nouvelle Commission de monitoring des coûts et de la qualité ans l'assurance des soins ne devra pas, malgré son titre, traiter les questions liées au contrôle de la qualité, afin de respecter les compétences de la Commission fédérale pour la qualité.</p> <p>Par souci d'efficacité et de transparence, nous demandons au Conseil fédéral d'envisager soit de fusionner les deux commissions en une seule, soit d'assurer une répartition claire des tâches reflétée dans le titre même de la commission.</p>

FDP. Die Liberalen / PLR. Les Libéraux-Radicaux / PLR.I Liberali Radicali

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die FDP.Liberalen erachtet bestimmte Elemente der Änderungen der Verordnung als problematisch sowie andere mit klarem Verbesserungspotenzial.</p> <p>Für die FDP.Die Liberalen ist es zusammenfassend zentral, dass die staatsrechtlichen und politischen Prozesse befolgt werden sowie der Wille des Parlaments korrekt umgesetzt wird. Dies benötigt spezifische Anpassungen in Art. 75a und 75b, um zum einen Qualitätsziele eine stärkere Stellung zu verschaffen, sowie den politischen Willen korrekt umzusetzen.</p>

Anhang: 20250428-VL KVV Kosten- und Qualitätsziele.pdf

FDP.Die Liberalen, Postfach, 3001 Bern

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Tarife und Grundlagen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Bern, 25. April 2025 / HG
VL Änderung KVV Kosten- und
Qualitätsziele

Elektronischer Versand: tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch.

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Vernehmlassungsantwort der FDP.Die Liberalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Vernehmlassung oben genannter Vorlage danken wir Ihnen. Gerne geben wir Ihnen im Folgenden von unserer Position Kenntnis.

Die FDP.Liberalen erachtet bestimmte Elemente der Änderungen der Verordnung als problematisch sowie andere mit klarem Verbesserungspotenzial.

1. Parlamentarischer Auftrag wird nicht erfüllt

Der Verordnungsentwurf schlägt verschiedene Ziele für die jeweiligen Kostenblöcke vor (Art. 75b). In der Diskussion und der Abstimmung in National- und Ständerat wurde von der Bildung separater Ziele pro Kostenblock abgesehen. Ursprünglich waren im Entwurf des Bundesrats zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative einzelne Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, Leistungen und Produkte von der MiGeL vorgesehen (Art. 54 und 54a). Während der Sommersession 2022 wurde dies jedoch vom Parlament durch die Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit I (NR Hess) abgelehnt. Der Antrag hat genau diesen Aspekt aus dem Konzept des Bundesrates entfernt und will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren sowie alle Akteure einbeziehen. Dies war daraufhin auch in den Fahnen des National- und Ständerats erfolgt.

Im aktuellen Vorschlag der Verordnung sind eigenständige Kostengruppen und das kritisierte Silodenken wieder aufgenommen. Dies widerspricht klar dem Willen des Parlaments. Die FDP fordert daher, dass Art. 75b – die Einteilung in Kostengruppen – vollständig aus der Verordnung genommen wird, da sonst dem staatsrechtlichen und politischen Prozess widersprochen wird.

2. Qualitätsziele bei der Tarifgestaltung beachten

In der Tarifgestaltung müssen Qualitätsziele eine stärkere Rolle spielen. Im Moment fehlen teilweise klare Qualitätsziele oder sind nur unzureichend definiert. Kosten- und Qualitätsziele müssen eine gleichwertige Rolle spielen, um eine nachhaltige und zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dazu muss entsprechend Qualität im Gesundheitswesen präziser definiert und erfasst werden. Diese könnte beispielsweise das Einhalten von medizinischen Leitlinien, die Nutzung digitaler Technologien zur

Effizienzsteigerung, die Verbesserung des Patientenzugangs zu innovativen Therapien oder die Verwendung von Pay-for-Quality-Modellen sein.

Die FDP fordert daher, dass eindeutige, klar formulierte Qualitätsziele in die Verordnung aufgenommen werden. So wäre etwa die Aufnahme von zusätzlichen Qualitätszielen in Art. 75a (Gesamtziele) denkbar, um Kosten- und Qualitätsziele besser auszubalancieren und die Arbeit der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring genau anzuleiten.

Daneben fehlen im aktuellen Verordnungstext Bestimmungen über rechtliche Möglichkeiten der Akteure, gegen die Kosten- und Qualitätsziele (Art. 75a) vorzugehen, sollten diese nicht praxistauglich sein oder eine betriebswirtschaftliche Erbringung von Leistungen verunmöglichen. Da der Bundesrat diese festlegt – zwar nach Anhörung der verschiedenen Akteure – muss auch ein Korrekturmechanismus existieren. Bestimmte Aspekte, wie etwa die demographische Entwicklung der Bevölkerung oder das Patientenverhalten, sollen zwingend berücksichtigt werden, weshalb Art. 75a Abs. 2 entsprechend angepasst werden muss.

3. Digitale Synergien nutzen

Die FDP.Die Liberalen begrüsst grundsätzlich die geplante Regelung zur Weitergabe von Daten zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren. Wichtig ist hier, dass dies im Einklang mit dem laufenden DigiSanté-Projekt erfolgt sowie mit dem Swiss Health Data Space abgestimmt ist. Entsprechend müssen auch der Zugang für die Forschung und Qualitätssicherung geklärt werden. Dies kann weiter dazu beitragen, die Versorgungsqualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern.

Für die FDP.Die Liberalen ist es zusammenfassend zentral, dass die staatsrechtlichen und politischen Prozesse befolgt werden sowie der Wille des Parlaments korrekt umgesetzt wird. Dies benötigt spezifische Anpassungen in Art. 75a und 75b, um zum einen Qualitätsziele eine stärkere Stellung zu verschaffen, sowie den politischen Willen korrekt umzusetzen.

Wir danken Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse

FDP.Die Liberalen

Der Präsident



Thierry Burkart
Ständerat

Der Generalsekretär



Jonas Projer

Beilagen

-

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die FDP.Die Liberalen begrüsst grundsätzlich die geplante Regelung zur Weitergabe von Daten zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren. Wichtig ist hier, dass dies im Einklang mit dem laufenden DigiSanté-Projekt erfolgt sowie mit dem Swiss Health Data Space abgestimmt ist. Entsprechend müssen auch der Zugang für die Forschung und Qualitätssicherung geklärt werden. Dies kann weiter dazu beitragen, die Versorgungsqualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern.
Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>In der Tarifgestaltung müssen Qualitätsziele eine stärkere Rolle spielen. Im Moment fehlen teilweise klare Qualitätsziele oder sind nur unzureichend definiert. Kosten- und Qualitätsziele müssen eine gleichwertige Rolle spielen, um eine nachhaltige und zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dazu muss entsprechend Qualität im Gesundheitswesen präziser definiert und erfasst werden. Diese könnte beispielsweise das Einhalten von medizinischen Leitlinien, die Nutzung digitaler Technologien zur Effizienzsteigerung, die Verbesserung des Patientenzugangs zu innovativen Therapien oder die Verwendung von Pay-for-Quality-Modellen sein.</p> <p>Die FDP fordert daher, dass eindeutige, klar formulierte Qualitätsziele in die Verordnung aufgenommen werden. So wäre etwa die Aufnahme von zusätzlichen Qualitätszielen in Art. 75a (Gesamtziele) denkbar, um Kosten- und Qualitätsziele besser auszubalancieren und die Arbeit der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring genau anzuleiten.</p> <p>Daneben fehlen im aktuellen Verordnungstext Bestimmungen über rechtliche Möglichkeiten der Akteure, gegen die Kosten- und Qualitätsziele (Art. 75a) vorzugehen, sollten diese nicht praxistauglich sein oder eine betriebswirtschaftliche Erbringung von Leistungen verunmöglichen. Da der Bundesrat diese festlegt – zwar nach Anhörung der verschiedenen Akteure – muss auch ein Korrekturmechanismus existieren. Bestimmte Aspekte, wie etwa die demographische Entwicklung der Bevölkerung oder das Patientenverhalten, sollen zwingend berücksichtigt werden, weshalb Art. 75a Abs. 2 entsprechend angepasst werden muss.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Der Verordnungsentwurf schlägt verschiedene Ziele für die jeweiligen Kostenblöcke vor (Art. 75b). In der Diskussion und der Abstimmung in National- und Ständerat wurde von der Bildung separater Ziele pro Kostenblock abgesehen. Ursprünglich waren im Entwurf des Bundesrats zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative einzelne Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, Leistungen und Produkte von der MiGeL vorgesehen (Art. 54 und 54a). Während der Sommersession 2022 wurde dies jedoch vom Parlament durch die Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit I (NR Hess) abgelehnt. Der Antrag hat genau diesen Aspekt aus dem Konzept des Bundesrates entfernt und will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren sowie alle Akteure einbeziehen. Dies war daraufhin auch in den Fahnen des National- und Ständerats erfolgt.</p> <p>Im aktuellen Vorschlag der Verordnung sind eigenständige Kostengruppen und das kritisierte Silodenken wieder aufgenommen. Dies widerspricht klar dem Willen des Parlaments. Die FDP fordert daher, dass Art. 75b – die Einteilung in Kostengruppen – vollständig aus der Verordnung genommen wird, da sonst dem staatsrechtlichen und politischen Prozess widersprochen wird.</p>

3. Stellungnahmen Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national

4. Stellungnahmen Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Schweiz. Gewerkschaftsbund (SGB) / Union syndicale suisse (USS) / Unione sindacale svizzera (USS)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Mit den vorgeschlagenen Änderungen der Krankenversicherungsverordnung (KVV) kann sich der SGB einverstanden erklären. Von deren Wirkung versprechen wir uns allerdings kaum etwas, denn die beschlossene Revision ist völlig zahnlos und unverbindlich. So gehen mit einem Überschreiten der Kostenziele keinerlei verbindliche Massnahmen einher und die Kantone sind ihrerseits ohnehin völlig frei in der Festlegung und Durchsetzung von Kostenzielen.</p> <p>Abschliessend müssen wir an dieser Stelle die vom Bundesrat gemachte Verknüpfung der beschlossenen KVG-Revision zu den Kosten- und Qualitätszielen mit dem sich parallel in Vernehmlassung befindenden "Entlastungspaket 2027" stark kritisieren: Im Rahmen seiner Kürzungsideen schlägt der Bundesrat vor, dass die Ausgaben des Bundes für Prämienverbilligungen künftig nur noch mit den neu festzusetzenden Kostenzielen und nicht mehr – wie bis anhin – mit den tatsächlich eintretenden Kostensteigerungen wachsen sollen. Während also diese neuen Kostenziele für sämtliche Akteure des Gesundheitswesens (Regulatoren, Leistungserbringer, Finanzierer etc.) explizit keinerlei Verbindlichkeit haben, sollen sie stattdessen – über den Umweg einer anderen Vorlage – ausschliesslich auf die Prämienzahler:innen hart angewendet werden. Letztere bzw. insbesondere die Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen, sollen neu also als einzige ein zusätzliches Kostenrisiko tragen müssen. Wir lehnen diesen Sparvorschlag vehement ab (siehe auch die entsprechende Vernehmlassungsantwort des SGB zum "Entlastungspaket 2027"). Es ist zudem nicht redlich, dass die beabsichtigte harte Anwendung der Kostenziele auf die Ausgaben des Bundes für Prämienverbilligungen im Rahmen dieser KVV-Vernehmlassung mit keinem Wort erwähnt wird.</p>

Anhang: 250326_RW_VL__nderung Verordnung KVV_oVisa (3).pdf

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Frau Bundesrätin Baume-Schneider
3003 Bern

per Mail an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 27.03.2025

Änderung der Krankenversicherungsverordnung (Kosten- und Qualitätsziele):
Vernehmlassung

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) nimmt dazu im Folgenden gerne Stellung.

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dieser Vernehmlassung schlägt der Bundesrat die Umsetzung der im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur abgelehnten "Kostenbremse-Initiative" in Kraft tretenden KVG-Revision zur Einführung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen vor. Solche Ziele sollen nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre vom Bundesrat festgelegt werden. Ein entsprechendes Monitoring inklusive einer neuen Eidgenössischen Kommission soll aufgebaut werden, wobei letztere jeweils auch Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgeben soll.

Die für die Festlegung der Kostenziele massgebenden Parameter (die Entwicklung der Morbidität, der medizinisch-technische Fortschritt, die Entwicklung der Wirtschaft, der Löhne und der Preise sowie das Effizienzpotenzial) wurden unseres Erachtens richtig gewählt. Sie werden richtigerweise auch direkt in die Verordnung aufgenommen, und dies – ebenfalls richtigerweise – als nicht abschliessende Liste. Gleiches gilt für die Auswahl und explizite Nennung der Kostengruppen für die Festlegung von Unterzielen nach Ausgabenbereichen: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Praxis-Behandlungen, Arzneimittel und Langzeitpflege.

Kostendämpfung: Von dieser Vorlage nicht zu erwarten

Mit den vorgeschlagenen Änderungen der Krankenversicherungsverordnung (KVV) kann sich der SGB einverstanden erklären. Von deren Wirkung versprechen wir uns allerdings kaum etwas, denn die beschlossene Revision ist völlig zahnlos und unverbindlich. So gehen mit einem Überschreiten der Kostenziele keinerlei verbindliche Massnahmen einher und die Kantone sind ihrerseits ohnehin völlig frei in der Festlegung und Durchsetzung von Kostenzielen. Am wirksamsten könnte sich noch die vom Parlament bezüglich des Genehmigungsverfahrens von

Monbijoustrasse 61, 3007 Bern, www.sgb.ch
Tel. 031 377 01 01, Fax 031 377 01 02, info@sgb.ch

Tarifverträgen in die Revision aufgenommenen Bestimmungen erweisen. So sollen Tarifverträge neu innerhalb eines Jahres nach Einreichung geprüft werden müssen. Und insbesondere hat die entsprechende Genehmigungsbehörde künftig bei der Anwendung ihrer subsidiären Kompetenz die Möglichkeit, *"differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern"* festsetzen. Damit besteht die leise Hoffnung, dass künftig Tarifsysteme – sollten sich die Tarifpartner ihrerseits nicht einigen können – vermehrt mit Blick auf eine Stärkung der Grund- und Notfallversorgung ausgestaltet werden können.

Kostendämpfung: Griffige Massnahmen bleiben dringlich

Neben der übergeordneten Dringlichkeit einer bezahlbaren und vor allem sozialen Finanzierung der Grundversicherung ist eine wirksame Kostendämpfung absolut unabdingbar. Entsprechend hat sich der Schweizerische Gewerkschaftsbund auch immer – etwa im Rahmen der dazu durchgeführten Vernehmlassungen – eingebracht und dabei stets betont, dass eine Eindämmung der im System vorhandenen Verschwendung, Überversorgung und Geschäftemacherei absolut prioritär ist: Die ohnehin bereits stark regulierten Medikamentenpreise müssen endlich auf ein vernünftiges Niveau gebracht werden (die Kosten für Arzneimittel machen heute insgesamt bereits über ein Viertel der Ausgaben in der Grundversicherung aus); die Fehlanreize der mengenbasierten Tarifsysteme müssen grundsätzlich korrigiert und Letztere zugunsten der Grundversorgung und zulasten der zu hohen Vergütungen für Spezialärzt:innen umgebaut werden; die finanzielle Belastung der Grundversicherung durch die Fehlanreize der lukrativen Zusatzversicherungen muss endlich ein Ende haben und die Digitalisierung muss wirksam – und auf nationaler Ebene, bzw. mit möglichst wenig Föderalismus – vorangetrieben werden. Dies ist nur eine Auswahl der unseres Erachtens prioritären Ansatzpunkte, welche leider alle nicht Teil der vorliegenden Vernehmlassung bzw. der ihr zugrunde liegenden Gesetzesänderung sind.

Harte Anwendung der Kostenziele im Rahmen des Sparpakets völlig inakzeptabel

Abschliessend müssen wir an dieser Stelle die vom Bundesrat gemachte Verknüpfung der beschlossenen KVG-Revision zu den Kosten- und Qualitätszielen mit dem sich parallel in Vernehmlassung befindenden "Entlastungspaket 2027" stark kritisieren: Im Rahmen seiner Kürzungsideen schlägt der Bundesrat vor, dass die Ausgaben des Bundes für Prämienverbilligungen künftig nur noch mit den neu festzusetzenden Kostenzielen und nicht mehr – wie bis anhin – mit den tatsächlich eintretenden Kostensteigerungen wachsen sollen. Während also diese neuen Kostenziele für sämtliche Akteure des Gesundheitswesens (Regulatoren, Leistungserbringer, Finanzierer etc.) explizit keinerlei Verbindlichkeit haben, sollen sie stattdessen – über den Umweg einer anderen Vorlage – ausschliesslich auf die Prämienzahler:innen hart angewendet werden. Letztere, bzw. insbesondere die Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen, sollen neu also als einzige ein zusätzliches Kostenrisiko tragen müssen. Wir lehnen diesen Sparvorschlag vehement ab (siehe auch die entsprechende Vernehmlassungsantwort des SGB zum "Entlastungspaket 2027"). Es ist zudem nicht redlich, dass die beabsichtigte harte Anwendung der Kostenziele auf die Ausgaben des Bundes für Prämienverbilligungen im Rahmen dieser KVV-Vernehmlassung mit keinem Wort erwähnt wird.

In diesem Sinne hoffen wir auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken Ihnen herzlich für die Zusammenarbeit.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND

Pierre-Yves Maillard
Präsident

Reto Wyss
Zentralsekretär

Titel	3. Kapitel: Tarife und Preise
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Von deren Wirkung versprechen wir uns allerdings kaum etwas, denn die beschlossene Revision ist völlig zahnlos und unverbindlich. So gehen mit einem Überschreiten der Kostenziele keinerlei verbindliche Massnahmen einher und die Kantone sind ihrerseits ohnehin völlig frei in der Festlegung und Durchsetzung von Kostenzielen.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die für die Festlegung der Kostenziele massgebenden Parameter (die Entwicklung der Morbidität, der medizinisch-technische Fortschritt, die Entwicklung der Wirtschaft, der Löhne und der Preise sowie das Effizienzpotenzial) wurden unseres Erachtens richtig gewählt. Sie werden richtigerweise auch direkt in die Verordnung aufgenommen, und dies – ebenfalls richtigerweise – als nicht abschliessende Liste.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Gleiches gilt für die Auswahl und explizite Nennung der Kostengruppen für die Festlegung von Unterzielen nach Ausgabenbereichen: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Praxis-Behandlungen, Arzneimittel und Langzeitpflege.

economiesuisse

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	economiesuisse hat sich im Gesetzgebungsprozess gegen die Einführung von Kosten- und Qualitätszielen ausgesprochen. Die im Gesetz vorgesehenen Kosten- und Qualitätsziele führen zu einem administrativen Mehraufwand ohne Nutzen für das Gesundheitswesen. Die Verordnungsänderung sollte daher präzise, aber möglichst schlank gehalten werden. In der vorliegenden Form verschärft die Verordnung jedoch das Gesetz und droht es für alle Beteiligten noch schädlicher zu machen. Insbesondere die Kostenziele pro Kostengruppe und die Konkretisierung zur Tarifgestaltung sind aus Sicht der Wirtschaft inakzeptabel, da sie über die Vorgaben des Parlaments hinausgehen und im Widerspruch zur Förderung der koordinierten medizinischen Versorgung stehen.

Anhang: 20250505_VNL_Kosten- und Qualitätsziele-def.pdf

Eidgenössisches Departement des Inneren
Inselgasse 1
3003 Bern

Hochgeladen auf die Plattform Consultations (online)

5. Mai 2025

Stellungnahme von economiesuisse zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen nachfolgend gerne Stellung.

economiesuisse hat sich im Gesetzgebungsprozess gegen die Einführung von Kosten- und Qualitätszielen ausgesprochen. Die im Gesetz vorgesehenen Kosten- und Qualitätsziele führen zu einem administrativen Mehraufwand ohne Nutzen für das Gesundheitswesen. Die Verordnungsänderung sollte daher präzise, aber möglichst schlank gehalten werden. In der vorliegenden Form verschärft die Verordnung jedoch das Gesetz und droht es für alle Beteiligten noch schädlicher zu machen. Insbesondere die Kostenziele pro Kostengruppe und die Konkretisierung zur Tarifgestaltung sind aus Sicht der Wirtschaft inakzeptabel, da sie über die Vorgaben des Parlaments hinausgehen und im Widerspruch zur Förderung der koordinierten medizinischen Versorgung stehen.

Ausgangslage

Das Parlament hat einen Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte beschlossen, der nach der Ablehnung der Initiative in Kraft tritt. Die Vorlage beinhaltet neue Vorschriften zur Tarifgestaltung und zum Fallbeitrag, zu den Kostenzielen, sowie zur neu zu schaffenden Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKQK). Ziel der Vorlage wäre es, das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass zu beschränken und die Transparenz über die Kostenentwicklung zu stärken. Dies wird mit der Vorlage nicht möglich sein.

Beurteilung der Vorlage

a) Kosten- und Qualitätsziele

Die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen ist schwierig, da das Gesundheitswesen mit vielen unternehmerisch selbständigen Organisationen dynamischen Prozessen unterliegt. Solche Ziele auf Bundesebene zu formulieren ist nicht sinnvoll, da sich die Organisationen strategisch unterschiedlich an den Zielen ausrichten. Eine solche Steuerung des komplexen Systems würde nur die Kosten erhöhen. Besser wäre es, die Kosten durch Wettbewerbselemente zu dämpfen, wie dies 1994 im Entwurf zum neuen KVG vorgesehen war. Zudem kollidieren die Kosten- und Qualitätsziele mit anderen Bestimmungen des KVG, insbesondere mit Art. 47c KVG (Kostenüberwachung). Letztere ist Aufgabe der Tarifpartner und nicht einer neuen Kommission. Zudem führt eine neue Kommission zu Überschneidungen mit anderen Kommissionen (EQK und ELGK), die ebenfalls Qualitätsziele erarbeiten bzw. neue Leistungen beurteilen sollen, die Einfluss auf die Kostenziele haben. Offensichtlich werden hier Doppelspurigkeiten geschaffen.

b) Keine Kostenziele pro Kostengruppe

Der Bundesrat wollte in seinem Botschaftsentwurf nur Kostenziele festlegen und diese in vier Leistungsbereiche aufteilen. Das Parlament verlangte neu auch Qualitätsziele und strich die Kostengruppen (vgl. [Fahne](#)). Nun tauchen diese Kostengruppen in der Verordnung wieder auf: *Art. 75b VE-KVV sieht vor, dass - zusätzlich zu den Zielen für die Gesamtkosten - auch Kostenziele nach Kostengruppen festzulegen sind.* Der Verordnungsentwurf sieht nun sogar fünf Kostengruppen vor. Diese Kostengruppen werden von der Wirtschaft entschieden abgelehnt. Kostenziele pro Kostengruppe vorzuschlagen, ist noch schädlicher, da alle Probleme bei der Festlegung von Gesamtkostenzielen noch verschärft werden. Zudem führen Innovationen zu Verschiebungen der relativen Kostengewichte pro Kostengruppe, die eine Kommission nicht vorhersehen kann. Schliesslich fördern Kostenziele pro Kostengruppe das Silodenken und machen damit die Versorgung ineffizienter.

c) Unklare Begriffe – WZW-Kriterium auch bei der Regulierung

Die Begriffe sind unklar und ihre Interdependenz wirft zusätzliche Fragen auf. Dies schafft Rechtsunsicherheiten. Wie werden Kostenziele gemessen und für welche Leistungen? Wie werden numerische Kostenziele mit qualitativen Qualitätszielen verknüpft? Wer ist von den Kostenvorgaben betroffen? Gemäss den Erläuterungen zur KVV-Revision stehen nicht alle Kostengruppen im Fokus. Dies würde eine Ungleichbehandlung bedeuten, wenn es Akteure im Gesundheitswesen gäbe, die nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterworfen werden sollen. Schliesslich soll die Kommission gemäss gesetzlicher Vorgabe «Empfehlungen für Massnahmen» abgeben. Worauf diese Empfehlungen abzielen, was sie bewirken sollen und wie sie kommuniziert werden, bleibt völlig offen.

Die Leistungen gemäss KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein. Es wäre dringend angezeigt, dass Gesetzes- und Verordnungstexte in Zukunft auch den WZW-Kriterien entsprechen. Der vorliegende Entwurf verfehlt alle drei Anforderungen.

d) Bestimmungen zur Tarifgestaltung

Neben der Konkretisierung der Kostenziele will das Departement auch neue Bestimmungen zur Tarifgestaltung konkretisieren. Aus Sicht von economiesuisse ist diese Konkretisierung unnötig und geht einmal mehr über die Vorgaben des Parlaments hinaus. Sie erschwert die Verhandlungen der Tarifpartner und schränkt den Spielraum der Genehmigungsbehörde ein. Beides birgt die Gefahr von veralteten, nicht mehr sachgerechten Tarifen, vertragslosen Zuständen, behördlichen Verfügungen,

Beschwerden und Gerichtsentscheiden. Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat in ihrem neuesten Bericht (EFK-23653) anhand ausgewählter Tarife die Prozesse in der OKP zur Sicherstellung der Kostenwahrheit untersucht. Ziel der Prüfung war es zu beurteilen, ob der Bund über die notwendigen Instrumente zur Sicherstellung der Kostenwahrheit in der OKP verfügt, und ob er diese auch einsetzt. Die Prüfung hat gezeigt, dass im ambulanten Bereich verbindliche Mechanismen zur Weiterentwicklung der Tarifstrukturen fehlen. Statt eine solche Weiterentwicklung der Tarife über die Tarifpartnerschaft zu fördern, erschwert der Gesetzesentwurf eine Einigung.

Die Wirtschaft erachtet eine weitere ausserparlamentarische Kommission nicht nur als unnötig, sondern sogar als schädlich. Sie erhöht die Koordinationskosten und die Komplexität der KVG-Regulierung. Mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) besteht bereits eine Kommission, die Qualitätsziele vorschlagen kann. Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) wäre prädestiniert, Kostenziele vorzuschlagen, da sie die neuen Leistungen und damit die mögliche Kostenentwicklung kennt. Da das Gesetz eine solche neue Kommission vorschlägt und man an einer neuen Kommission festhalten will, sollte sie jedoch im Sinne einer guten Governance besetzt werden, um den Schaden zu begrenzen. Aus Sicht der Wirtschaft sollte die Kommission so zusammengesetzt sein, dass alle relevanten Interessen angemessen vertreten sind. Namentlich die Leistungserbringer, die Pharmaindustrie, die Krankenversicherer, die Kantone sowie die Patientinnen und Patienten.

Fazit

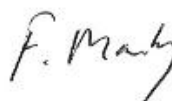
Das Ziel der Vorlage, das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass zu beschränken, kann mit den vorgeschlagenen Änderungen nicht erreicht werden. Im Gegenteil: Eine neue ausserparlamentarische Kommission (EKKQ) verursacht zusätzliche Kosten, erhöht nicht nur den Koordinationsbedarf mit der bestehenden Qualitätskommission (EQK), sondern verursacht auch mehr Bürokratie auf allen Ebenen. Doppelspurigkeiten und Rechtsunsicherheiten hüben wie drüben sind die Folge. Generell sollten nicht immer neue ausserparlamentarische Kommissionen geschaffen, sondern ihre Zahl reduziert und ihre Aufgaben besser aufeinander abgestimmt werden. Zusätzliche Regelungen zur Tarifgestaltung schränken zudem den Handlungsspielraum der Tarifpartner ein und erschweren die Tarifverhandlungen. Sie führen zu veralteten oder technokratisch festgesetzten Tarifen. Der vorliegende Erlass erhöht insgesamt die Verwaltungskosten im Gesundheitswesen, anstatt sie zu senken. Die Verordnung darf daher inhaltlich nicht über den Gesetzestext hinausgehen.

Freundliche Grüsse

economiesuisse



Rudolf Minsch
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung,
Bereichsleiter allgemeine Wirtschaftspolitik &
Bildung / Chefökonom



Fridolin Marty
Leiter Gesundheitspolitik

Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) / Union suisse des arts et métiers (USAM) / Unione svizzera delle arti e mestieri (USAM)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>L'usam rejette ce projet de modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie et, par conséquent, la mise en oeuvre des nouveaux articles 54 et suivants de la LAMal révisée sous la forme proposée. Ce projet marque une dérive préoccupante vers une logique de planification étatique du système de santé – une évolution que l'usam combat résolument.</p> <p>Attachée à un système de santé libéral, fondé sur la concurrence, l'innovation et la responsabilité individuelle, l'usam s'oppose à toute tentative de pilotage centralisé, de mécanismes de rationnement dé-guisés ou de contrôle administratif excessif. La modification envisagée menace non seulement l'efficacité du système, mais aussi sa capacité à s'adapter aux besoins réels de la population.</p> <p>Les éléments suivants sont particulièrement préoccupants dans le projet soumis à consultation :</p> <ul style="list-style-type: none">•Le projet ne précise ni la forme ni les critères des objectifs de coûts : montant absolu, taux de croissance, plafonds indexés ? Cette imprécision nuit à la sécurité juridique et compromet la planification des acteurs cantonaux et des prestataires. De plus, l'approche uniforme ne tient pas compte des différences régionales ou sectorielles – par exemple dans la réadaptation stationnaire ou la psychiatrie – où les besoins sont pourtant appelés à croître.•En cas de dépassement des objectifs de coûts, les mesures correctives envisagées sont floues et potentiellement arbitraires. Il existe un risque réel que ces mesures pénalisent les prestataires les plus efficaces, ceux qui ont déjà optimisé leurs processus et dont les marges de manoeuvre pour de nouvelles économies sont limitées. Ce serait un signal contre-productif et l'efficacité serait découragée et la qualité, fragilisée.•Le projet prévoit la création d'une nouvelle commission fédérale de monitoring, alors même que la législation actuelle (art. 47c KVG) prévoit déjà un dispositif de suivi des coûts, volumes et quantités. La mise en place d'une commission parallèle introduirait une double régulation inutile, source de confusion, de charges administratives supplémentaires et de surcoûts non couverts.•La composition prévue de cette commission soulève des préoccupations majeures en matière de gouvernance. Le risque d'une représentation déséquilibrée et sans véritable indépendance ni parité entre les parties concernées, est réel. Ce type de gouvernance crée un terrain propice à des décisions politiquement orientées, au détriment d'une analyse fondée sur les faits et la transparence. <p>L'usam appelle à renoncer à cette modification de l'ordonnance dans sa forme actuelle. Si des ajustements sont envisagés, ils doivent impérativement respecter les principes de transparence, d'efficacité économique et d'adéquation. La réglementation doit être aussi légère et ciblée que possible, afin d'éviter à la fois une bureaucratie inefficace du système de santé et une rationalisation insidieuse de l'offre de soins.</p>

Anhang: 20250506_vnla_sgv_modification_OAMal -Objectifs_de_coûts_et_qualité_fr.pdf



Office fédéral de la santé publique OFSP
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Berne

Berne, le 6. Mai 2025 - sgv-Ssc/zh

Réponse à la consultation : **Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)**
(Objectifs en matière de coûts et de qualité)

Madame, Monsieur

Plus grande organisation faîtière de l'économie suisse, l'Union suisse des arts et métiers usam représente plus de 230 associations et plus de 600 000 PME, soit 99,8% des entreprises de notre pays. La plus grande organisation faîtière de l'économie suisse s'engage sans répit pour l'aménagement d'un environnement économique et politique favorable au développement des petites et moyennes entreprises.

Par courrier du 29 janvier 2025, Madame la Conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider nous a invité à nous prononcer sur le projet de modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité). Nous la remercions vivement de l'occasion qui nous a été donnée de nous exprimer.

L'usam rejette ce projet de modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie et, par conséquent, la mise en œuvre des nouveaux articles 54 et suivants de la LAMal révisée sous la forme proposée. Ce projet marque une dérive préoccupante vers une logique de planification étatique du système de santé – une évolution que l'usam combat résolument.

Attachée à un système de santé libéral, fondé sur la concurrence, l'innovation et la responsabilité individuelle, l'usam s'oppose à toute tentative de pilotage centralisé, de mécanismes de rationnement déguisés ou de contrôle administratif excessif. La modification envisagée menace non seulement l'efficacité du système, mais aussi sa capacité à s'adapter aux besoins réels de la population.

Les éléments suivants sont particulièrement préoccupants dans le projet soumis à consultation :

- Le projet ne précise ni la forme ni les critères des objectifs de coûts : montants absolus, taux de croissance, plafonds indexés ? Cette imprécision nuit à la sécurité juridique et compromet la planification des acteurs cantonaux et des prestataires. De plus, l'approche uniforme ne tient pas compte des différences régionales ou sectorielles – par exemple dans la réadaptation stationnaire ou la psychiatrie – où les besoins sont pourtant appelés à croître.
- En cas de dépassement des objectifs de coûts, les mesures correctives envisagées sont floues et potentiellement arbitraires. Il existe un risque réel que ces mesures pénalisent les prestataires les plus efficaces, ceux qui ont déjà optimisé leurs processus et dont les marges de manœuvre pour

Schweizerischer Gewerbeverband

Union suisse des arts et métiers

Unione svizzera delle arti e mestieri

Schwarztorstrasse 26, Postfach, 3001 Bern · Telefon 031 380 14 14, Fax 031 380 14 15 · info@sgv-usam.ch
www.usam-sgv.ch | www.x.com/gewerbeverband | www.facebook.com/usamsgv | www.linkedin.com/company/sgv-usam

de nouvelles économies sont limitées. Ce serait un signal contre-productif et l'efficacité serait découragée et la qualité, fragilisée.

- Le projet prévoit la création d'une nouvelle commission fédérale de monitoring, alors même que la législation actuelle (art. 47c KVG) prévoit déjà un dispositif de suivi des coûts, volumes et quantités. La mise en place d'une commission parallèle introduirait une double régulation inutile, source de confusion, de charges administratives supplémentaires et de surcoûts non couverts.
- La composition prévue de cette commission soulève des préoccupations majeures en matière de gouvernance. Le risque d'une représentation déséquilibrée et sans véritable indépendance ni parité entre les parties concernées, est réel. Ce type de gouvernance crée un terrain propice à des décisions politiquement orientées, au détriment d'une analyse fondée sur les faits et la transparence.

L'usam appelle à renoncer à cette modification de l'ordonnance dans sa forme actuelle. Si des ajustements sont envisagés, ils doivent impérativement respecter les principes de transparence, d'efficacité économique et d'adéquation. La réglementation doit être aussi légère et ciblée que possible, afin d'éviter à la fois une bureaucratisation inefficace du système de santé et une rationalisation insidieuse de l'offre de soins.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre prise de position.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Union suisse des arts et métiers usam



Urs Furrer
Directeur



Simon Schnyder
Ressortleiter

5. Stellungnahmen Übrige Organisationen und Stellungnehmende

ARTISET

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die Föderation ARTISET mit den Branchenverbänden CURAVIVA, INSOS und YOUVITA anerkennen Bemühungen, welche die Ausschöpfung des Effizienzpotentials ins Zentrum stellen und damit einem Kostenwachstum entgegenwirken will. Dafür braucht es grundlegende Reformen wie dies mit EFAS der Fall ist, die Fehlanreize im Gesundheitswesen beseitigen. Es sind somit Reformen anzustreben, die eine bessere Steuerung des Gesundheitssystems und somit die Nutzung von Synergien ermöglichen und Fehlanreize beheben. Das Setzen von Kostenzielen ändert nichts an der Funktionsweise des Systems. Dies führt höchstens zu mehr Bürokratie für die unterschiedlichen Akteure und erhöht letztendlich den schon bestehenden Kostendruck innerhalb des Systems.</p> <p>Die Verordnung von Kostenzielen bleibt entweder folgenlos oder sie führt potenziell zu einem Verteilungskampf, bei dem die Sicherstellung der «unattraktiven» Grundversorgung gegenüber den «Verheissungen» der Spitzenmedizin einen schweren Stand haben wird. Im schlimmsten Fall leistet der indirekte Gegenvorschlag einer Unterfinanzierung bei der Grundversorgung Vorschub. Mit Sicherheit aber führt der indirekte Gegenvorschlag zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand für die Leistungserbringer und dies steht in einem krassen Widerspruch mit dem eigentlichen Ziel der Vorlage. Da die Vorlage vom Parlament verabschiedet wurde, ist sie bedauerlicherweise umzusetzen. Die Föderation ARTISET mit den Branchenverbänden CURAVIVA, INSOS und YOUVITA fordern, dass eine Evaluation der gesetzlichen Anpassungen z.B. nach zwei Amtszyklen der Kommission (sprich nach 8 Jahren) vorgenommen wird. Mit dem Ziel zu prüfen, ob die Vorlage das eigentliche Ziel erreicht und das erreichte Resultat die Mehraufwände rechtfertigen. Sollte dies nicht der Fall sein, sind entsprechende Massnahmen zu ergreifen.</p>

Anhang: 250506_Stellungnahme_Kosten_Qualitätsziele_D.pdf

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Stellungnahme von:

Name / Firma / Organisation : ARTISET (CURAVIVA, INSOS, YOUVITA)

Abkürzung der Firma / Organisation :

Adresse : Zieglerstrasse 53, 3007 Bern

Kontaktperson : Catherine Bugmann

Telefon : 031 385 33 08

E-Mail : catherine.bugmann@artiset.ch

Datum: 06.05.2025

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung
			<p>Die Föderation ARTISET mit den Branchenverbänden CURAVIVA, INSOS und YOUVITA anerkennen Bemühungen, welche die Ausschöpfung des Effizienzpotentials ins Zentrum stellen und damit einem Kostenwachstum entgegenwirken will. Dafür braucht es grundlegende Reformen wie dies mit EFAS der Fall ist, die Fehlanreize im Gesundheitswesen beseitigen. Es sind somit Reformen anzustreben, die eine bessere Steuerung des Gesundheitssystems und somit die Nutzung von Synergien ermöglichen und Fehlanreize beheben. Das Setzen von Kostenzielen ändert nichts an der Funktionsweise des Systems. Dies führt höchstens zu mehr Bürokratie für die unterschiedlichen Akteure und erhöht letztendlich den schon bestehenden Kostendruck innerhalb des Systems.</p> <p>Die Verordnung von Kostenzielen bleibt entweder folgenlos oder sie führt potenziell zu einem Verteilungskampf, bei dem die Sicherstellung der «unattraktiven» Grundversorgung gegenüber den «Verheissungen» der Spitzenmedizin einen schweren Stand haben wird. Im schlimmsten Fall leistet der indirekte Gegenvorschlag einer Unterfinanzierung bei der Grundversorgung Vorschub. Mit Sicherheit aber führt der indirekte Gegenvorschlag zu einem zusätzlichen administrativen Aufwand für die Leistungserbringer und dies steht in einem krassen Widerspruch mit dem eigentlichen Ziel der Vorlage. Da die Vorlage vom Parlament verabschiedet wurde, ist sie bedauerlicherweise umzusetzen. Die Föderation ARTISET mit den Branchenverbänden CURAVIVA, INSOS und YOUVITA fordern, dass eine Evaluation der gesetzlichen Anpassungen z.B. nach zwei Amtszyklen der Kommission (sprich nach 8 Jahren) vorgenommen wird. Mit dem Ziel zu prüfen, ob die Vorlage das eigentliche Ziel erreicht und das erreichte Resultat die Mehraufwände rechtfertigen. Sollte dies nicht der Fall sein, sind entsprechende Massnahmen zu ergreifen.</p>
28	1		ARTISET erwartet durch die Erfüllung der zusätzlichen Aufgaben einen erheblichen Mehraufwand. Ob der zu erwartende Mehrwert in einem ausgeglichenen Verhältnis zum Mehraufwand steht, ist für ARTISET und die Branchenverbände

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

			CURAVIVA, INSOS und YOUViTA fraglich. Entsprechend ist im Minimum der Aufwand jeglicher Datenerhebungen für alle betroffenen Organisationen zu minimieren. Dazu gehört, dass das Prinzip der Datensparsamkeit, wie auch überall konsequent das once only-Prinzip angewendet wird. Auch diese Datenerhebung ist in der Interoperabilitätsplattform I4Y zu integrieren und in aggregierter und anonymisierter Form der Forschung zur Verfügung zu stellen.
59c	1		<p>Es ist zu definieren, was unter einer effizienten Leistungserbringung zu verstehen ist. Ferner benötigen alle Leistungserbringer eine sachgerechte Tarifierung, um Leistungen in der notwendigen Qualität zu erbringen.</p> <p>Entsprechend gehen wir davon aus, dass die Kostenneutralität für die Umsetzung von EFAS keine Bedeutung hat, zumal es sich nicht um einen "Wechsel des Tarifmodells" handelt, sondern eine Neuschaffung von Tarifverträgen, welche aber natürlich auf den bisher ausgewiesenen Pflegekosten (SOMED- und Spitex-Statistik) beruhen muss.</p> <p>In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass auch Institutionen für Menschen mit Behinderung Pflegeleistungen nach KVG abrechnen. Datenlieferungen zuhänden der Behörden finden in diesem Bereich jedoch nicht systematisch statt. Eine solide Datengrundlage stellt jedoch für die Berechnung kostendeckender Tarife eine unverzichtbare Basis dar und muss in dieser Form noch sichergestellt werden.</p> <p>Antrag auf Anpassung</p> <p>Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b</p> <p>Streichung der Begriffe "...darf höchstens ...decken" und hinzufügen des Begriffs «...deckt...»</p> <p>Die Kosten für die neue Tariforganisation in der Langzeitpflege sind im Tarif einzubeziehen. Deshalb ist der Artikel 59c Abs. 1 folgendermassen zu ergänzen:</p> <p>Antrag auf Ergänzung</p> <p>Art. 59c Abs. 1 Bst. e:</p>

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

			<p>Der Tarif beinhaltet die Kosten für die Organisation der Tarifstruktur.</p> <p>Art. 59c Abs. 1 Bst. f:</p> <p>Der Tarif muss die Kosten für die Durchführung und Abwicklung der Qualitätsaufgaben nach Art. 58 und Art. 58a abgelden.</p>
59d	1		<p>Eine regelmässige Überprüfung der Tarife ist aufgrund der sich verändernden Umstände sicherlich sinnvoll, der dafür vorgesehene Zeitrahmen sollte allerdings adäquat lange ausgestaltet sein (keine übermässige Bürokratie) und präzisiert werden.</p> <p>Das Ziel muss sein, dass Tarifverträge aktuell bleiben, also bei grösseren Veränderungen zeitnah angepasst werden. Deshalb sollte zusätzlich ein Zeitrahmen definiert werden, innert welcher Frist die Tarifverträge von der zuständigen Behörde genehmigt resp. abgelehnt werden müssen.</p>
75a	1		<p>Es werden viele Begriffe genutzt, die nicht klar definiert sind und dessen Anwendung viel Interpretationsspielraum zulassen. Dazu gehören u.a. "qualitativ hochstehend und zweckmässig hochstehende Gesundheitsversorgung" oder "möglichst günstigen Kosten". Dies führt zu einer grossen Rechtsunsicherheit für alle beteiligten Parteien. Damit der Blick trotz umfassender Zielsetzung nicht auf die Kosten verengt wird, braucht es auch Konsultationen zum Umsetzungskonzept. Entsprechend sollen sich die Parteien nicht nur zu den Kostenzielen äussern dürfen, sondern auch zum Umsetzungskonzept angehört werden.</p> <p>Bei der Realisierung des Effizienzpotentials braucht es Investitionen und/oder Finanzierungsmechanismen, die zumindest in der Langzeitpflege aufgrund der Unterfinanzierung so nicht umsetzbar oder gegeben sind. Dies ist beim Festlegen allfälliger Kostenziele zu berücksichtigen. Zudem ist in der Pflege - entgegen den Ausführungen im erläuternden Bericht - das Effizienzpotenzial nicht "beachtlich", sondern sehr klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen können nicht digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden. Ferner gilt es zu bedenken, dass es z.B. im ambulanten Bereich aufgrund der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu politisch gewollten Mehrkosten kommt. In diesem Falle muss es möglich sein Mehrkosten zuzulassen.</p>

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

		<p>Die Demographie und die Versorgungssystematik sind bei der Definition der Kostenziele auch miteinzubeziehen. Nimmt z.B. die Anzahl multimorbider, schwer pflegebedürftige, hochdemente Menschen in den Pflegeinstitutionen zu, ist dies zu berücksichtigen. Aber auch die Fachkräftesituation hat auf die Versorgungsstrukturen Einfluss und müssen in die Überlegungen miteinfließen.</p> <p>Ausserdem besteht hier die Gefahr, dass es zu Abgrenzungsproblemen mit der EKKQ kommt, die Empfehlungen zur Kostenentwicklung und zu deren Eindämmung zu treffende Massnahmen vorschlagen soll. Diese Abgrenzungsprobleme müssen rechtzeitig behoben werden.</p> <p>Anpassungen mit Ergänzung:</p> <p>Art. 75a Abs. 2 Bst. d:</p> <p>Hinzufügung des Begriffs « ...nachgewiesene... »</p> <p>Art. 75a Abs. 2 Bst. e:</p> <p>die Entwicklung der Demographie und der Versorgungssystematik</p> <p>Art. 75a Abs. 2 Bst. f:</p> <p>politisch gewollte Entwicklungen</p>
75b		<p>Die Anpassung soll sicherstellen, dass das Verfehlen von Kostenzielen sich nicht negativ auf die Kostenziele der anderen Kostengruppen auswirkt. Es darf keine Kompensation auf Kosten der anderen Kostengruppen vorgenommen werden.</p> <p>Anpassung mit Ergänzung:</p> <p>Entweder Artikel 75b ersatzlos streichen oder folgendermassen anpassen:</p>

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

		<p>Der Bundesrat legt Kostenziele <u>unabhängig voneinander</u> namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <p>Art. 75b Abs. 1 Bst. b:</p> <p>Arzneimittel gesondert nach Arzneimittel Ärzte und Arzneimittel Apotheken</p>
75c		<p>ARTISET betrachtet die Schaffung einer neuen Kommission bereits kritisch. Dies führt zu zusätzlichem administrativem Aufwand, der kaum Mehrwert bringt.</p> <p>Ferner ist es inakzeptabel, dass nur eine Person die Sicht der Leistungserbringer vertreten darf. Lässt sich der Bund von der Schaffung einer weiteren Kommission nicht abbringen, schlagen wir vor, dass die Person, die in der EQK die Wissenschaft vertritt automatisch für die Wissenschaft auch Einsitz in der EKKQ einnimmt. So wird ein Sitz frei. Dieser ist einer zusätzlichen Vertretung der Leistungserbringer zuzuweisen.</p> <p>Anpassung mit Ergänzung:</p> <p>Art. 75c Abs. 2</p> <p>Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>zwei</u> Personen die Leistungserbringer; eine Person die Kantone; eine Person die Versicherer; eine Person die Versicherten; <u>die Person der Eidgenössische Qualitätskommission, welche die Wissenschaft in der EQK vertritt;</u>

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

			f. <u>zwei</u> Personen die Wissenschaft.
75d			<p>Die Leistungserbringer sind nicht mit zusätzlichen Datenlieferungen zu belasten. Deshalb muss sich die EKKQ auf bestehende Datenerhebungen abstützen.</p> <p>Die bestehende Unterfinanzierung der Langzeitpflege und auch politisch gewollte Entwicklungen (Verlagerung von stationär zu ambulant) sind beim Festlegen der Kostenziele zu berücksichtigen.</p> <p>Antrag auf Anpassung:</p> <p>Art. 75d Abs. 2 Bst. a vollständig streichen oder folgendermassen anpassen:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. Sie berücksichtigt dabei auch die Finanzierungsmechanismen der Leistungen.</p> <p>Antrag auf Ergänzung</p> <p>Art. 75d Abs. 2 Bst. d:</p> <p>Sie evaluiert offensichtliche Deckungslücken in der Finanzierung und erteilt den Tarifpartnern den Auftrag, diese durch Tarifanpassungen zu schliessen.</p> <p>Antrag auf Anpassung:</p> <p>Art. 75d Abs. 3</p> <p>Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere namentlich jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission. <u>Sie erhebt selbst keine eigenen Daten.</u></p>

Stellungnahme von ARTISET und CURAVIVA zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

75e			<p>Antrag auf Ergänzung:</p> <p>Art. 75e Abs. 3:</p> <p>Die Kosten für die Kommission werden vom Bund getragen.</p>
75f			<p>Die EQK hat einen vollständig anderen Auftrag und andere Ziele als die EKKQ. Somit dürfen die Aufgaben und Ziele der EQK und EKKQ nicht vermischt werden. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität darf auf keinen Fall zur Eindämmung der Kosten missbraucht werden. Entsprechend ist der Art. 75f komplett zu streichen.</p> <p>Antrag auf Streichung:</p> <p>Art. 75f Abs.1 und 2:</p> <p>¹Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>ARTISET erwartet durch die Erfüllung der zusätzlichen Aufgaben einen erheblichen Mehraufwand. Ob der zu erwartende Mehrwert in einem ausgeglichenen Verhältnis zum Mehraufwand steht, ist für ARTISET und die Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOUVITA fraglich. Entsprechend ist im Minimum der Aufwand jeglicher Datenerhebungen für alle betroffenen Organisationen zu minimieren. Dazu gehört, dass das Prinzip der Datensparsamkeit, wie auch überall konsequent das once only-Prinzip angewendet wird. Auch diese Datenerhebung ist in der Interoperabilitätsplattform I14Y zu integrieren und in aggregierter und anonymisierter Form der Forschung zur Verfügung zu stellen.</p>
Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Es ist zu definieren, was unter einer effizienten Leistungserbringung zu verstehen ist. Ferner benötigen alle Leistungserbringer eine sachgerechte Tarifierung, um Leistungen in der notwendigen Qualität zu erbringen. Entsprechend gehen wir davon aus, dass die Kostenneutralität für die Umsetzung von EFAS keine Bedeutung hat, zumal es sich nicht um einen "Wechsel des Tarifmodells" handelt, sondern eine Neuschaffung von Tarifverträgen, welche aber natürlich auf den bisher ausgewiesenen Pflegekosten (SOMED- und Spitex-Statistik) beruhen muss. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass auch Institutionen für Menschen mit Behinderung Pflegeleistungen nach KVG abrechnen. Datenlieferungen zuhanden der Behörden finden in diesem Bereich jedoch nicht systematisch statt. Eine solide Datengrundlage stellt jedoch für die Berechnung kostendeckender Tarife eine unverzichtbare Basis dar und muss in dieser Form noch sichergestellt werden.</p>

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>Eine regelmässige Überprüfung der Tarife ist aufgrund der sich verändernden Umstände sicherlich sinnvoll, der dafür vorgesehene Zeitrahmen sollte allerdings adäquat lange ausgestaltet sein (keine übermässige Bürokratie) und präzisiert werden.</p> <p>Das Ziel muss sein, dass Tarifverträge aktuell bleiben, also bei grösseren Veränderungen zeitnah angepasst werden. Deshalb sollte zusätzlich ein Zeitrahmen definiert werden, innert welcher Frist die Tarifverträge von der zuständigen Behörde genehmigt resp. abgelehnt werden müssen.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Es werden viele Begriffe genutzt, die nicht klar definiert sind und dessen Anwendung viel Interpretationsspielraum zulassen. Dazu gehören u.a. "qualitativ hochstehend und zweckmässig hochstehende Gesundheitsversorgung" oder "möglichst günstigen Kosten". Dies führt zu einer grossen Rechtsunsicherheit für alle beteiligten Parteien. Damit der Blick trotz umfassender Zielsetzung nicht auf die Kosten verengt wird, braucht es auch Konsultationen zum Umsetzungskonzept. Entsprechend sollen sich die Parteien nicht nur zu den Kostenzielen äussern dürfen, sondern auch zum Umsetzungskonzept angehört werden.</p> <p>Bei der Realisierung des Effizienzpotentials braucht es Investitionen und /oder Finanzierungsmechanismen, die zumindest in der Langzeitpflege aufgrund der Unterfinanzierung so nicht umsetzbar oder gegeben sind. Dies ist beim Festlegen allfälliger Kostenziele zu berücksichtigen. Zudem ist in der Pflege - entgegen den Ausführungen im erläuternden Bericht - das Effizienzpotenzial nicht "beachtlich", sondern sehr klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen können nicht digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden. Ferner gilt es zu bedenken, dass es z.B. im ambulanten Bereich aufgrund der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu politisch gewollten Mehrkosten kommt. In diesem Falle muss es möglich sein Mehrkosten zuzulassen.</p> <p>Die Demographie und die Versorgungssystematik sind bei der Definition der Kostenziele auch miteinzubeziehen. Nimmt z.B. die Anzahl multimorbider, schwer pflegebedürftiger, hochdementen Menschen in den Pflegeinstitutionen zu, ist dies zu berücksichtigen. Aber auch die Fachkräftesituation hat auf die Versorgungsstrukturen Einfluss und müssen in die Überlegungen miteinfließen.</p> <p>Ausserdem besteht hier die Gefahr, dass es zu Abgrenzungsproblemen mit der EKKQ kommt, die Empfehlungen zur Kostenentwicklung und zu deren Eindämmung zu treffende Massnahmen vorschlagen soll. Diese Abgrenzungsprobleme müssen rechtzeitig behoben werden.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Die Anpassung soll sicherstellen, dass das Verfehlen von Kostenzielen sich nicht negativ auf die Kostenziele der anderen Kostengruppen auswirkt. Es darf keine Kompensation auf Kosten der anderen Kostengruppen vorgenommen werden. Anpassung mit Ergänzung:

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. 2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten: <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. 3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.
Begründung	ARTISET betrachtet die Schaffung einer neuen Kommission bereits kritisch. Dies führt zu zusätzlichem administrativem Aufwand, der kaum Mehrwert bringt. Ferner ist es inakzeptabel, dass nur eine Person die Sicht der Leistungserbringer vertreten darf. Lässt sich der Bund von der Schaffung einer weiteren Kommission nicht abbringen, schlagen wir vor, dass die Person, die in der EQK die Wissenschaft vertritt automatisch für die Wissenschaft auch Einsitz in der EKKQ einnimmt. So wird ein Sitz frei. Dieser ist einer zusätzlichen Vertretung der Leistungserbringer zuzuweisen.

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen. 2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben: <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. 3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Die Leistungserbringer sind nicht mit zusätzlichen Datenlieferungen zu belasten. Deshalb muss sich die EKKQ auf bestehende Datenerhebungen abstützen. Die bestehende Unterfinanzierung der Langzeitpflege und auch politisch gewollte Entwicklungen (Verlagerung von stationär zu ambulant) sind beim Festlegen der Kostenziele zu berücksichtigen.

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf. 2 Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission. 2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Die EQK hat einen vollständig anderen Auftrag und andere Ziele als die EKKQ. Somit dürfen die Aufgaben und Ziele der EQK und EKKQ nicht vermischt werden. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität darf auf keinen Fall zur Eindämmung der Kosten missbraucht werden. Entsprechend ist der Art. 75f komplett zu streichen.

AVASAD

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Dans l'ensemble, l'AVASAD soutient le projet d'ordonnance mis en consultation. Afin toutefois de garantir que les objectifs quadriennaux soient toujours fixés sur la base:</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une part de tous les facteurs justificatifs de l'évolution des coûts- et d'autre part, des politiques cantonales ainsi que nationales sur la santé (actuellement la priorité sur l'ambulatoire), <p>nous estimons que plusieurs principes retenus dans les débats parlementaires concernant cet objet ainsi que dans les commentaires du projet d'ordonnance doivent clairement être explicités dans la version finale de celle-ci.</p>

Anhang: Réponse20250428_AVASAD_consultation_ordonnance_objectif_coûts_et_qualité_LAMal_signé.pdf

**AVASAD**

Association vaudoise
d'aide et de soins à domicile
Avenue de Rhodanie 60

1014 Lausanne

Tél. 021 623 36 36

Madame la Conseillère fédérale
Elisabeth Baume-Schneider
Cheffe du Département fédéral de
l'intérieur DFI
Inselgasse 1
3003 Berne

Par courriel :

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Lausanne, le 28 avril 2025

**Mise en consultation de la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMa) –
Objectifs en matière de coûts et de qualité**

Madame la Conseillère fédérale,

Nous nous référons à votre courrier du 29 janvier dernier que vous avez adressé aux milieux intéressés par la mise en consultation susmentionnée et vous remercions de l'opportunité qui nous est donnée de nous prononcer sur ce projet.

En tant qu'association cantonale publique, à but non lucratif, chargée de mettre en œuvre sur le territoire vaudois la politique d'aide et de soins à domicile, l'AVASAD agit sur mission du Canton, selon la LAVASAD, et est organisée selon une structure fédérative, qui emploie environ 5'000 personnes. Sur une année, nous assurons les soins de près de 26'000 patients et fournissons des prestations d'aide à domicile à environ 10'300 clients. Nous sommes donc particulièrement concernés par plusieurs points de l'ordonnance mise en consultation, ce d'autant plus lorsque les soins de longue durée seront rémunérés en 2032 selon les règles du financement uniforme (EFAS) accepté en votation populaire le 24 novembre dernier.

1. Remarques générales

Dans l'ensemble, l'AVASAD soutient le projet d'ordonnance mis en consultation. Afin toutefois de garantir que les objectifs quadriennaux soient toujours fixés sur la base:

- d'une part de tous les facteurs justificatifs de l'évolution des coûts
- et, d'autre part, des politiques cantonales ainsi que nationales sur la santé (actuellement la priorité sur l'ambulatoire),

nous estimons que plusieurs principes retenus dans les débats parlementaires concernant cet objet ainsi que dans les commentaires du projet d'ordonnance doivent clairement être explicités dans la version finale de celle-ci.

2. Remarques spécifiques

Au vu de ce qui précède, nos remarques sur les différentes dispositions du projet d'ordonnance figurent ci-dessous (avec mise en évidence en rouge de nos contre-propositions):

- Article 59c al.1 let. a et b

Malgré tous les efforts de transparence et d'efficacité dont pourraient faire preuve les fournisseurs de prestations, la modification proposée à l'article 59c OAMal, ne présente pas la garantie que les tarifs assurent une couverture des coûts. Elle se limite en d'autres termes à fixer un plafond et place donc les fournisseurs de prestations en difficulté dans leurs négociations tarifaires. Seront donc également impactés les organisations de soins à domicile lors de leurs négociations tarifaires dès le basculement dans le financement uniforme (EFAS). Nous ajouterons que la formulation proposée nous semble entrer en contradiction avec plusieurs dispositions actuelles ou prévues de la LAMal garantissant des tarifs et prix en fonction des critères d'efficacité et de qualité nécessaire (cf. p.ex. article 43 al.4bis LAMal, 49 al.1 LAMal, voire même chapitre «Financement fiable des soins en EMS et à domicile» dans la brochure de la Confédération sur la votation populaire du 24 novembre 2024 relatif au financement uniforme).

- En conclusion, nous vous proposons de modifier le texte du projet d'article 59c al.1 let. a et b OAMal ainsi :

« Les conventions tarifaires doivent respecter notamment les principes suivants:

- a) leur tarif doit couvrir **au plus** les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;
- b) leur tarif doit couvrir **au plus** les coûts nécessaires à la fourniture efficace des prestations »

- Article 75a al.1

La notion de marge de tolérance était présente dans le projet de loi soumis au parlement ainsi qu'à présent dans les commentaires de l'article 75a al.2 du présent projet d'ordonnance. Il est donc proposé de faire expressément apparaître cette notion dans la version finale de ladite ordonnance ne serait-ce que pour tenir compte de tous imprévus (p.ex. pandémie) auxquels auraient à faire face les fournisseurs de prestations concernés dans l'atteinte d'un objectif de coûts à l'issue d'un cycle de 4 ans.

- En conclusion, nous vous proposons de modifier le texte du projet d'article 75a al.1 OAMal ainsi : « Pour fixer les objectifs en matière de coûts des prestations **ainsi que la marge de tolérance** (article 54 et 54a LAMal) applicables à l'ensemble des coûts, le Conseil fédéral et les cantons se fondent sur les coûts nécessaires pour couvrir les besoins médicaux de manière à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible»

- Article 75a al.2 let.c

Nous estimons qu'il est ici nécessaire d'explicitier la cohérence avec le rapport «santé des bénéficiaires de l'aide sociale» établi en juillet 2021, sur mandat de l'OFSP, par les hautes écoles de travail social de Berne et de Winterthur. Les conclusions de ce rapport soulignent que « la forte surreprésentation des problèmes de santé parmi les bénéficiaires de l'aide sociale met en avant l'importance de définir ces personnes comme un groupe cible des mesures visant à renforcer la santé». Il y est par exemple fait référence au fait que «les personnes plus âgées au bénéfice de l'aide sociale souffrent nettement plus souvent de maladies chroniques que le reste de la population du même âge» ou que «les personnes touchant l'aide sociale consultent en moyenne quatre fois par an tant les médecins généralistes que les

médecins spécialistes». La nécessité «d'agir davantage au niveau des personnes précaires qui se trouvent à la limite de devoir faire appel à l'aide sociale» a également été soulevée. Lors de la fixation des objectifs quadriennaux en matière de coûts, il nous paraît donc important de prendre en compte le facteur de précarisation tant il implique soit un recours plus important à des prestations de santé que des mesures en vue de prévoir une prise en charge sanitaire précoce et adéquate.

- En conclusion, nous vous proposons de modifier le texte du projet d'article 75a al.2 let.c OAMal ainsi : « l'évolution de la situation économique, du niveau des salaires et des prix ainsi que des risques de précarisation »
- Ajout d'une lettre e) au projet d'article 75a al.2 OAMal

Depuis la consultation de l'avant-projet de loi, en passant par les débats parlementaires et jusqu'au rapport sur la base duquel reposent les présentes modifications d'ordonnance, l'évolution démographique a toujours été mise au même plan que les facteurs mentionnés aux lettres a à d de l'alinéa 2 du nouvel article 75a OAMal. Nous ne comprenons pas pourquoi ce dernier prévoit à présent que l'évolution démographique ne puisse être pris en compte qu'au choix du Conseil fédéral (cf. rapport explicatif page 9). Nous rappelons qu'au vu des caractéristiques de leur clientèle le vieillissement de la population, constitue le facteur principal d'évolution des coûts pour une organisation de soins à domicile et EMS. L'ajout de l'évolution démographique à la proposition de nouvel article 75a al. 2 OAMal permettra sans nul doute à ces deux types de fournisseurs de prestations d'entrer dans les meilleures conditions dans le financement uniforme (EFAS) en évitant les risques évoqués par les opposants à cette réforme, tels que les lacunes de financement des soins aux personnes âgées et la qualité qui en pâtirait.

Enfin, l'évolution du nombre d'habitant dans une région donnée et l'augmentation de la demande de soin qui en découlerait peut également avoir pour conséquence qu'un centre de soin soit obligé de prévoir un renforcement en personnel afin de faire face à cette hausse de la demande. Plus globalement, nous renvoyons au récent scénario de référence de l'OFS concernant l'évolution de la population résidente en Suisse au cours de ces prochaines années et dont la migration serait l'un des facteurs principaux. A noter, toujours selon ce scénario, que le canton de Vaud figurerait parmi les cantons qui connaîtraient la plus forte hausse de population¹.

- En conclusion, nous vous proposons de compléter le projet d'article 75a al.2 OAMal ainsi : « e) l'évolution démographique tant en termes de nombre d'habitants que de vieillissement de la population »
- Ajout d'une lettre f) au projet d'article 75a al.2 OAMal

Dans leurs possibilités de fixer leurs objectifs, le Conseil fédéral ou les cantons peut – selon notre compréhension et pour des raisons de politique de la santé – pondérer les objectifs entre les différents groupes de coûts ou au sein d'un même groupe de coûts (p.ex. l'ambulatoire vs stationnaire). L'accent mis sur certains groupes de coûts, comme le prévoit le projet d'article 75b OAMal, ne doit pas selon nous conduire à considérer ces groupes de coûts de manière isolée, mais à reconnaître qu'il peut tout à fait y avoir des décalages de coûts voulus entre les groupes de coûts. Pour ce faire, le Conseil fédéral et/ou les cantons doivent avoir procédé à une consultation auprès de l'ensemble des acteurs concernés (fournisseurs de prestations, assurés et assureurs).

¹ Pour plus de détails, voir la communication à l'adresse suivante
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.assetdetail.34687091.html>

→ En conclusion, nous vous proposons de compléter le projet d'article 75a al.2 OAMal ainsi : « f) les priorités politiques en matière de santé »

- Article 75c al.2 let. a à d

Nous proposons de doubler le nombre de représentants des fournisseurs de prestations, des cantons, des assureurs et des assurés au sein de la commission de monitoring des coûts et de la qualité. Pour les fournisseurs de prestations, nous proposons par ailleurs de préciser qu'un représentant soit impliqué dans les obligations de prise en charge stationnaires et l'autre dans les obligations de prise en charge ambulatoires. Par ce biais, les recommandations de cette commission pourront avoir une meilleure vision des politiques d'équilibre entre l'ambulatoire vs stationnaire prévues par la Confédération et les cantons. Enfin, le fait de doubler le nombre de représentants des cantons, voire même des assurés, devrait permettre à ladite commission de formuler des recommandations plus consensuelles lorsque l'on sait les différences de perception existant en Suisse quant au rôle de l'Etat dans la santé.

→ En conclusion, nous vous proposons de modifier le projet d'article 75a al.2 let. a à d OAMal ainsi :

- « a. les fournisseurs de prestations, par une personne impliquée dans les obligations de prise en charge ambulatoires et par une personne impliquée dans les obligations de prise en charge stationnaires;
- b. les cantons, par une deux personnes;
- c. les assureurs, par une deux personnes
- d. les assurés, par une deux personnes »

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à la présente et vous adressons, Madame la Conseillère fédérale, nos meilleures salutations.



Thibault Castioni
Directeur général adjoint



Valérie Bourquard
Directrice du service finances et pilotage
de la performance

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Malgré tous les efforts de transparence et d'efficience dont pourraient faire preuve les fournisseurs de prestations, la modification proposée à l'article 59c OAMal, ne présente pas la garantie que les tarifs assurent une couverture des coûts, Elle se limite en d'autres termes à fixer un plafond et place donc les fournisseurs de prestations en difficulté dans leurs négociations tarifaires. Seront donc également impactés les organisations de soins à domicile lors de leurs négociations tarifaires dès le basculement dans le financement uniforme (EFAS). Nous ajouterons que la formulation proposée nous semble entrer en contradiction avec plusieurs dispositions actuelles ou prévues de la LAMal garantissant des tarifs et prix en fonction des critères d'efficience et de qualité nécessaire (cf. p.ex. article 43 al.4bis LAMal, 49 al. 1 LAMal, voire même chapitre «Financement fiable des soins en EMS et à domicile» dans la brochure de la Confédération sur la votation populaire du 24 novembre 2024 relatif au financement uniforme).</p> <p>En conclusion, nous vous proposons de modifier le texte du projet d'article 590 al.I let, a et b OAMal ainsi</p> <p>« Les conventions tarifaires doivent respecter notamment les principes suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> a) leur tarif doit couvrir au-plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente; b) leur tarif doit couvrir au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations »

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 1Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Article 75a al. 1</p> <p>La notion de marge de tolérance était présente dans le projet de loi soumis au parlement ainsi qu'à présent dans les commentaires de l'article 75a al.2 du présent projet d'ordonnance. Il est donc proposé de faire expressément apparaitre cette notion dans la version finale de ladite ordonnance ne serait-ce</p>

que pour tenir compte de tous imprévus (p.ex. pandémie) auxquels auraient à faire face les fournisseurs de prestations concernés dans l'atteinte d'un Objectif de coûts à l'issue d'un cycle de 4 ans.

En conclusion, nous vous proposons de modifier le texte du projet d'article 75a al. 1 OAMal ainsi : « pour fixer les objectifs en matière de coûts des prestations ainsi que la marge de tolérance (article 54 et 54a LAMal) applicables à l'ensemble des coûts, le Conseil fédéral et les cantons se fondent sur les coûts nécessaires pour couvrir les besoins médicaux de manière à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible»

Article 75a al.2 let. c

Nous estimons qu'il est ici nécessaire d'explicitier la cohérence avec le rapport «santé des bénéficiaires de l'aide sociale» établi en juillet 2021, sur mandat de l'OFSP, par les hautes écoles de travail social de Berne et de Winterthur. Les conclusions de ce rapport soulignent que « la forte surreprésentation des problèmes de santé parmi les bénéficiaires de l'aide sociale met en avant l'importance de définir ces personnes comme un groupe cible des mesures visant à renforcer la santé". Il y est par exemple fait référence au fait que «les personnes plus âgées au bénéfice de l'aide sociale souffrent nettement plus souvent de maladies chroniques que le reste de la population du même âge» ou que «les personnes touchant l'aide sociale consultent en moyenne quatre fois par an tant les médecins généralistes que les médecins spécialistes». La nécessité «d'agir davantage au niveau des personnes précaires qui se trouvent à la limite de devoir faire appel à l'aide sociale» a également été soulevée. Lors de la fixation des objectifs quadriennaux en matière de coûts, il nous paraît donc important de prendre en compte le facteur de précarisation tant il implique soit un recours plus important à des prestations de santé que des mesures en vue de prévoir une prise en charge sanitaire précoce et adéquate.

En conclusion, nous vous proposons de modifier le texte du projet d'article 75a al.2 let.c OAMal ainsi : « l'évolution de la situation économique, du niveau des salaires et des prix ainsi que des risques de précarisation»

Ajout d'une lettre e) au projet d'article 75a al.2 OAMal

Depuis la consultation de l'avant-projet de loi, en passant par les débats parlementaires et jusqu'au rapport sur la base duquel reposent les présentes modifications d'ordonnance, révolution démographique a toujours été mise au même plan que les facteurs mentionnés aux lettres a à d de l'alinéa 2 du nouvel article 75a OAMal. Nous ne comprenons pas pourquoi ce dernier prévoit à présent que l'évolution démographique ne puisse être pris en compte qu'au choix du Conseil fédéral (cf. rapport explicatif page 9). Nous rappelons qu'au vu des caractéristiques de leur clientèle le vieillissement de la population, constitue le facteur principal d'évolution des coûts pour une organisation de soins à domicile et EMS. L'ajout de l'évolution démographique à la proposition de nouvel article 75a al. 2 OAMal permettra sans nul doute à ces deux types de fournisseurs de prestations d'entrer dans les meilleures conditions dans le financement uniforme (EFAS) en évitant les risques évoqués par les opposants à cette réforme, tels que les de financement des soins aux personnes âgées et la qualité qui en pâtirait. Enfin, l'évolution du nombre d'habitant dans une région donnée et l'augmentation de la demande de soin qui en découlerait peut également avoir pour conséquence qu'un centre

de soin soit obligé de
prévoir un renforcement en personnel afin de faire face à cette hausse de la
demande. Plus
globalement, nous renvoyons au récent scénario de référence de l'OFS
concernant l'évolution de la
population résidente en Suisse au cours de ces prochaines années et dont
la migration serait l'un des
facteurs principaux. A noter, toujours selon ce scénario, que le canton de
Vaud figurerait parmi les
cantons qui connaîtraient la plus forte hausse de population.
En conclusion, nous vous proposons de compléter le projet d'article 75a al.2
OAMal ainsi :
« e) l'évolution démographique tant en termes de nombre d'habitants que de
vieillessement de la
population»

Ajout d'une lettre f) au projet d'article 75a al.2 OAMal
Dans leurs possibilités de fixer leurs objectifs, le Conseil fédéral ou les
cantons peut — selon notre
compréhension et pour des raisons de politique de la santé — pondérer les
objectifs entre les différents
groupes de coûts ou au sein d'un même groupe de coûts (p.ex. l'ambulatoire
vs stationnaire). L'accent
mis sur certains groupes de coûts, comme le prévoit le projet d'article 75b
OAMal, ne doit pas selon
nous conduire à considérer ces groupes de coûts de manière isolée, mais à
reconnaître qu'il peut tout
à fait y avoir des décalages de coûts voulus entre les groupes de Coûts.
Pour ce faire. le Conseil fédéral
et/ou les cantons doivent avoir procédé à une consultation auprès de
l'ensemble des acteurs concernés
(fournisseurs de prestations, assurés et assureurs). En conclusion, nous
vous proposons de compléter le projet d'article 75a al.2 OAMal ainsi :
f) les priorités politiques en matière de santé

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Article 75c al.2 let. a à d</p> <p>Nous proposons de doubler le nombre de représentants des fournisseurs de prestations, des cantons, des assureurs et des assurés au sein de la commission de monitoring des coûts et de la qualité. Pour les fournisseurs de prestations, nous proposons par ailleurs de préciser qu'un représentant soit impliqué dans les obligations de prise en charge stationnaires et l'autre dans les obligations de prise en charge ambulatoires. par ce biais, les recommandations de cette commission pourront avoir une meilleure vision des politiques d'équilibre entre l'ambulatoire vs stationnaire prévues par la Confédération et les cantons. Enfin, le fait de doubler le nombre de représentants des cantons, voire même des assurés, devrait permettre à ladite commission de formuler des recommandations plus consensuelles lorsque l'on sait les différences de perception existant en Suisse quant au rôle de l'Etat dans la santé.</p> <p>En conclusion. nous vous proposons de modifier projet d'article 75a al.2 let. a à d OAMal</p> <p>ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> « a. les fournisseurs de prestations, par une personne impliquée dans les obligations de prise en charge ambulatoires et par une personne impliquée dans les obligations de prise en charge stationnaires; b. les cantons, par deux personnes; c. les assureurs, par deux personnes d. les assurés, par deux personnes »

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die BEKAG dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Die BEKAG nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Die BEKAG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die BEKAG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. dies erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.</p> <p>Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.</p> <p>Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.</p> <p>Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.</p>



AERTZEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Amthausgasse 28
CH-3011 Bern
T 031 330 90 00
info@berner-aerzte.ch

Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens

an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Stand 22.04.2025 / Ansprechperson BEKAG: Chiara Pizzera (chiara.pizzera@berner-aerzte.ch)

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?
<input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Eher Zustimmung <input type="checkbox"/> Neutrale Haltung <input checked="" type="checkbox"/> Eher Ablehnung <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> Verzicht auf Stellungnahme
Die BEKAG dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Die BEKAG nimmt wie folgt Stellung:
<p>Die BEKAG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die BEKAG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p>

Aertzegeellschaft des Kantons Bern (BEKAG), Amthausgasse 28, 3011 Bern, 031 330 90 00, info@berner-aerzte.ch - www.berner-aerzte.ch

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme BEKAG
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung
Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	

Aertzegeellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),</p> <p>Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die BEKAG darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der BEKAG dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die BEKAG bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>3. Kapitel: Tarife und Preise</p>					
<p>1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag</p>					
<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung		
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				

Aerztengesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c: Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag: Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern: 2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen: <u>a. beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, Sie sind</u> <u>sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p>
---	---

Aerztengesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

	<p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifierung kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die</p>
--	--

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

	<p>Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen</p> <p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis:</p> <p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

	<p>Begründung:</p> <p>Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>				
<p>Art. 59^{cter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59^{cquater} Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>				
<p>Art. 59^d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f</p> <p>1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>					
<p>Gliederungstitel nach Art. 75</p> <p>3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p> <p>1. Abschnitt Kostenziele</p>					

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;</u> d. das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial; e. die demografische Entwicklung. <p>Begründung:</p> <p>Die BEKAG lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen</p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die BEKAG explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p> <p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die BEKAG lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab.</p> <p>Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

	<p>Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden.</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>				
<p>2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p> <p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <p>a. eine Person die Leistungserbringer;</p> <p>b. eine Person die Kantone;</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>c. eine Person die Versicherer;</p> <p>d. eine Person die Versicherten;</p> <p>e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission;</p> <p>f. drei Personen die Wissenschaft.</p> <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die BEKAG fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die BEKAG betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>		
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung		

Aerztgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

<p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>

Aerztengesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

	<p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>		
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Zuständiges Departement</td><td>Ausserparlamentarische Kommission</td></tr> </table> <p>EDI ...</p> <p>Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>	Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission		

Aerztengesellschaft des Kantons Bern (BEKAG)

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die BEKAG darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der BEKAG dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die BEKAG bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten: <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. 2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche. 3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.
Begründung	Begründung: Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht. 2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.
Begründung	Begründung: Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die BEKAG lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die BEKAG explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die BEKAG lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist. Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen. Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden. Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die BEKAG fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die BEKAG betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen. Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»
Begründung	--

Association Spitex privée Suisse ASPS

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Es ist kein Geheimnis, dass die Association Spitex privée Suisse (ASPS) gegen unnötige Gesetzesvorschriften kämpft. Dieser Gegenvorschlag zu einer für den Wahlkampf eingesetzten Volksinitiative fällt genau in diese Kategorie der zu vermeidenden Ausuferung von Gesetzgebung.</p> <p>Wir sind überzeugt, dass gesetzliche Vorgaben zu Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht eine bessere Wirtschaftlichkeit, geschweige denn Qualität bewirken, sondern aufgrund der damit verursachten Aufwände eher das Gegenteil: Weil mit der zusätzlichen Bürokratie stets personeller Aufwand verursacht wird, steigen insgesamt die Kosten bei Versicherern /Verwaltung und auch Leistungserbringern, was gerade im Bereich der Qualität kontraproduktiv ist, weil dann weniger Zeit für die Patient:innen bleibt.</p> <p>Nach Annahme von EFAS ist nun auch die Pflege den Regelungen zu Tarifverträgen unterstellt. Sie wurde verständlicherweise bei der Ausarbeitung der vorgelegten Verordnung kaum berücksichtigt, wie insbesondere die Kriterienwahl zur Festlegung der Kostenziele zeigt. Entsprechend beantragen wir Anpassungen, sofern die Vorlage auch in diesem Bereich umgesetzt werden muss.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die Vorlage wurde vom Parlament verabschiedet, also ist sie bedauerlicherweise umzusetzen.</p> <p>Wir geben aber zu bedenken, dass die Erhebung/Auswertung von noch mehr und noch detaillierteren Daten nicht die Qualität der Leistungserbringung steigert, geschweige denn die Kosten senkt, sondern primär zu mehr Aufwand für alle Beteiligten führt. Das hehre Ziel der Vorlage wird nicht durch umfassendere Datenbasis und deren Bearbeitung /Auswertung erreicht, sondern mit Fokus der Leistungserbringer auf ihre Kernaufgabe. Deshalb muss darauf geachtet werden, dass zumindest nur das notwendige Minimum an Erhebung und Auswertung von Daten erfolgt.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Wir begrüßen die Neustrukturierung zu den Tarifen und Preisen, welche mehr Klarheit schafft.</p> <p>Auch das neu eingeführte Kriterium der Repräsentativität ist sinnvoll: Bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen mit schweizweiten Tarifstrukturen sollen nicht bloss Vertretungen eines Teils der Leistungserbringer oder Versicherer unterzeichnen dürfen (mit entsprechenden Partikularinteressen).</p> <p>Für die Umsetzung von EFAS ist noch zu klären, dass Abs. 1 Bst. c («Kostenneutralität») keine Bedeutung hat, zumal es sich nicht um einen "Wechsel des Tarifmodells" handelt, sondern eine Neuschaffung von Tarifverträgen, welche aber natürlich auf den bisher ausgewiesenen Pflegekosten (SOMED- und Spitex-Statistik sowie Kostenrechnungen) beruhen muss.</p> <p>Insgesamt darf die Neuregelung nicht einen Röhrenblick auf die Kosten bewirken, immerhin ist im Gesetz genauso prominent die Vorgabe einer "qualitativ hochstehenden Versorgung" verankert.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Es ist korrekt, dass bei der Schaffung von Pauschaltarifen auch die Art und Intensität der Leistung zu berücksichtigen sind.</p> <p>Dies gilt im Bereich der Pflege besonders für Menschen mit Demenz oder psychiatrischen Erkrankungen, bei welchen mehr Zeit für die gleichen Pflegeleistungen benötigt wird. Ebenso entspricht es dem Willen des Parlaments, dass bei der Finanzierung von Palliativpflege die Umstände besser berücksichtigt werden und somit Mehraufwände zu berücksichtigen sind.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Der im Entwurf unterbreitete Inhalt fokussiert auf die Tarifverträge in bereits bestehenden Bereichen wie Spital oder Ärzteschaft. Welche Inhalte für das Genehmigungsgesuch des neuen Tarifvertrags der Pflege (Pflegeheim, Spitex, Freiberufliche) nötig und sinnvoll sind, ist noch zu klären.</p>

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>Eine regelmässige Überprüfung der Tarife ist aufgrund der sich verändernden Umstände sicherlich sinnvoll, der dafür vorgesehene Zeitrahmen sollte allerdings adäquat lange ausgestaltet sein (keine übermässige Bürokratie).</p> <p>Das Ziel muss sein, dass Tarifverträge aktuell bleiben, also bei grösseren Veränderungen zeitnah angepasst werden. Deshalb sollte zusätzlich ein Zeitrahmen definiert werden, innert welcher Frist die Tarifverträge von der zuständigen Behörde genehmigt resp. abgelehnt werden müssen.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Absatz 1 und namentlich die darin enthaltene Aufnahme der Formulierung, wonach die notwendigen Kosten für eine qualitativ hochstehende Versorgung zu decken seien, ist zu begrüssen.</p> <p>Im Absatz 2 ist hingegen ersichtlich, dass die Erarbeitung dieser Vorlage vor der Annahme von EFAS erfolgt ist und somit die Pflege nicht berücksichtigt wurde. In diesem Bereich ist von den genannten Kriterien nur der vorgeschlagene Bst. c einschlägig (wirtschaftliche Entwicklung und Lohn-/Preisentwicklung), unter Berücksichtigung der Pflegeinitiative namentlich die Lohnentwicklung ("bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen"). Für die Entwicklung der Pflegekosten sind andere Faktoren bedeutend, insbesondere etwa die demografische und gesellschaftliche Entwicklung (inkl. Haushaltsgrösse und Unterstützungsmöglichkeit in der Familie) sowie die Entwicklung von Krankheiten (v.a. Demenz) und des Unterstützungsbedarfs (bestimmend für die Notwendigkeit eines Pflegeheimetrtritts). Zudem ist in der Pflege - entgegen den Ausführungen im erläuternden Bericht - das Effizienzpotenzial nicht "beachtlich", sondern sehr klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen können nicht digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden.</p> <p>Absatz 3 ist zu begrüssen, namentlich auch der Verzicht auf weitere Regelungen.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Es ist wichtig, dass die Kostengruppen getrennt betrachtet werden und somit der Bundesrat eigenständige Ziele für die verschiedenen Leistungsbereiche festlegt. Dies zeigt unsere obige Rückmeldung zu Art. 75a Abs. 2, wonach für die Entwicklung der Pflegekosten im Pflegeheim oder zu Hause andere Faktoren massgeblich sind als bei einer medizinischen Kurzintervention.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Wie im erläuternden Bericht korrekt festgehalten ist, können solche Kommissionen aus bis zu 15 Personen bestehen und ist in der vorgeschlagenen Zusammensetzung die Diversität der vielen verschiedenen Leistungserbringer zu wenig berücksichtigt. Weil auch die Zahler der Leistungen (Versicherer und Kantone) mit zwei Personen vertreten sind, beantragen wir die Vertretung der Leistungserbringer durch ebenfalls zwei Personen, um das Gleichgewicht zu halten.</p> <p>Aufgrund der Breite des Themas wäre es auch denkbar, die Grösse der Kommission auf die Maximalzahl von 15 Mitgliedern zu erweitern, um möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen</p>
Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Beim Monitoring der Kosten ist das Abstützen auf bestehende Daten und Instrumente sehr wichtig. Entsprechend ist der Verzicht auf ein neues Überwachungssystem korrekt, Doppelspurigkeiten und Mehrfacherfassungen sind zu vermeiden.</p> <p>Ohnehin zweifeln wir am Nutzen von detaillierter Überwachung und Auswertung von (in der Regel bereits veralteten) Daten. Wie etwa die Covid-Pandemie eindrücklich gezeigt hat, bestehen zu viele Unsicherheiten. Rückwärtsgerichtete Zahlen sagen nur wenig über die künftige Entwicklung aus, wie man etwa auch am Beispiel der Folgen von Gesetzesrevisionen (z. B. Pflegeinitiative für Freiberufliche) oder Gerichtsentscheiden (z. B. Angehörigenpflege).</p>

Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Nous soutenons l'objectif de maîtrise des coûts dans l'AOS. Toutefois, il est essentiel que la qualité et la pertinence des soins thérapeutiques soient préservées, et que les charges administratives supplémentaires soient limitées au strict nécessaire dans l'intérêt des patients.</p> <p>La physiothérapie est une discipline fondée sur des preuves, jouant un rôle essentiel en réhabilitation, en prévention et pour le maintien de l'autonomie de patients.</p>

Anhang: 250501_Consultation OAMAL.pdf

Office fédéral de la santé publique
(OFSP)
Section Prestations et Tarification
CH-3003 Berne

Lausanne, le 2 mai 2025

**Prise de position - Consultation sur la modification de l'Ordonnance
sur l'assurance-maladie (OAMal) - Objectifs en matière de coûts et de
qualité**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous donner l'opportunité de prendre position dans le cadre de la consultation sur la modification de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), notamment en ce qui concerne les mesures proposées pour freiner la progression des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS).

L'**Association Suisse des Physiothérapeutes Indépendants (ASPI-SVFP)**, représentant de nombreux physiothérapeutes exerçant en pratique indépendante, souhaite attirer votre attention sur plusieurs points qu'elle considère critiques pour notre profession et pour la qualité de la prise en charge des patients.

1. Article 59c OAMal - Principes applicables aux conventions tarifaires

Le paragraphe 1, lettre c, prévoit que tout changement de modèle tarifaire ne doit entraîner aucun coût supplémentaire. Cette exigence, trop rigide, empêche des ajustements tarifaires pourtant nécessaires pour améliorer la qualité des soins et refléter plus fidèlement la réalité des prestations physiothérapeutiques. Des prestations historiquement sous-évaluées risqueraient ainsi de rester insuffisamment rémunérées.

Le paragraphe 2, lettre a, exige que les conventions tarifaires soient conclues par des « parties représentatives ». En l'absence de définition claire, il existe un risque d'exclusion d'associations professionnelles de plus petite taille comme la nôtre, pourtant centrales pour certains domaines de soins.

Nos demandes :

- Assouplir le paragraphe 1, lettre c, pour permettre des réformes tarifaires avec un coût justifié.
- Reconnaître explicitement la représentativité des associations professionnelles de plus petite taille.

2. Article 59c OAMal - Couverture des coûts sur la base de données transparentes et d'une prestation efficiente

La situation financière actuelle des hôpitaux et de nombreux autres prestataires de soins montre qu'une tarification appropriée et conforme aux principes de gestion économique, telle qu'exigée par l'article 43, alinéa 4, LAMal, est impérative. En effet, lors des négociations avec les assureurs, les coûts réellement engagés pour une prestation efficiente ne sont que rarement reflétés dans les tarifs convenus. De plus, en raison du pouvoir de négociation prépondérant des assureurs, les prix tendent à se fixer à des niveaux bas, souvent situés dans les percentiles inférieurs. En conséquence, une large majorité des hôpitaux et prestataires de soins lutte aujourd'hui pour leur survie économique. Cette situation menace la qualité des prestations, l'amélioration nécessaire des conditions d'emploi, l'innovation dans les méthodes de traitement, les produits médicaux et les processus, ainsi que le renouvellement continu et durable des infrastructures essentielles, compromettant ainsi la sécurité de l'offre de soins.

Il est impératif que les prestataires puissent couvrir leurs coûts au travers des tarifs, à condition que ceux-ci soient justifiés de manière transparente et que les prestations soient fournies de manière efficiente. Cette exigence doit impérativement être garantie à l'avenir, ce qui conduit à la proposition de modification suivante.

Notre demande :

- Supprimer le terme « au plus » dans les articles 59c, alinéas 1, lettres a et b.
- Reformuler ces articles ainsi :
 - « Leur tarif couvre les coûts de la prestation justifiée de manière transparente. »
 - « Leur tarif couvre les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. »

3. Commission de monitoring des coûts et de la qualité

Malgré notre représentation dans cette commission, plusieurs risques systémiques persistent :

- **Poids décisionnel** : La représentation doit s'accompagner d'une réelle capacité d'influence.
- **Choix des indicateurs** : Ils doivent refléter la complexité des soins en physiothérapie, et pas seulement des critères économiques.
- **Interprétation des écarts** : Les écarts doivent être analysés à la lumière des évolutions démographiques et épidémiologiques.
- **Coordination inter-commissions** : Une harmonisation claire entre la Commission fédérale pour la qualité et la Commission de monitoring est indispensable.
- **Participation aux décisions finales** : Les associations professionnelles doivent pouvoir participer à la validation des objectifs fixés.

4. Objectifs par groupe professionnel ou domaine

Fixer des objectifs de coûts par profession risque d'exercer une pression injustifiée sur les ordonnances et les traitements, alors que les volumes en physiothérapie dépendent largement du vieillissement et des maladies chroniques.

Nos demandes :

- Compléter les objectifs par des critères qualitatifs et des résultats cliniques.
- Modifier l'article 75, alinéa 2, lettres c et d, comme suit :
 - **c.** tenir compte de l'évolution économique générale, de l'évolution des salaires et des prix, ainsi que de l'évolution des coûts des prestataires de soins ;
 - **d.** tenir compte du potentiel d'efficacité démontré.

5. Définition de l'efficacité

Sans indicateurs spécifiques, l'efficacité risque d'être évaluée uniquement en termes de coûts, au détriment de traitements individualisés et de la prévention.

Notre recommandation :

- Développer des indicateurs d'efficacité adaptés à la physiothérapie, en collaboration avec les associations professionnelles.

6. Uniformisation des modèles tarifaires

La recherche de cohérence tarifaire ne doit pas conduire à une uniformisation excessive. La physiothérapie couvre une large variété de contextes de soins, de l'ambulatoire à la thérapie spécialisée à domicile.

Notre exigence :

- Maintenir une flexibilité tarifaire permettant de refléter la diversité clinique et régionale.

Conclusion

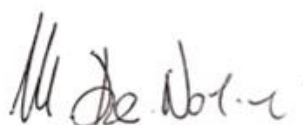
Nous soutenons l'objectif de maîtrise des coûts dans l'AOS. Toutefois, il est essentiel que la qualité et la pertinence des soins thérapeutiques soient préservées, et que les charges administratives supplémentaires soient limitées au strict nécessaire dans l'intérêt des patients.

La physiothérapie est une discipline fondée sur des preuves, jouant un rôle essentiel en réhabilitation, en prévention et pour le maintien de l'autonomie des patients.

Nous espérons que notre prise de position sera prise en considération dans la suite des travaux législatifs et nous nous tenons à disposition pour toute discussion complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

ASSOCIATION SUISSE DES
PHYSIOTHERAPEUTES INDEPENDANTS
Le vice-président



Mario De Nobili

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>La recherche de cohérence tarifaire ne doit pas conduire à une uniformisation excessive. La physiothérapie couvre une large variété de contextes de soins, de l'ambulatoire à la thérapie spécialisée à domicile.</p> <p>Notre exigence :</p> <ul style="list-style-type: none">•Maintenir une flexibilité tarifaire permettant de refléter la diversité clinique et régionale.

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Le paragraphe 1, lettre c, prévoit que tout changement de modèle tarifaire ne doit entraîner aucun coût supplémentaire. Cette exigence, trop rigide, empêche des ajustements tarifaires pourtant nécessaires pour améliorer la qualité des soins et refléter plus fidèlement la réalité des prestations physiothérapeutiques. Des prestations historiquement sous-évaluées risqueraient ainsi de rester insuffisamment rémunérées.</p> <p>Le paragraphe 2, lettre a, exige que les conventions tarifaires soient conclues par des « parties représentatives ». En l'absence de définition claire, il existe un risque d'exclusion d'associations professionnelles de plus petite taille comme la nôtre, pourtant centrales pour certains domaines de soins.</p> <p>Nos demandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Assouplir le paragraphe 1, lettre c, pour permettre des réformes tarifaires avec un coût justifié. •Reconnaître explicitement la représentativité des associations professionnelles de plus petite taille. <p>La situation financière actuelle des hôpitaux et de nombreux autres prestataires de soins montre qu'une tarification appropriée et conforme aux principes de gestion économique, telle qu'exigée par l'article 43, alinéa 4, LAMal, est impérative. En effet, lors des négociations avec les assureurs, les coûts réellement engagés pour une prestation efficiente ne sont que rarement reflétés dans les tarifs convenus. De plus, en raison du pouvoir de négociation prépondérant des assureurs, les prix tendent à se fixer à des niveaux bas, souvent situés dans les percentiles inférieurs. En conséquence, une large majorité des hôpitaux et prestataires de soins lutte aujourd'hui pour leur survie économique. Cette situation menace la qualité des prestations, l'amélioration nécessaire des conditions d'emploi, l'innovation dans les méthodes de traitement, les produits médicaux et les processus, ainsi que le renouvellement continu et durable des infrastructures essentielles, compromettant ainsi la sécurité de l'offre de soins.</p> <p>Il est impératif que les prestataires puissent couvrir leurs coûts au travers des tarifs, à condition que ceux-ci soient justifiés de manière transparente et que les prestations soient fournies de manière efficiente. Cette exigence doit impérativement être garantie à l'avenir, ce qui conduit à la proposition de modification suivante.</p> <p>Notre demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Supprimer le terme « au plus » dans les articles 59c, alinéas 1, lettres a et b. •Reformuler ces articles ainsi : <ul style="list-style-type: none"> o« Leur tarif couvre les coûts de la prestation justifiée de manière transparente. » o« Leur tarif couvre les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations. »

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Fixer des objectifs de coûts par profession risque d'exercer une pression injustifiée sur les ordonnances et les traitements, alors que les volumes en physiothérapie dépendent largement du vieillissement et des maladies chroniques.</p> <p>Nos demandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compléter les objectifs par des critères qualitatifs et des résultats cliniques. • Modifier l'article 75, alinéa 2, lettres c et d, comme suit : <ul style="list-style-type: none"> o c. tenir compte de l'évolution économique générale, de l'évolution des salaires et des prix, ainsi que de l'évolution des coûts des prestataires de soins ; o d. tenir compte du potentiel d'efficience démontré. <p>Sans indicateurs spécifiques, l'efficience risque d'être évaluée uniquement en termes de coûts, au détriment de traitements individualisés et de la prévention.</p> <p>Notre recommandation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des indicateurs d'efficience adaptés à la physiothérapie, en collaboration avec les associations professionnelles.
Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Malgré notre représentation dans cette commission, plusieurs risques systémiques persistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poids décisionnel : La représentation doit s'accompagner d'une réelle capacité d'influence. • Choix des indicateurs : Ils doivent refléter la complexité des soins en physiothérapie, et pas seulement des critères économiques. • Interprétation des écarts : Les écarts doivent être analysés à la lumière des évolutions démographiques et épidémiologiques. • Coordination intercommissions : Une harmonisation claire entre la Commission fédérale pour la qualité et la Commission de monitoring est indispensable. • Participation aux décisions finales : Les associations professionnelles doivent pouvoir participer à la validation des objectifs fixés.

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	--

Anhang: BÄV-Stellungnahme-KVV-Kosten und Qualitätsziele.pdf



1

Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](#)
Stand 30.04.2025 / Ansprechperson BÄV: Dr. med. Marianna Friedli-Braun; marianna.friedli@ksgr.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?

☐ Zustimmung ☐ Eher Zustimmung ☐ Neutrale Haltung ☒ Eher Ablehnung ☐ Ablehnung ☐ Verzicht auf Stellungnahme

Der Bündner Ärzteverein (BÄV) dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der BÄV nimmt wie folgt Stellung:

Der BÄV spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Der BÄV erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme BÄV
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	
Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),	
Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherten müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung Begründung: Der BÄV weist darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht des BÄV dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist. Der BÄV bezweifelt zudem, dass – insbesondere auch aus statistischer Sicht – für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

3. Kapitel: Tarife und Preise	
1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag	
<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p> <p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag: Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern:</p>

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

<p>b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien.</p> <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, Sie sind sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche <u>und betriebswirtschaftliche</u> Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p> <p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p>
---	---

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

	<p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten</p>
<p>Bündner Ärzteverein www.buendneraerzteverein.ch</p>	<p>Hinterm Bach 40 baev@hin.ch</p> <p>7000 Chur 081 257 03 58</p>

	<p>Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat ¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Bündner Ärzteverein www.buendneraerzteverein.ch</p>	<p>Hinterm Bach 40 baev@hin.ch</p> <p>7000 Chur 081 257 03 58</p>				

<p>von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>				
<p>Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

	<p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>				
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f 1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>					
<p>Gliederungstitel nach Art. 75 3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. Abschnitt Kostenziele</p>					

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

<p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;</u> d. das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial; e. die demografische Entwicklung. <p>Begründung:</p> <p>Der BÄV lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die</p>
---	--

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen</p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist der BÄV explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p> <p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Der BÄV lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab.</p> <p>Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine</p>
---	--

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

	<p>Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu</p>
<p>Bündner Ärzteverein www.buendneraerzteverein.ch</p> <p>Hinterm Bach 40 baev@hin.ch</p> <p>7000 Chur 081 257 03 58</p>	

	<p>klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>				
<p>2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p> <p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Bündner Ärzteverein www.buendneraerzteverein.ch</p> <p>Hinterm Bach 40 baev@hin.ch</p> <p>7000 Chur 081 257 03 58</p>					

	<p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt der BÄV fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Der BÄV betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines</p>

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

	<p>Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p>

Bündner Ärzteverein
www.buendneraerzteverein.ch

Hinterm Bach 40
baev@hin.ch

7000 Chur
081 257 03 58

	<p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</p> <hr/> <p>Zuständiges Ausserparlamentarische Kommission Departement</p> <hr/> <p>EDI ... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Mittels vorliegender Vernehmlassung soll der disruptivste Systemeingriff seit Schaffung des KVG auf Verordnungsebene umgesetzt werden. Dies liegt einerseits in der Vorlage selbst, welche den bisherigen Art. 54 KVG (Globalbudgetierung durch Genehmigungsbehörde) ersetzt. Dort war das Instrument der Globalbudgetierung als befristete ausserordentliche Massnahme vorgesehen, wurde aber nie angewendet. Es ist eindeutig, dass dieser Artikel vom Gesetzgeber mit dem Ziel gestrichen wurde, hier massiver und nachhaltiger ins System eingreifen zu können. Obwohl verschiedene Verantwortungsträger/-innen den Terminus „Globalbudgetierung“ vehement bestritten, ist dieses Instrument nichts anderes als eine Form der Globalbudgetierung respektive der Deckelung von Gesundheitsausgaben. Anders lässt es sich auch nicht erklären, dass die weniger invasive Variante in alten Art. 54 KVG aus dem Gesetz gestrichen wurde. Hinzu kommt, dass diese neue Regelung in einem erheblichen Spannungsfeld zu anderen Bestimmungen des KVG steht, insbesondere zum im Rahmen des Kosten-dämpfungspakets 1b eingeführten Art. 47c KVG (Überwachung der Kosten), ohne dessen Wirkung abzuwarten und zu evaluieren.</p> <p>Absatz 1 dieser Bestimmung hält fest: 1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vor. Ferner legt Art. 47c Abs. 5 KVG Kriterien fest, die bei der Beurteilung der Kostenentwicklung zu berücksichtigen sind. Diese Kriterien stehen aber zu einem bedeutenden Teil nicht im Einklang mit der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ und dem vorliegenden Verordnungstext. Deshalb müsste die hier vorgelegte Ordnungsrevision so stark wie nur möglich darauf hinwirken, das Spannungsfeld zwischen Art. 47c KVG und der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ zu entschärfen und Rechtssicherheit zu schaffen. Hierzu wäre höchstmögliche Konkretisierung bzw. Präzisierung der Inhalte und weitgehende Vermeidung unbestimmter Rechtsbegriffe essenziell. Dies kann auf zweierlei Art und Weise getan werden: Einerseits durch umsichtige Redaktion der Verordnungsbestimmungen und andererseits durch optimale Nutzung des erläuternden Berichts als Auslegungshilfe. Falls dieses Ziel nicht erreicht wird, drohen ein massiver Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit sowie zahlreiche Rechtsstreitigkeiten und unter Umständen sogar Systemblockaden durch diese Vorlage. Ob das vom Parlament gesetzte Ziel der Kostendämpfung so erreicht würde, ist mehr als fraglich. Mit anderen Worten werden Fehler in der Umsetzung der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ auf Verordnungsebene massive negative Konsequenzen haben und erhebliche Kollateralschäden verursachen.</p> <p>Eine grundsätzliche Prüfung dieser Vorlage zeigt, dass damit das Potential zur Schaffung von Rechtssicherheit, Verhinderung von unnötiger Bürokratie und Rechtsstreitigkeiten sowie zur Entschärfung der erheblichen Spannungsfelder zu Art. 47c KVG bei weitem nicht genutzt wird. Der äusserst spärliche erläuternde Bericht ist teilweise kaum länger als der entsprechende Verordnungstext und wird seiner Bezeichnung – nämlich zu erläutern – nicht gerecht. Der Verordnungstext enthält einige unbestimmte Rechtsbegriffe, die im erläuternden Bericht nicht im Sinne einer Präzisierung bzw. Konkretisierung definiert werden.</p> <p>Das Governance-Problem im Gesundheitswesen durch Interessenkonflikte der Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrollen ist bereits heute immens und wurde nicht angegangen. Es kann hierzu auf das Postulat 15.3464 „Krankenversicherungsgesetz. Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone“ von NR Ignazio Cassis verwiesen werden. Dieses Postulat ist seit bald 10 Jahren hängig und</p>

der Nationalrat hat am 5. Juni 2024 beschlossen, den Vorstoss nicht abzuschreiben. Ein Bericht hierzu liegt nach rund 10 Jahren noch immer nicht vor.

Nun sollen die Kantone eine weitere Kompetenz erhalten, die den Interessenskonflikt nochmals verschärft.

Mit dieser Problematik befasst sich der vorliegende Entwurf nicht. Dabei hätte beispielsweise die Möglichkeit bestanden, den Kantonen auf Verordnungsebene aufzu-erlegen, ihre Ziele regional, das heisst nach Versorgungsregionen, abzustimmen. Damit würde den aktuellen und berechtigten Forderungen im Bundesparlament Rechnung getragen, wonach die Gesundheitsversorgung nach Regionen und nicht nach Kantonen zu konzipieren ist.

Somit verpasst dieser Entwurf die Gelegenheit, das Governance-Problem der Kantone zu entschärfen.

Zusammenfassend ist folgendes festzuhalten:

1. Die Vorlage „Kosten- und Qualitätsziele“ ist eine der schwerwiegendsten und folgenreichsten seit Schaffung des KVG und bedarf deshalb besonders sorgfältiger Redaktion auf Verordnungsebene.

2. Die vorliegende Verordnungsrevision verpasst aufgrund einer viel zu offener Formulierung des Verordnungstextes mit zahlreichen unklaren Passagen und unbestimmten Rechtsbegriffen und eines spärlichen erläuternden Berichts die Möglichkeit, einen massiven Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten sowie unter Umständen sogar Systemblockaden zu vermeiden.

3. Dem heiklen Spannungsfeld zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort Rechnung getragen.

Demgemäss beantragen wir Ihnen die Rücknahme und grundlegende Überarbeitung der Vorlage im Lichte unserer Empfehlungen.

Anhang: Stellungnahme Vernehmlassung Änderung KVV - Kosten- und Qualitätsziele def.pdf



Bundesamt für Gesundheit
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

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

Basel, 30. April 2025

Vernehmlassung: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
- Kosten- und Qualitätsziele

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 hat die Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 6. Mai 2025 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Disruptivster Systemeingriff seit Schaffung des KVG

Mittels vorliegender Vernehmlassung soll der disruptivste Systemeingriff seit Schaffung des KVG auf Verordnungsebene umgesetzt werden.

Dies liegt einerseits in der Vorlage selbst, welche den bisherigen Art. 54 KVG (Globalbudgetierung durch Genehmigungsbehörde) ersetzt. Dort war das Instrument der Globalbudgetierung als befristete ausserordentliche Massnahme vorgesehen, wurde aber nie angewendet.

Es ist eindeutig, dass dieser Artikel vom Gesetzgeber mit dem Ziel gestrichen wurde, hier massiver und nachhaltiger ins System eingreifen zu können. Obwohl verschiedene Verantwortungsträger/-innen den Terminus „Globalbudgetierung“ vehement bestreiten, ist dieses Instrument nichts anderes als eine Form der Globalbudgetierung respektive der Deckelung von Gesundheitsausgaben.

Anders lässt es sich auch nicht erklären, dass die weniger invasive Variante im alten Art. 54 KVG aus dem Gesetz gestrichen wurde.

Hinzu kommt, dass diese neue Regelung in einem erheblichen Spannungsfeld zu anderen Bestimmungen des KVG steht, insbesondere zum im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1b eingeführten Art. 47c KVG (Überwachung der Kosten), ohne dessen Wirkung abzuwarten und zu evaluieren.

GESCHÄFTSSTELLE: ST. JAKOBS-STRASSE 25, POSTFACH 135, CH-4010 BASEL / SCHWEIZ

PHONE 0041 61 421 35 55 – MOBILE 0041 79 415 33 37

MAIL: BUENDNIS@BLUEWIN.CH – WEB: WWW.FREIHEITLICHESGESUNDHEITSWESEN.CH

Absatz 1 dieser Bestimmung hält fest:

¹ Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vor.

Ferner legt Art. 47c Abs. 5 KVG Kriterien fest, die bei der Beurteilung der Kostenentwicklung zu berücksichtigen sind. Diese Kriterien stehen aber zu einem bedeutenden Teil nicht im Einklang mit der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ und dem vorliegenden Verordnungstext.

Deshalb müsste die hier vorgelegte Ordnungsrevision so stark wie nur möglich darauf hinwirken, das Spannungsfeld zwischen Art. 47c KVG und der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ zu entschärfen und Rechtssicherheit zu schaffen.

Hierzu wäre höchstmögliche Konkretisierung bzw. Präzisierung der Inhalte und weitgehende Vermeidung unbestimmter Rechtsbegriffe essenziell. Dies kann auf zweierlei Art und Weise getan werden: Einerseits durch umsichtige Redaktion der Ordnungsbestimmungen und andererseits durch optimale Nutzung des erläuternden Berichts als Auslegungshilfe.

Falls dieses Ziel nicht erreicht wird, drohen ein massiver Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit sowie zahlreiche Rechtsstreitigkeiten und unter Umständen sogar Systemblockaden durch diese Vorlage. Ob das vom Parlament gesetzte Ziel der Kostendämpfung so erreicht würde, ist mehr als fraglich.

Mit anderen Worten werden Fehler in der Umsetzung der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ auf Verordnungsebene massive negative Konsequenzen haben und erhebliche Kollateralschäden verursachen.

Potential der Vorlage bei Weitem nicht genutzt

Eine grundsätzliche Prüfung dieser Vorlage zeigt, dass damit das Potential zur Schaffung von Rechtssicherheit, Verhinderung von unnötiger Bürokratie und Rechtsstreitigkeiten sowie zur Entschärfung der erheblichen Spannungsfelder zu Art. 47c KVG bei weitem nicht genutzt wird.

Der äusserst spärliche erläuternde Bericht ist teilweise kaum länger als der entsprechende Verordnungstext und wird seiner Bezeichnung – nämlich zu erläutern – nicht gerecht. Der Verordnungstext enthält einige unbestimmte Rechtsbegriffe, die im erläuternden Bericht nicht im Sinne einer Präzisierung bzw. Konkretisierung definiert werden.

Drei Beispiele:

- (1) In Art. 59c^{bis} KVV steht „Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.“ Es wird aber nirgends erläutert, was unter „Intensität der Leistung“ zu verstehen ist respektive nach welchen Kriterien die „Intensität der Leistung“ beurteilt werden soll. Für eine pauschale Vergütung ist nicht die „Intensität“ – was immer damit auch gemeint ist - sondern die Homogenität der Leistung in den Einzelfällen relevant.
- (2) In Art. 59c^{ter} Abs. 1 lit. d. KVV wird die „Berechnungsmethode des Tarifs“ als Bestandteil des Genehmigungsgesuches genannt. Hierzu fehlen Erläuterungen bezüglich des Begriffs „Berechnungsmethoden“. Es wird auch nicht Bezug zur ebenfalls im KVG verankerten „Sachgerechtigkeit“ von Tarifen genommen.

- (3) In Art. 59c^{ter} Abs. 1 lit. e. KVV wird eine „Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten“ verlangt. Es wird aber nicht erläutert, wie und nach welchen Kriterien solche Schätzungen erstellt werden sollen.

Und das sehr heikle Verhältnis zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort erwähnt und somit auch nicht angesprochen, was weiteren Rechtsunsicherheiten Tür und Tor öffnet.

Rolle der Kantone

Das Governance-Problem im Gesundheitswesen durch Interessenkonflikte der Kantone aufgrund ihrer Mehrfachrollen ist bereits heute immens und wurde nie angesprochen.

Es kann hierzu auf das Postulat 15.3464 „Krankenversicherungsgesetz. Roadmap zur Entflechtung der Mehrfachrolle der Kantone“ von NR Ignazio Cassis verwiesen werden. Dieses Postulat ist seit bald 10 Jahren hängig und der Nationalrat hat am 5. Juni 2024 beschlossen, den Vorstoss nicht abzuschreiben. Ein Bericht hierzu liegt nach rund 10 Jahren noch immer nicht vor.

Nun sollen die Kantone eine weitere Kompetenz erhalten, die den Interessenskonflikt nochmals verschärft.

Mit dieser Problematik befasst sich der vorliegende Entwurf nicht. Dabei hätte beispielsweise die Möglichkeit bestanden, den Kantonen auf Verordnungsebene aufzuerlegen, ihre Ziele regional, das heisst nach Versorgungsregionen, abzustimmen. Damit würde den aktuellen und berechtigten Forderungen im Bundesparlament Rechnung getragen, wonach die Gesundheitsversorgung nach Regionen und nicht nach Kantonen zu konzipieren ist.

Somit verpasst dieser Entwurf die Gelegenheit, das Governance-Problem der Kantone zu entschärfen.

Kommission falsch zusammengesetzt

Ob es sinnvoll ist, hier eine weitere beratende Kommission zu schaffen, muss bezweifelt werden, zumal ja inhaltlich bereits in Art. 47c KVG ein ähnlicher Auftrag an Leistungserbringer und Versicherer erteilt wird und dieser nicht mit der Arbeit dieser neu zu schaffenden Kommission koordiniert ist.

Dies ist aber nicht mehr zu ändern, da vom Gesetzgeber beschlossen.

Wenn nun eine solche Kommission unumgänglich ist, dann sollte sie zumindest so zusammengesetzt werden, dass nicht von Anfang an Interessenskonflikte geschaffen werden.

Denn wie soll eine einzige Person die Interessen der öffentlichen Spitäler, der privaten Spitäler, der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Spitex-Organisationen und aller weiteren Leistungserbringer zielführend und korrekt vertreten?

Kein einzelner Stakeholder-Vertreter / keine einzelne Stakeholder-Vertreterin kann das compliant machen.

Mit dieser Marginalisierung der Mitsprache der Leistungserbringer auf eine Person ist ein Misserfolg vorprogrammiert. Es drohen Interessenskonflikte und Systemverzerrungen.

Bei Schaffung der EQK wurde dieser Thematik deutlich besser Rechnung getragen durch vier Vertretungen der Leistungserbringer nach Bereichen.

Hier wäre diese Differenzierung umso wichtiger, da die Arbeit dieser neuen Kommission zu erheblichen Systemeingriffen führen wird, welche die einzelnen Leistungserbringergruppen sehr unterschiedlich betreffen wird.

Fazit / Empfehlungen

Zusammenfassend ist folgendes festzuhalten:

1. Die Vorlage „Kosten- und Qualitätsziele“ ist eine der schwerwiegendsten und folgenreichsten seit Schaffung des KVG und bedarf deshalb besonders sorgfältiger Redaktion auf Verordnungsebene.
2. Die vorliegende Verordnungsrevision verpasst aufgrund einer viel zu offenen Formulierung des Verordnungstextes mit zahlreichen unklaren Passagen und unbestimmten Rechtsbegriffen und eines spärlichen erläuternden Berichts die Möglichkeit, einen massiven Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten sowie unter Umständen sogar Systemblockaden zu vermeiden.
3. Dem heiklen Spannungsfeld zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort Rechnung getragen.

Demgemäss beantragen wir Ihnen die Rücknahme und grundlegende Überarbeitung der Vorlage im Lichte unserer Empfehlungen.

Wir danken Ihnen im Voraus bestens für die wohlwollende Prüfung unserer Empfehlungen und bitten Sie um deren Berücksichtigung.

Mit freundlichen Grüssen
Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen



Felix Schneuwly, Präsident



Andreas Faller, Geschäftsführer

Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation
Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 27 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	In Art. 59cbis KVV steht „Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.“ Es wird aber nirgends erläutert, was unter „Intensität der Leistung“ zu verstehen ist respektive nach welchen Kriterien die „Intensität der Leistung“ beurteilt werden soll. Für eine pauschale Vergütung ist nicht die „Intensität“ – was immer damit auch gemeint ist – sondern die Homogenität der Leistung in den Einzelfällen relevant.
Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>(2) In Art. 59cter Abs. 1 lit. d. KVV wird die „Berechnungsmethode des Tarifs“ als Bestandteil des Genehmigungsgesuches genannt. Hierzu fehlen Erläuterungen bezüglich des Begriffs „Berechnungsmethoden“. Es wird auch nicht Bezug zur ebenfalls im KVG verankerten „Sachgerechtigkeit“ von Tarifen genommen.</p> <p>In Art. 59cter Abs. 1 lit. e. KVV wird eine „Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten“ verlangt. Es wird aber nicht erläutert, wie und nach welchen Kriterien solche Schätzungen erstellt werden sollen.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Ob es sinnvoll ist, hier eine weitere beratende Kommission zu schaffen, muss bezweifelt werden, zumal ja inhaltlich bereits in Art. 47c KVG ein ähnlicher Auftrag an Leistungserbringer und Versicherer erteilt wird und dieser nicht mit der Arbeit dieser neu zu schaffenden Kommission koordiniert ist.</p> <p>Dies ist aber nicht mehr zu ändern, da vom Gesetzgeber beschlossen. Wenn nun eine solche Kommission unumgänglich ist, dann sollte sie zumindest so zusammengesetzt werden, dass nicht von Anfang an Interessenskonflikte geschaffen werden.</p> <p>Denn wie soll eine einzige Person die Interessen der öffentlichen Spitäler, der privaten Spitäler, der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Spitex-Organisationen und aller weiteren Leistungserbringer zielführend und korrekt vertreten?</p> <p>Kein einzelner Stakeholder-Vertreter / keine einzelne Stakeholder-Vertreterin kann das compliant machen.</p> <p>Mit dieser Marginalisierung der Mitsprache der Leistungserbringer auf eine Person ist ein Misserfolg vorprogrammiert. Es drohen Interessenskonflikte und Systemverzerrungen.</p> <p>Bei Schaffung der EQK wurde dieser Thematik deutlich besser Rechnung getragen durch vier Vertretungen der Leistungserbringer nach Bereichen.</p> <p>Hier wäre diese Differenzierung umso wichtiger, da die Arbeit dieser neuen Kommission zu erheblichen Systemeingriffen führen wird, welche die einzelnen Leistungserbringergruppen sehr unterschiedlich betreffen wird.</p>

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (EVS)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Bitte beachten Sie unsere Bemerkungen in der hochgeladenen Exceltabelle in der Rubrik/Spalte H (Akzeptanz) sowie in der Rubrik/Spalte J (Begründung und Anträge)

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	I
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:
Begründung	Begründung mit Anträgen siehe nachfolgend zu den einzelnen Bestimmungen.

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Ingress
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: 6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.
Begründung	Bei der Vernehmlassung zur Datenlieferung "Sicherstellung des Prinzips der einmaligen Erhebung der Daten" wurde festgehalten, dass alle Daten ans Bundesamt für Statistik geliefert werden sollen, damit mehrmalige Datenerhebungen nicht mehr nötig sind. Gemäss dieser Bestimmung müssen die Versicherer dem BAG regelmässig Daten weitergeben, was bedeutet, dass Daten doch wieder mehrmalig erhoben werden. Der EVS wünscht diesbezüglich eine Klarstellung.

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Ad 2a): Die Repräsentativität muss im Einzelfall beurteilt werden</p> <p>Ad Abs. 3: Zu ergänzen mit "sachgerechten" Tarifstrukturen</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>zu Abs. 1: Der Begriff "regelmässig überprüfen" muss konkretisiert werden.</p> <p>Antrag: Die Tarifpartner überprüfen alle drei bis fünf Jahre, ob die Tarife die Grundsätze der Art. 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Hinweis: Es gibt im KVG keinen Art. 54a !</p> <p>Zu Art. 75a Abs. 2 lit. d): Wie wird das Effizienzpotenzial definiert?</p> <p>Klärung erwünscht.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Der Begriff "namentlich" bedeutet, dass die Auflistung nicht abschliessend ist und jederzeit durch weitere Kostengruppen ergänzt werden kann. Gemäss dieser Liste wäre in der Ergotherapie nur der spitalambulante Bereich betroffen, nicht jedoch der Bereich der ambulanten Ergotherapie. Die Formulierung "namentlich" schafft Rechtsunsicherheit.</p> <p>Antrag: Bevor der Bundesrat die Kostengruppen ausweitet, sind die Leistungsträger anzuhören.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>zu Abs. 2 lit. a) nur "eine" Person, welche alle Leistungserbringer repräsentieren soll, ist unrealistisch aufgrund der Verschiedenheit der Leistungserbringer.</p> <p>Antrag: Hier muss nach vergleichbaren Erbringern differenziert und mit entsprechenden Vertretern ergänzt werden.</p>

FMCH

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	--

Anhang: Stellungnahme FMCH - KVV Änderung Kosten- & Qualitätsziele.pdf



Eidgenössisches Departement des Innern EDI

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

über die Plattform Consultations (admin.ch)

Bern, 5. Mai 2025

Stellungnahme der FMCH zur Änderung der KVV betreffend Kosten- und Qualitätszielen

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen der FMCH bedanken wir uns für die gebotene Möglichkeit zur Stellungnahme und teilen hiermit gerne unsere Einschätzungen zur vorgeschlagenen Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung bezüglich Kosten- und Qualitätszielen.

Die FMCH sieht die vorgeschlagene Vorlage zu Kosten- und Qualitätszielen kritisch. Die FMCH betrachtet die Ambulantisierung als eines der wirksamsten Instrumente zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Doch genau dieses Instrument sehen wir durch die Vorgabe von zu strikten Kostenzielen gefährdet, da ambulante Behandlungen in und ausserhalb von Spitälern zwei der definierten Kostengruppen sind. Die FMCH spricht sich dafür aus, dass in einem offenen Gesundheitswesen die erforderlichen Leistungen zur benötigten Zeit erbracht werden können. Dies ist bei der Festlegung der konkreten Kostenziele zu berücksichtigen. Aus diesem Grund plädieren wir bei potenziellen Zielkonflikten zwischen den Kosten und Qualitätszielen sowie der Ambulantisierung dafür, dass Qualitätsvorgaben und die AVOS-Liste klar Vorrang vor den Kostenzielen haben.

Wir plädieren dafür, dass die Wirtschaftlichkeit der Tarife ganzheitlich betrachtet wird, d.h. sowohl die Kosten, aber vor allem auch die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten entsprechend berücksichtigt werden. Ein Kostenröhrenblick von Einzelepisoden kann dazu führen, dass zwar die Kosten einer einzelnen Intervention günstig sind, die Gesamtkosten aber höher liegen. Die Vorlage bezieht sich laut Bezeichnung auf Kosten- und Qualitätsziele, jedoch werden letztere aus unserer Sicht ungenügend behandelt. Die FMCH regt an, die Vorlage nach Rücksprache mit medizinischem Fachpersonal, um konkrete Definitionen und Indikatoren für die Behandlungsqualität zu ergänzen. Ebenso erachten wir es als wichtig, eine Priorisierung der Kriterien Qualität, AVOS-Liste und Kosten auf Stufe Verordnung festzulegen.

Des Weiteren hat das Parlament die Gründung einer neuen Kommission beschlossen, der Eidgenössischen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenversicherung (EKKQ). Die FMCH beantragt eine Erhöhung der Anzahl Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer, um die Fachkompetenz und die Abstützung bei den Leistungserbringern zu erhöhen, da eine einzelne Person aus unserer Sicht unmöglich die Spitäler, die Ärzteschaft, die Pflege und die Pharmazie in der erforderlichen Kompetenz repräsentieren kann.

Die Einführung von separaten Zielen pro Kostenblock verstösst gegen den Willen des Parlaments und ist klar abzulehnen. Dieses hat im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative explizit entschieden, auf solche separaten Zielvorgaben zu verzichten.

FMCH: Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
Geschäftsstelle – Dufourstrasse 30, 3005 Bern – sekretariat@fmch.ch

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen bei Rückfragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Ricco Hostettler
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Les conventions tarifaires doivent respecter notamment les principes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none">a. leur tarif doit couvrir au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente;b. leur tarif doit couvrir au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations;c. un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires. <p>2 Les conventions tarifaires qui contiennent une structure tarifaire doivent en outre respecter les principes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none">a. être conclues par des parties représentatives des fournisseurs de prestations et des assureurs concernés;b. reposer sur un modèle tarifaire cohérent et s'appuyer sur des critères économiques. <p>3 Les modalités d'application des structures tarifaires doivent faire partie intégrante des conventions tarifaires.</p>
Begründung	--

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Pour fixer les objectifs en matière de coûts des prestations (art. 54 et 54a LAMal) applicables à l'ensemble des coûts, le Conseil fédéral et les cantons se fondent sur les coûts nécessaires pour couvrir les besoins médicaux de manière à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.</p> <p>2 Ils tiennent notamment compte des facteurs suivants:</p> <ul style="list-style-type: none">a. l'évolution de la morbidité;b. les progrès médico-techniques;c. l'évolution de la situation économique, du niveau des salaires et des prix;d. les possibilités de gain d'efficience. <p>3 Le Conseil fédéral coordonne les objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité au sens de l'art. 58 LAMal.</p>
Begründung	--

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Le Conseil fédéral fixe des objectifs en matière de coûts pour les groupes de coûts suivants notamment:</p> <ul style="list-style-type: none">a. traitements hospitaliers;b. traitements ambulatoires à l'hôpital;c. traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital;d. médicaments;e. soins dispensés dans un établissement médico-social ou à domicile.
Begründung	--

FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
-------------------------------	----------------

Begründung:

Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung:

Die FMH spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Die FMH erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. dies erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/consultations)
Stand 29.04.2025 / Ansprechperson FMH: Dr. Iris Herzog-Zwitter / iris.herzog@fmh.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?

☐ Zustimmung ☐ Eher Zustimmung ☐ Neutrale Haltung ☒ Eher Ablehnung ☐ Ablehnung ☐ Verzicht auf Stellungnahme

Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der FMH nimmt wie folgt Stellung:

Die FMH spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Die FMH erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses
Postfach · CH-3000 Bern 16 · Telefon +41 31 359 11 11 · info@fmh.ch · www.fmh.ch

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme FMH
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung
Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses

<p>Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),</p>	
<p>Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die FMH darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der FMH dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die FMH bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>
<p>3. Kapitel: Tarife und Preise</p>	
<p>1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag</p>	
<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p>

<p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung </div> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens <u>deckt</u> die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens <u>deckt</u> die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag:</p> <p>Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern:</p> <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, Sie sind sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche <u>und betriebswirtschaftliche</u> Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p> <p>Begründung:</p>
--	--

Zu Abs. 1 lit. a und b:

Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

Zu Abs. 1 lit. c:

Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).

Zu Abs. 2 und lit. a:

Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.

Zu Abs. 2 lit. b:

Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.

Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.

	<p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife <u>nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG</u> sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

	künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.				
<p>Art. 59c^{ter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59c^{quater} Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 <u>KVV</u> entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung: Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>								
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten ¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen. ² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen. ³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f 1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>									
<p>Gliederungstitel nach Art. 75 3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. Abschnitt Kostenziele</p>									
<p>Art. 75a Gesamtziele ¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung						

<p>notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer</u>; d. das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial; e. <u>die demografische Entwicklung</u>. <p>Begründung:</p> <p>Die FMH lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infrass behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die</p>
---	---

	Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die FMH explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.				
<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen</p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die FMH lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden.</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>								
<p>2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p> <p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none">a. eine Person die Leistungserbringer;b. eine Person die Kantone;c. eine Person die Versicherer;d. eine Person die Versicherten;e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission;f. drei Personen die Wissenschaft. <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement so-</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht</p>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung						

<p>wie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die FMH fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die FMH betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>				
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

<p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind.</p>				
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>								
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</p> <table border="1"> <tr> <td>Zuständiges Departement</td><td>Ausserparlamentarische Kommission</td></tr> <tr> <td>EDI</td><td>... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</td></tr> </table>	Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td></tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission								
EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung								
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung								
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung								

FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die FMH darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der FMH dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die FMH bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>
Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung

Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung. b. Ihr Tarif deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine unwirtschaftlichen Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, sind sie von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Änderungsanträge</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1</p> <p>Die Formulierung von Art. 59c Absatz 1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten:</p> <p>In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung. b. Ihr Tarif deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine unwirtschaftlichen Mehrkosten verursachen.

Abs. 2

Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern:

2 Tarifverträge müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:

a. Beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.

Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:

lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.

Begründung:

Zu Abs. 1 lit. a und b:

Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

Zu Abs. 1 lit. c:

Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).

Zu Abs. 2 und lit. a:

Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.

Zu Abs. 2 lit. b:

Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.

Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.

Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.

Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	..
Begründung	Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht. 2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.
Begründung	Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer; d. das nachgewiesene Effizienzpotenzial; e. die demografische Entwicklung. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Die FMH lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die FMH explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die FMH lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden.</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die FMH fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die FMH betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind.</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Grundidee der Vorlage ist, das Kostenwachstum in der Grundversicherung, der OKP, mittels Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen zu dämpfen. Dass zu Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nebst den Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern auch die Versicherten zur Anhörung sowohl auf Bundes- wie auch auf Kantonsebene eingeladen werden sollen, begrüsst die VASOS ausdrücklich. Wir sind aber ebenso klar der Meinung, dass sowohl bei der Anhörung wie auch in der geplanten Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) explizit eine Vertretung sowohl der PatientInnen wie auch des Alters und nicht nur der Versicherten mitwirken muss.</p> <p>Aufgabe der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) soll systematisch und kontinuierlich die Kostenentwicklung überwachen. Dies erfordert nicht nur Transparenz in der Kostenentwicklung sondern ebenso Transparenz hinsichtlich falscher Anreize im System und vor allem auch hinsichtlich der Indikations- und Leistungsqualität (in Erfüllung von KVG Artike 58c Abs. 1h).</p> <p>Die VASOS stellt kritisch fest, dass vor allem von der Kostenentwicklung die Rede ist. Während die Strategie des Qualitätsmonitorings ziemlich unkonkret bleibt. Viel mehr als dass der Bundesrat die Kosten- und die Qualitätsziele koordiniert festlegt und dass eine Zusammenarbeit der EQK und der EKKQ vorgesehen sei, beides eigentlich Selbstverständlichkeiten, wenn es schon die beiden Kommissionen geben soll, ist in der Vorlage nicht zu finden. Ebenso kritisieren wir, dass der Bundesrat erst mit dieser Vorlage den Aufbau und Betrieb eines nationalen Monitoringsystems der Leistungen im Gesundheitswesen der EQK in Auftrag geben will. Dies obwohl Artikel 58 KVG mit der Bestimmung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bereits seit 2021 in Kraft ist.</p> <p>Dabei ist klar, wenn die Kostenziele zur obersten Maxime werden, leidet die Qualität der Gesundheitsversorgung. Dies droht umso mehr als bezüglich der Qualitätssicherung noch kaum Transparenz besteht und auch zu wenig in die Patientensicherheit investiert wird, wie z.B. die Kürzungen der Gelder für Swis NOSO, für die Bekämpfung von Infekten in Spitälern und Heimen, belegt.</p> <p>Wir bezweifeln aus belegbaren Gründen die Annahme des Bundesrates, dass die Kostenziele keine negativen Konsequenzen für die Qualität oder für den Zugang zu medizinischen Leistungen haben werden. Eine Annahme, die leider für ältere PatientInnen schon heute nicht mehr stimmt. Ein weiterer Anstieg negativer Konsequenzen in der Versorgungsqualität ist leider zu befürchten. Darum fordern wir rasche Massnahmen für Transparenz in der Qualität der medizinischen Versorgung. Ein zeitnahes Monitoring ist zu begrüßen, aber es muss rascher und konsequent installiert werden.</p> <p>Die im Rahmen des Sparpakets 27 vorgesehene Koppelung der Prämienverbilligung an die im Voraus festgelegten Kostenziele und nicht mehr wie bis anhin mit den tatsächlich eintretenden Kostensteigerung wachsen sollen, lehnen wir ab. Insbesondere tiefe und mittlere Einkommen und damit sehr viele Haushalte mit bescheidenen Renten hätten ein zusätzliches Kostenrisiko zu tragen, damit würden vulnerable Gruppen gleich doppelt belastet. (Siehe entsprechende Vernehmlassung der VASOS zum Entlastungspaket 27).</p> <p>In diesem Sinn hoffen wir als VASOS auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken schon im Voraus dafür.</p>

Anhang: VNL Kosten und Qualitätsziele Mai 25 an Bund.pdf



Vereinigung aktiver Senior:innen- und
Selbsthilfeorganisationen der Schweiz
Fédération des Associations des
retraité-e-s et de l'entraide en Suisse
Federazione associazioni
pensionate:ti e d'autoaiuto in Svizzera

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Frau Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider
3003 Bern

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

Bern, 05. Mai 2025

Vernehmlassung zur Änderung der Krankenversicherungsverordnung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin

Besten Dank für die Gelegenheit zur oben erwähnten Vernehmlassung. Die VASOS nimmt dazu aus Sicht des Alters im Folgenden gerne Stellung.

Grundsätzliche Anmerkungen

Grundidee der Vorlage ist, das Kostenwachstum in der Grundversicherung, der OKP, mittels Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen zu dämpfen. Dass zur Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nebst den Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern auch die Versicherten zur Anhörung sowohl auf Bundes- wie auch auf Kantonsebene eingeladen werden sollen, begrüsst die VASOS ausdrücklich. Wir sind aber ebenso klar der Meinung, **dass sowohl bei der Anhörung wie auch in der geplanten Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) explizit eine Vertretung sowohl der PatientInnen wie auch des Alters und nicht nur der Versicherten mitwirken muss.**

Aufgabe der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) soll systematisch und kontinuierlich die Kostenentwicklung überwachen. Dies erfordert nicht nur Transparenz in der Kostenentwicklung sondern ebenso Transparenz hinsichtlich falscher Anreize im System und vor allem auch hinsichtlich der Indikations- und Leistungsqualität (in Erfüllung von KVG Artikel 58c Abs. 1h).

Die VASOS stellt kritisch fest, dass vor allem von der Kostenentwicklung die Rede ist. Während die Strategie des Qualitätsmonitorings ziemlich unkonkret bleibt. Viel mehr als dass der Bundesrat die Kosten- und die Qualitätsziele koordiniert festlegt und dass eine Zusammenarbeit der EQK und der EKKQ vorgesehen sei, beides eigentlich Selbstverständlichkeiten, wenn es schon die beiden Kommissionen geben soll, ist in der

Vorlage nicht zu finden. Ebenso kritisieren wir, dass der Bundesrat erst mit dieser Vorlage den Aufbau und Betrieb eines nationalen Monitoringsystems der Leistungen im Gesundheitswesen der EQK in Auftrag geben will. Dies obwohl Artikel 58 KVG mit der Bestimmung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bereits seit 2021 in Kraft ist. Dabei ist klar, wenn die Kostenziele zur obersten Maxime werden, leidet die Qualität der Gesundheitsversorgung. Dies droht umso mehr als bezüglich der Qualitätssicherung noch kaum Transparenz besteht und auch zu wenig in die Patientensicherheit investiert wird, wie z.B. die Kürzungen der Gelder für Swiss NOSO, für die Bekämpfung von Infekten in Spitälern und Heimen, belegt.

Wir bezweifeln aus belegbaren Gründen die Annahme des Bundesrates, dass die Kostenziele keine negativen Konsequenzen für die Qualität oder für den Zugang zu medizinischen Leistungen haben werden. Eine Annahme, die leider für ältere PatientInnen schon heute nicht mehr stimmt. Ein weiterer Anstieg negativer Konsequenzen in der Versorgungsqualität ist leider zu befürchten. Darum fordern wir rasche Massnahmen für Transparenz in der Qualität der medizinischen Versorgung. Ein zeitnahes Monitoring ist zu begrüßen, aber es muss rascher und konsequent installiert werden.

Die im Rahmen des Sparpakets 27 vorgesehene Koppelung der Prämienverbilligung an die im Voraus festgelegten Kostenziele und nicht mehr wie bis anhin mit den tatsächlich eintretenden Kostensteigerung wachsen sollen, lehnen wir ab. Insbesondere tiefe und mittlere Einkommen und damit sehr viele Haushalte mit bescheidenen Renten hätten ein zusätzliches Kostenrisiko zu tragen, damit würden vulnerable Gruppen gleich doppelt belastet. (Siehe entsprechende Vernehmlassung der VASOS zum Entlastungspaket 27).

In diesem Sinn hoffen wir als VASOS auf die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und danken schon im Voraus dafür.



Bea Heim
Präsidentin VASOS FARES



Inge Schädler
Vizepräsidentin VASOS FARES

Föderation der Schweizer Logopädinnen und Logopäden FSLO

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	Bitte beachten Sie unsere vollständige Eingabe, welche Sie im eingefügten Dokument abgebildet sehen. Ab Mitte der detaillierten Stellungnahme konnten keine eingefügten Kommentare mehr gespeichert werden (technisches Problem, das System fordert stattdessen jeweils auf, die Seite zu verlassen). Dasselbe Problem hatten wir auch bei einer früheren Vernehmlassung per 31.03.2025. Zudem liessen sich beide Male keine zusätzlichen Personen zur internen Bearbeitung hinzufügen ("Mailadresse ungültig"), was den interne Prozess unnötig verkomplizierte. Die FSLO bedankt sich für ein Softwareupdate, welches die genannten bugs für zukünftige Vernehmlassungen ausmerzt.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Ingress
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: 6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.
Begründung	Das Prinzip der Sicherstellung der einmaligen Erhebung der Daten (siehe Vernehmlassung 2023_104) soll auch für diese Verordnungsanpassung garantiert sein. Das geht aus dem vorgeschlagenen Text nicht hervor.

Titel	3. Kapitel: Tarife und Preise
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>2a) Wie und durch wen wird die Repräsentativität beurteilt?</p> <p>Ergänzung 2c) Die Tarifstruktur bildet die Leistungserbringung sachgerecht ab.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>ad 1d) Bitte um Klärung: Wie können die Kosten für die geforderten Unterlagen und deren Erstellung in die Wirtschaftlichkeitsrechnungen des Tarifs einfließen und Berücksichtigung finden? Zudem: Die Einhaltung des Datenschutzes und die Gewährleistung von Anonymität/De-Identifizierung müssen garantiert sein.</p>

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen auf Antrag eines Tarifpartners oder der Genehmigungsbehörde innerhalb von 2 Jahren überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>1) "regelmässig" streichen. stattdessen: auf Antrag eines Tarifpartners oder der Genehmigungsbehörde innerhalb von 2 Jahren. Begründung: regelmässig ist zu wenig definiert. Die Überprüfung muss für alle Tarifpartner terminierbar sein, damit die Tarifpartner gemeinsam agieren können. Der Zeithorizont schafft Klarheit.</p>

Föderation der Schweizer Psycholog:innen (FSP)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Die Föderation der Schweizer Psycholog:innen (FSP) dankt Ihnen für Ihre Einladung zur Stellungnahme vom 29. Januar 2025. Die FSP ist die Stimme von über 11'000 psychologischen Fachpersonen mit einem Masterabschluss in Psychologie.</p> <p>Mit der vorliegenden KVV-Änderung setzt der Bundesrat eine Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) in der OKP ein. Diese hat gemäss Art. 75d unter anderem die Aufgabe, eine «systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten» einzurichten und darauf basierend Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner abzugeben.</p> <p>Die FSP weist die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Trotz einigen begrüssenswerten Elementen bleiben zu viele Themen und deren Umsetzung unklar. Wir befürchten insbesondere viel administrativen Mehraufwand, der keinerlei Mehrwert aber dafür zusätzliche Kosten generiert.</p> <p>Die FSP fordert eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs und im Hinblick auf das psychotherapeutische Tätigkeitsgebiet ihrer Mitglieder Korrekturen und Präzisierungen, die im angehängten PDF im Detail erläutert sind.</p>

Anhang: 250505 VNL Anderung KVV Kosten- und Qualitätsziele FSP final.pdf

Dr. Muriel Brinkrolf
+41 31 388 88 00
muriel.brinkrolf@fsp.psychologie.ch

Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider
Eidgenössisches Departement des Innern
(EDI)
Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Abteilung Tarife und Grundlagen
Elektronischer Versand an
tarife-grundlagen@bag.admin.ch

Bern, 05.05.2025

Stellungnahme der FSP zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Föderation der Schweizer Psycholog:innen (FSP) dankt Ihnen für Ihre Einladung zur Stellungnahme vom 29. Januar 2025. Die FSP ist die Stimme von über 11'000 psychologischen Fachpersonen mit einem Masterabschluss in Psychologie.

Mit der vorliegenden KVV-Änderung setzt der Bundesrat eine Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) in der OKP ein. Diese hat gemäss Art. 75d unter anderem die Aufgabe, eine «systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten» einzurichten und darauf basierend Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner abzugeben.

Die FSP weist die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Trotz einigen begrüssenswerten Elementen bleiben zu viele Themen und deren Umsetzung unklar. Wir befürchten insbesondere viel administrativen Mehraufwand, der keinerlei Mehrwert aber dafür zusätzliche Kosten generiert.

Die FSP fordert eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs und im Hinblick auf das psychotherapeutische Tätigkeitsgebiet ihrer Mitglieder folgende Korrekturen und Präzisierungen:

- **Problematische Eingriffe und verpasste Chance zur Konkretisierung bestehender Tarifregeln (Art. 59c ff. E-KVV)**

Die Vernehmlassung sieht verschiedene Neuerungen bei den Tarifregeln vor. Dabei werden aus Sicht der FSP Rechtsbegriffe eingeführt, die unklar sind und einer Präzisierung bedürfen:

- In Art. 59c E-KVV wird festgehalten, dass der Tarif höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten decken darf, ohne jedoch zu konkretisieren, was unter den transparent ausgewiesenen Kosten zu verstehen ist, in welcher Form

diese gegenüber welchen Parteien offenzulegen sind und wie sich dies mit dem Erfordernis des Datenschutzes der einzelnen Leistungserbringer vereinbaren lässt. In der Praxis hat diese Frage eine grosse Relevanz und führt immer wieder zu Diskussionen, welche die Tarifverhandlungen verzögern. Eine mögliche Lösung könnte darin bestehen, dass beispielsweise aggregierte Kostendaten als genügende Grundlage für den Nachweis der Kosten gegenüber den Vertragspartnern definiert wird. Dass die transparent ausgewiesenen Kosten in der Verordnung nicht konkretisiert werden, stellt aus Sicht der FSP eine verpasste Chance dar.

- In Art. 59c E-KVV wird zudem die spezielle Situation neuer Leistungserbringer nicht erwähnt. Bei neuen Leistungserbringern ist unklar, welche Kostendaten bisher gegolten haben und als Basis herangezogen werden sollten. Die Leistungen neuer Leistungserbringer, wie beispielsweise bei den Pflegenden oder den Psychotherapeut:innen sind grundsätzlich nicht vergleichbar mit deren bisherigen Tätigkeitsbereich, so dass deren Kosten auf andere Weise erhoben werden müssen.
- ➔ Position FSP: Es muss präzisiert werden, was unter «die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung» zu verstehen ist. Zudem sind die besonderen Rahmenbedingungen neuer Leistungserbringer angemessen zu berücksichtigen. Insbesondere ist sicherzustellen, dass die Anforderungen an die spezifische Ausgangssituation neu in das System eintretender Personen angepasst werden.

Art. 59 c Abs. 1 E-KVV

lit.a: Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. ***Gegenüber den Tarifpartnern erfolgt die Ausweisung der Kosten in aggregierter Form.***

lit. d (neu): ***Die besonderen Umstände neuer Leistungserbringer sind angemessen zu berücksichtigen.***

- Bei der Definition des Inhalts des Genehmigungsgesuches wird die heutige gelebte Praxis neu kodifiziert. Bei Pauschalen sollen die Kostenschätzungen neu auch die vor- und nachgelagerten Bereiche beinhalten.
- ➔ Position FSP: Beim Punkt «Genehmigung eines Tarifvertrags über leistungsbezogene Pauschalen (Art. 59 c^{ter} Abs. 2 E-KVV)» ist unklar, was mit «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» gemeint ist. In der französischen Version ist von «y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation» die Rede. Dieser Absatz muss unbedingt geklärt werden.

Art. 59 c^{ter} Abs. 2 E-KVV

Es muss präzisiert werden, was unter «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» zu verstehen ist und dass alle Sprachversionen eindeutig übereinstimmen.

- Solche Aufgaben sind sehr zeitintensiv, und es ist unklar, welche Auswirkungen auf die Genehmigungsfähigkeit des Tarifes die entsprechenden Resultate haben können.

→ Position FSP: Aus Sicht der FSP sollte darauf verzichtet werden.

- **Drohender Wildwuchs von kantonal unterschiedlichen Korrekturen (Art. 75a E-KVV)**

Das Gesetz geht davon aus, dass die Kantonsregierung oder der Bundesrat in den Bereichen ihrer jeweiligen Zuständigkeit prüfen, ob Massnahmen zur Korrektur unerwünschter Entwicklungen für einen bestimmten Kostenblock notwendig sind, wenn die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den festgelegten Kostenzielen liegen. In solchen Fällen gibt es den Genehmigungsbehörden die Möglichkeit, die Tarife selbst festsetzen. Weitere Vorgaben an die Tarifbehörden sind keine erwähnt. Was als unerwünscht gelten soll, wird nicht spezifiziert. Die Kompetenzen der Behörden werden damit ausgeweitet.

→ Position FSP: Die Deutung darüber, was eine unerwünschte Entwicklung ist, bleibt den Behörden ohne jegliche Vorgaben vorbehalten. Ohne weitere Spezifizierung droht ein Wildwuchs von kantonal unterschiedlichsten Korrekturen, was aus Gründen der Berechenbarkeit und Rechtssicherheit verhindert werden muss.

- **Anpassung der Kostenziele ermöglichen (Art. 75a Abs. 2 E-KVV)**

Gemäss Art. 54 KVG legt der Bundesrat nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest. In der Vorlage sind jedoch keinerlei Bestimmungen oder rechtliche Möglichkeiten für die Leistungserbringer vorgesehen, um sich zu festgelegten Kostenzielen zu äussern, die beispielsweise nicht praxistauglich sind oder eine betriebswirtschaftliche Erbringung von Leistungen verunmöglichen. Die Entscheidung über Kostenziele ist somit nicht justiziabel und rechtsstaatlich höchst fragwürdig. Vier Jahre erscheinen in diesem Kontext unverhältnismässig.

Im erläuternden Bericht zur Gesetzesvorlage ist erwähnt, dass der Bundesrat genauer wird definieren müssen, wie die Kostenziele festgelegt werden.

→ Position FSP: In einem solch langen Zeitraum können sich relevante Aspekte entwickeln, weshalb Anpassungen der Ziele möglich sein sollten. Ein solcher Prozess ist aber offenbar nicht vorgesehen.

→ Position FSP: Es sind Präzisierungen hinsichtlich dessen vorzunehmen, was der Bundesrat bei der Festsetzung der Kostenziele zwingend zu berücksichtigen hat – dies nicht zuletzt als Basis bzw. Auftrag für die Arbeiten der EKKQ. Bis auf einige Stichworte (Morbidität, Fortschritt, wirtschaftliche Entwicklung, Effizienzpotenzial) sind keinerlei methodische Erwartungen formuliert. Das lässt sehr viel Spielraum bei der Herleitung von Empfehlungen, was Unberechenbarkeit und Unsicherheit generieren kann. Mindestens muss der konkrete Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Fachkräfte in die Beurteilung einfließen.

- ➔ Position FSP: Aus Sicht der FSP müssen spezifische Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit (bspw. verstärkte Sensibilisierung und Entstigmatisierung), Prävalenz und der demografische Wandel berücksichtigt werden. Des Weiteren muss das Effizienzpotenzial nachgewiesen sein.

Art. 75a Abs. 2 E- KVV

c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung **unter Berücksichtigung des Fachkräftemarktes;**

- **Keine angemessene Vertretung aller Akteure (Art. 75c ff. e E-KVV)**

In der EKKQ sollte eine angemessene Vertretung der Akteure gewährleistet sein, wie es das KVG vorschreibt (Art. 54c Abs. 3). Der vorliegende Entwurf (Art. 75c Abs. 2 e-KVV) genügt dieser Vorschrift nicht, denn die Leistungserbringer sind nur durch eine einzige Person vertreten. Es erscheint aus Sicht der FSP unmöglich, auf dieser Basis eine repräsentative und wissenschaftlich fundierte Meinung zur Analyse der Kostenentwicklung zu vertreten.

- ➔ Position FSP: Es sollten mindestens drei Vertreter auf Leistungserbringerseite sein. Dies sorgt für Parität, denn die Kostenträger (Versicherer, Kantone und Versicherte) sind ebenfalls mit drei Personen vertreten.

Art. 75c Abs. 2 Bst. a E-KVV

- Streichung des Begriffs: «...eine...»
- Hinzufügung des Begriffs: «...mindestens drei...»

- **Weniger Administration – nicht noch mehr! (Art. 75d E-KVV)**

Die EKKQ hat den expliziten Auftrag, Empfehlungen für Massnahmen zur Eindämmung von Kostenentwicklungen abzugeben. Die FSP befürchtet beispielsweise aufgrund neuer, von der Kommission empfohlener Kostenüberwachungsprozesse bzw. -systeme eine Erhöhung des sonst schon überbordenden administrativen Aufwands für die Leistungserbringer. Die EKKQ soll bei ihren Empfehlungen die Versorgungssituation explizit mitberücksichtigen müssen.

- ➔ Position FSP: Aus Sicht der FSP wäre es hinsichtlich der Dämpfung des Kostenwachstums deutlich wirksamer, existierende administrative Prozesse regelmässig zu evaluieren und deren Verschlinkung voranzutreiben. Zur Illustration: Eine Studie des Büro BASS im Auftrag der FSP vom September 2023 zeigte, dass psychologische Psychotherapeut:innen insgesamt 29.3% ihrer Arbeitszeit für Administration aufwenden.

Könnte zumindest ein Teil dieser Zeit direkt in die Behandlung von Patient:innen investiert werden, würde sich dies positiv auf die aktuell sehr angespannte psychotherapeutische Versorgungslage auswirken. Ein konkreter Anwendungsfall wäre der Verlängerungsprozess, wenn eine Psychotherapie mehr als 30 Sitzungen in Anspruch nimmt. Dieser Prozess bedeutet heute einen enormen administrativen Aufwand, der insgesamt vier Spezialist:innen beschäftigt.

Art. 75d E- KVV

lit. b: Sie überwacht **die Versorgung und** Entwicklung [...].

lit. c: Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung, **der Überwachung der Versorgung sowie der Empfehlungen der EQK** Empfehlungen [...].

Allgemeine Bemerkungen

Die FSP erachtet Kostenziele in einem offenen Gesundheitswesen, in dem die erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, per se als wenig zielführend. Sie sind insbesondere für psychologische Psychotherapeut:innen fragwürdig, die selbst keine Leistungen veranlassen können, sondern auf ärztliche Anordnung tätig werden und deren Beitrag aus der OKP per Gesetz resp. KLV vorgegeben wird.

Bei den Korrekturmassnahmen sollte deshalb zwingend berücksichtigt werden, wer über die entsprechenden Kompetenzen verfügt und beispielsweise Anordnungen ausstellt. Es ist auf jeden Fall zu verhindern, dass Korrekturen aufgrund nicht erreichter Kostenziele ungerechtfertigterweise diejenigen treffen, welche die Entwicklungen nicht verursacht haben.

Vorlage schafft neue Doppelspurigkeiten

Auch wenn der Wille zur Koordination und Verhinderung von Überschneidungen deutlich aus den Vernehmlassungsunterlagen hervorgeht, sind Doppelspurigkeiten kaum zu verhindern:

- So sind die Tarifpartner bereits heute gemäss Art. 47c KVG verpflichtet, «*ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen*» vorzusehen. Da in dieses Monitoring leistungsspezifische Aspekte, das Knowhow und die Kompetenzen der direktbetroffenen Akteure einfließen, ist davon auszugehen, dass es qualitativ hochstehend ist und die Realität besser abbildet, als ein Aggregat von Daten bereits vorhandener allgemeiner Monitoringinstrumente (MOKKE, Statistik der OKP oder Dashboard Krankenversicherung, usw.), das die EKKQ, in der nicht alle OKP-Bereiche mit Fachpersonen vertreten sein können, gemäss erläuterndem Bericht analysieren soll.
- Es besteht das Risiko, dass die auf Basis von Art 47c KVG durch die Vertragspartner vereinbarten Massnahmen bei unerklärbaren Entwicklungen den Interventionen des Bundes und der Kantone im Rahmen der Umsetzung der vorliegenden Bestimmungen widersprechen.
- Um die Auswirkungen der Neuregelung der psychologischen Psychotherapie auf die Kosten und die Versorgung nachzuverfolgen, hat der Bundesrat bereits ein Monitoring sowie eine Evaluation vorgesehen. Der erste Monitoringbericht erschien am 30. April 2024 und analysierte die Daten des SASIS-Tarifpools. Es stellt sich die Frage, inwiefern dieses Monitoring künftig noch eine Rolle spielt, respektive, ob diesem hinsichtlich Kostenentwicklung noch Bedeutung zugemessen wird.

Unklare Verantwortung, Gewichtung und Deutungshoheit

Insgesamt besteht aus Sicht der FSP ein erhebliches Risiko, sich aufgrund der sehr zahlreichen Instrumente und Analysen zu verzetteln. Auch bleibt völlig unklar, wie die in der Vorlage festgehaltene Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen durch den Bundesrat, die in

der Verordnung vorgesehenen Empfehlungen durch die neu gebildeten EKKQ und die gesetzlich von den Tarifpartnern verlangte Umsetzung von Art. 47c KVG und 58a KVG aufeinander abgestimmt werden sollen.

Die Änderungen führen zu Unklarheit betreffend Verantwortung, Gewichtung und Deutungshoheit und können Inkonsistenzen zur Folge haben. Kommen die unterschiedlichen Akteure aufgrund unterschiedlicher Instrumente und Analysen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen, könnten beispielsweise Tarifverhandlungen oder die Umsetzung von sinnvollen Massnahmen blockiert werden, was der Grundidee der Vorlage grundlegend widerspricht.

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

Freundliche Grüsse



Dr. phil. Muriel Brinkroff
Geschäftsführerin



Cathy Maret
Leiterin Berufspolitik und Kommunikation

H+ Die Spitäler der Schweiz

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	--

Anhang: Stellungnahme zur Änderung über die Krankenversicherung Kosten und Qualitätsziele.pdf



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

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

Ort, Datum Bern, 01 Mai 2025
Ansprechpartner/in Florian Bossion

Direktwahl 031 335 11 33
E-Mail florian.bossion@hplus.ch

Stellungnahme von H+ zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Revision der KVV: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele). Diese Stellungnahme beruht auf den Ergebnissen einer Umfrage bei unseren Aktivmitgliedern.

H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Spitzenverband der öffentlichen und privaten Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Ihm sind 218 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 503 Standorten sowie 133 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

H+ weist die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Obwohl wir die Klärung bestimmter Elemente begrüssen, wie z. B. die Präzisierung des Inhalts eines Genehmigungsantrags für Tarifverträge, die dem Bundesrat (BR) vorgelegt werden, bleiben zu viele Themen hinsichtlich der Auswirkungen ihrer Umsetzung unklar. Wir befürchten, dass diese Revision für die Spitäler viel administrativen Mehraufwand bringen wird, ohne dass ein Mehrwert daraus für das Gesundheitssystem resultiert.

H+ fordert eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs. Insbesondere die im Folgenden genannten Punkte müssen unbedingt geklärt und gegebenenfalls korrigiert/präzisiert werden:

Grundsätze für Tarifverträge (Art. 59c ff.)

Grundsätzlich ist die im vorliegenden Entwurf enthaltene Klarstellung zu begrüssen, welche Inhalte ein Genehmigungsgesuch an den Bundesrat umfassen müssen. Die in den Artikeln 59c ff. vorgesehenen Regelungen werden jedoch unweigerlich zu zusätzlichen Aufwendungen führen, die die Kosten der Spitäler erheblich erhöhen und die Genehmigung und das Inkrafttreten der Tarifverträge weiter verzögern werden.

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

Geschäftsstelle · Lorrainestrasse 4 A · 3013 Bern
T 031 335 11 11 · geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch

1. Spitäler und Kliniken benötigen nicht «höchstens», sondern generell eine sachgerechte Tarifierung, um die Qualität weiterhin hochzuhalten. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

→ **Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV:**

- Streichung des Begriffs «...darf höchstens... decken.»
- Hinzufügung des Begriffs «...deckt...»

2. Weiter gehen die Vorgaben aus Sicht von H+ zu weit und führen zu administrativem Mehraufwand. Ausserdem ist es unklar, was mit « *die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag* » gemeint ist (Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b). Im Interesse der Rechtssicherheit ist dieser Punkt zu präzisieren oder ersatzlos zu streichen.

→ **Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b, d, e und f KVV**

- Buchstabe b: präzisieren oder ersatzlos streichen.
- Streichung der Buchstaben d und e
- Buchstabe f: Streichung des Begriffs «...ausführliche...»

3. Beim Punkt „Genehmigung eines Tarifvertrags über leistungsbezogene Pauschalen (Art. 59 c^{ter} Abs. 2)“ ist unklar, was mit « *einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche* » gemeint ist. In der französischen Version ist von « *y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation* » die Rede. Dieser Absatz muss unbedingt geklärt werden.

→ **Art. 59c^{ter} Abs. 2 KVG**

- Klarstellen, was unter « *einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche* » zu verstehen ist, und sicherstellen, dass die deutsche, französische und italienische Version eindeutig übereinstimmen.

Abschnitt Kostenziele (Art. 75a ff.)

Kostenziele sind in einem offenen Gesundheitswesen, in dem die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Sie sind aber dort besonders befremdlich, wo die Leistungserbringer selbst keine Leistungen veranlassen können, sondern nur auf ärztliche Anordnung tätig werden und zudem der Beitrag aus der OKP per Gesetz resp. KLV vorgegeben wird. Darüber hinaus wird die Umsetzung der verschiedenen Prozesse zur Erarbeitung dieser Kostenziele den Regulierungsprozess und damit den Verwaltungsaufwand, der die Spitäler bereits heute stark belastet, noch deutlich erhöhen.

H+ hat sich bereits im Gesetzgebungsprozess gegen Kostenziele ausgesprochen. Deren planwirtschaftlicher Ansatz führt zu einem Bruch mit dem bisherigen System des regulierten Wettbewerbs. Stattdessen sind aus Sicht von H+ Ergebnistransparenz, Indikationsqualität, Prozessqualität und weitere Qualitätsinstrumente zu stärken.

H+ hat den Entscheid des Parlaments begrüsst, auf die Festlegung von Kostenblöcken pro Leistungserbringergruppe und Kanton zu verzichten, wie dies der Bundesrat ursprünglich vorsah. Die Kostenblöcke hätten zu einer zusätzlichen Fragmentierung statt Integration der Versorgungslandschaft geführt. Umso unverständlicher ist vor diesem Hintergrund, dass gemäss dem vorliegenden Entwurf mit Art. 75b der Bundesrat erneut Kostenziele für einzelne Leistungserbringergruppen festlegen soll. Dies entbehrt einer gesetzlichen Grundlage und ist daher unbedingt zu streichen.

4. Gemäss Art. 54 KVG legt der Bundesrat nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest. Der Verordnungstext (Art. 75a) enthält keinerlei Bestimmungen über rechtliche Möglichkeiten der Akteure dagegen vorzugehen, sollten die Kostenziele nicht praxistauglich sein oder eine betriebswirtschaftliche Erbringung von Leistungen verunmöglichen. Deshalb sind Präzisierungen hinsichtlich dessen vorzunehmen, was der Bundesrat bei der Festsetzung der Kostenziele zwingend zu berücksichtigen hat (Art. 75a Abs. 2). Aus Sicht von H+ sind die demografische Entwicklung der Bevölkerung und das Patientenverhalten ebenfalls zu berücksichtigen. Des Weiteren muss das Effizienzpotenzial nachgewiesen sein.

→ **Art. 75a Abs. 2 KVV**

- Hinzufügung eines neuen Buchstabens: « *Lit abis. die Entwicklung der Demographie und des Patientenverhaltens (inkl. Versicherungsdeckung)* »
- Buchstabe d: Hinzufügung des Begriffs « *...nachgewiesene...* ».

5. Kostenziele für die Kostengruppen (Art. 75b): Diese Bestimmung ist nicht KVG-konform. Es fehlt eine Rechtsgrundlage, um die Kostengruppen in der KVV zu definieren. Zudem sind Kostenziele auf dieser Aggregationsstufe nicht praktikabel. Art. 75b KVV muss daher vollständig gestrichen werden.

→ **Art. 75b KVV**

- Ersatzlos streichen

6. Gemäss Art. 54c KVG setzt der Bundesrat eine **Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring** in der OKP ein. Art. 75c ff. e-KVV regelt die Einzelheiten.

H+ lehnt die Einführung einer solchen Kommission grundsätzlich ab. Das Kosten- und Qualitätsmonitoring kann sehr gut zwischen den Tarifpartnern geregelt werden. Im Bereich Qualität existiert zudem bereits die Eidg. Qualitätskommission (EQK). Die Schaffung einer weiteren Bundeskommission führt zu Doppelspurigkeiten, erhöht die administrativen Prozesse, ohne die Realität vor Ort zu berücksichtigen. Zu befürchten sind zudem:

- Eine Erhöhung des administrativen Aufwands für die Leistungserbringer aufgrund neuer, von der Kommission empfohlener Kostenüberwachungsprozesse bzw. -systeme;
- Fehlerhafte und für die Tarifpartner unbrauchbare Berichte aufgrund mangelnder Kenntnis der Kommissionsmitglieder über die Realität in der Praxis.

Da diese Kommission, wie in der Verordnung festgehalten, gesetzlich verankert ist, plädiert H+ in jedem Fall für eine möglichst schlanke Umsetzung. Zudem muss eine angemessene Vertretung der Akteure gewährleistet sein, wie es das KVG vorschreibt (Art. 54c Abs. 3). Der vorliegende Entwurf (Art. 75c Abs. 2 e-KVV) genügt dieser Vorschrift nicht, denn die Leistungserbringer sind nur durch eine einzige Person vertreten. Es erscheint aus Sicht von H+ unmöglich, auf dieser Basis eine repräsentative und wissenschaftlich fundierte Meinung zur Analyse der Kostenentwicklung zu vertreten. Folgende Punkte sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Mindestens drei Vertreter auf Leistungserbringerseite. Dies sorgt für Parität, denn die Kostenträger (Versicherer, Kantone und Versicherte) sind ebenfalls mit drei Personen vertreten.
- Sämtliche Akteure des Gesundheitswesens werden vor der Festlegung der Kostenziele Gelegenheit haben, dazu Stellung zu nehmen.

- Der Begriff « Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung » (Art. 75c Abs. 3) ist zu vage. Aus Sicht von H+ ist wichtig, dass die Mitglieder dieser Kommission über gute Kenntnisse in der Bewertung der Kosten der OKP-Leistungen und über solide Kenntnisse in Betriebswirtschaftsmanagement verfügen.
- Da H+ den Artikel 75b (Kostenziele für Kostengruppen) vollständig ablehnt und dieser aus ihrer Sicht gestrichen werden soll, entfällt auch die Notwendigkeit für eine Kommission, welche die Entwicklung der Leistungsbereiche basierend auf diesen Kostengruppen überwacht. Deshalb ist auch Artikel 75d Absatz 2 Buchstabe b zu streichen. Aus der Verordnungstext geht nicht klar hervor, welche Datenerhebungen die EKKQ nutzen soll. Für H+ ist zentral, dass diese Kommission nur bestehende, offizielle und anerkannte Datenbanken nutzen können soll. Zur Klarstellung muss daher hinzugefügt werden, dass die EKKQ selbst keine eigenen Daten erhebt.

→ **Art. 75c Abs. 2 Bst. a KVV**

- Streichung des Begriffs: « ...eine... »
- Hinzufügung des Begriffs: « ...mindestens drei... »

→ **Art. 75c Abs. 3 KVV**

- Hinzufügung des Begriffs: « ... (inkl. Betriebswirtschaftsmanagement und Kenntnis der Kostenstruktur bei der Leistungserbringung für Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) ... »

→ **Art. 75d Abs. 2 Bst. b KVV**

- Ersatzlos streichen.

→ **Art. 75d Abs. 3 KVV**

- Hinzufügung des Begriffs: « Sie erhebt selbst keine eigenen Daten. »

Wir bitten Sie um Prüfung unserer Änderungswünsche, Klärung der genannten Punkte und entsprechend grundlegende Überarbeitung des Verordnungsentwurfs. In der Beilage senden wir Ihnen unsere Synopsis mit detaillierten Informationen zu unseren Anliegen und stehen Ihnen für ergänzende Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin

Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz (IGGH-CH)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	--

Anhang: Vernehmlassung_final - Stellungnahme der Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz IGGH.pdf

Zürich, 05. Mai. 2025

Bundesamt für Gesundheit

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Interessensgemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz (IGGH - CH®) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zur Vernehmlassungsvorlage zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 29. September 2023, mit welcher insbesondere die Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen sowie die Schaffung einer neuen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring geregelt werden sollen.

Die IGGH vertritt aktuell 21 Geburtshäuser in der Schweiz, die evidenzbasiert und sicher Frauen und Familien in der Perinatalzeit begleiten.

Die IGGH - CH® unterstützt grundsätzlich die Zielsetzung, Transparenz, Qualität und Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen zu stärken.

Wir sehen jedoch die Notwendigkeit, dass die Umsetzung der vorgesehenen Massnahmen differenziert erfolgt und die Besonderheiten kleiner Leistungserbringer wie Geburtshäuser berücksichtigt werden.

Die IGGH - CH® anerkennt die Bedeutung von Zielvorgaben. Allerdings dürfen diese nicht einseitig auf spitalzentrierte Leistungsmodelle und Kennzahlen ausgerichtet sein. Geburtshäuser betreuen gesunde Frauen mit risikoarmen Schwangerschaften und ermöglichen natürliche Geburten mit kontinuierlicher Betreuung, was sich nicht mit den Kriterien der Akutmedizin gleichsetzen lässt. Die Kosten- und Qualitätsziele müssen spezifisch auf das Setting der Geburtshäuser abgestimmt werden. Parameter wie geringe Interventionsraten, Zufriedenheit der betreuten Frauen, Kontinuität der Betreuung und Eigenverantwortung müssen als Qualitätsmerkmale anerkannt werden.

www.geburtshaus.ch
info@geburtshaus.ch

Die geplante Kommission erhält weitreichende Aufgaben und Kompetenzen. Es besteht die Gefahr, dass kleinere Leistungserbringer ohne direkte Vertretung benachteiligt werden. Die IGGH - CH® fordert, dass Fachpersonen aus dem Bereich der nicht-spitalgebundenen Geburtshilfe in die Kommission aufgenommen oder zumindest formell in den Konsultationsprozess eingebunden werden.

Geburtshäuser verfügen bereits heute über etablierte Qualitätssicherungsmechanismen. Diese bestehenden Instrumente sind anzuerkennen und in die Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Qualitätskommission einzubeziehen. Neue Anforderungen dürfen nicht zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand führen, der die Ressourcen kleiner Anbieter übersteigt.

Geburtshäuser sind von Tarifverträgen betroffen. Die Anforderungen an die Genehmigung von Tarifverträgen müssen verhältnismässig ausgestaltet werden. Kleine, spezialisierte Leistungserbringer dürfen nicht durch administrative Hürden oder formalistische Prüfverfahren benachteiligt werden.

Die IGGH - CH® fordert, dass die Umsetzung der KVG-Revision:

- die Vielfalt der Leistungserbringung respektiert,
- die Besonderheiten geburtshausspezifischer Versorgungsmodelle berücksichtigt, unnötige Bürokratie vermeidet und die Mitwirkung kleinerer Anbieter institutionell sichert.

Geburtshäuser tragen wesentlich zu einer nachhaltigen, selbstbestimmten und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung bei. Die geplanten Massnahmen dürfen diese Struktur nicht gefährden, sondern müssen sie gezielt stärken und einbeziehen.

Mit freundlichen Grüßen

Fanny Mewes-Toumi, Hebamme
MSc, Vorstandsmitglied IGGH-CH

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Interpharma, der Verband der forschenden Pharmaindustrie in der Schweiz, vertritt die exportstärkste Branche des Landes. Über 100 Milliarden Franken beträgt der Wert der Pharmaprodukte, die jährlich ins Ausland verkauft werden. Unsere Mitgliedsfirmen haben in der Schweiz mehr als 90 Prozent des Marktanteils an patentierten Medikamenten sowie fast zwei Drittel am gesamten Medikamentenmarkt. Sie investieren hierzulande jährlich rund neun Milliarden Franken in Forschung und Entwicklung.</p> <p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu eingangs erwähnter Änderung der Verordnung.</p> <p>Wir lehnen die Änderung der Verordnung in der jetzigen Form ab. Aus unserer Sicht sind bei der Verordnung wichtige Anpassungen nötig:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keine separaten Ziele pro Kostenblock 2. Die Qualitätsziele müssen stärker und klarer berücksichtigt werden 3. Die Kommissionen müssen repräsentativ sein, Doppelspurigkeit soll vermieden werden <p>1. Keine separaten Ziele pro Kostenblock</p> <p>Die Einführung im vorliegenden Verordnungsentwurf von separaten Zielen pro Kostenblock, insbesondere bei Arzneimitteln, ist aus staatspolitischer Sicht fragwürdig und systemisch unschlüssig. Die eidgenössischen Räte haben explizit beschlossen, dass keine separaten Ziele pro Kostenblock gebildet werden sollen. In Art. 54 und 54a des Entwurfs des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, MiGEL und Leistungen vorgesehen. Diese beiden Artikel, insbesondere die Einrichtung von separaten Kostenblöcken in Art. 54a wurden jedoch vom Parlament durch Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit I in der Sommersession 2022 im Nationalrat (31.05.22) abgelehnt: «Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»</p> <p>Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. Entsprechend wurden die Kostenblöcke nach erster Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats als auch aus der Fahne des Ständerats entfernt, welcher dem Nationalrat gefolgt ist. Dass im Verordnungsentwurf nun eigenständige Kostengruppen und genau das kritisierte Silodenken wieder auftauchen, widerspricht dem Willen des Parlaments und untergräbt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses.</p> <p>Ausserdem wurden in der Nationalratsdebatte auch die Umsetzung der Ziele klar definiert:</p> <p>«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»¹</p> <p>Es ist zu beachten, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Arzneimittel bereits regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft, und eine Spezialitätenliste von vergüteten Arzneimitteln (separat von den Tarifverträgen) führt. Das aktuelle Preissystem ist aktuell in einer Modernisierung und eine weitere separate Kontrollmöglichkeit wäre nicht nur doppeldeutig, sondern auch mit den bestehenden Mechanismen inkompatibel. Unrealistische Ziele könnten die Versorgung, den Zugang zur Innovation oder die gleichberechtigte Behandlung gefährden.</p> <p>Darüber hinaus trägt die pharmazeutische Industrie im Rahmen der regelmässigen Preissenkungen, zu jährlich wiederkehrenden Einsparungen von 1.5 Milliarden Franken bei. Hinzu kommen allein mit dem Kostendämpfungspaket 2 mehrere hundert Millionen Franken, konkret etwa mit dem Umsetzen der problematischen Kostenfolgenmodelle. An dieser Stelle erneut einzusparen, wäre unausgewogen und könnte negative Auswirkungen auf die Innovationskraft und die langfristige Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung haben.</p>

2. Tarifgestaltung: Berücksichtigung von Qualitätszielen
 Die gegenwärtige Tarifgestaltung legt den Fokus auf Kostenaspekte, während klare Qualitätsziele teilweise fehlen oder nur unzureichend definiert sind. Qualität sollte ein gleichwertiges Kriterium sein, um eine nachhaltige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dazu muss die Definition von Qualität im Gesundheitswesen präziser gefasst werden und verhindert werden, dass die Pauschalen die WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) Prüfung der Spezialitätenliste unterlaufen. Eine erfolgreiche Steuerung des Gesundheitswesens erfordert messbare Qualitätsindikatoren, die neben den Kostenaspekten eine zentrale Rolle spielen. Wichtige Qualitätskriterien sind:

- Verbesserung des Patientenzugangs zu innovativen Therapien
- Einhaltung medizinischer Leitlinien, insbesondere in Bezug auf im Rahmen von Pauschalen verwendeten Arzneimitteln
- Strukturiertes Monitoring vordefinierter Therapiepfade
- Messung patientenrelevanter Therapieergebnisse
- Nutzung digitaler Technologien zur Effizienzsteigerung

3. Kommissionen & Kosten- und Qualitätsmonitoring
 Es ist problematisch, dass die pharmazeutische Industrie nicht in der neuen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vertreten sein soll, obwohl Arzneimittel als separater Kostenblock vorgeschlagen werden. Dies stellt eine einseitige Perspektive dar und führt zu einer unausgewogenen Entscheidungsfindung. Ausserdem erscheint unschlüssig, wieso hier neue Doppelspurigkeit in Form einer weiteren Kommission aufgebaut werden soll. Wir empfehlen daher, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und die Zusammensetzung anzupassen, anstatt eine separate Kommission zu schaffen. Unabhängig davon ist eine angemessene Vertretung der pharmazeutischen Industrie als relevanter Stakeholder essenziell.

Bezüglich Datenweitergabe zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren begrüßen wir die vorgesehene Regelung. Wir regen jedoch an, dass diese im Einklang mit den Vorhaben aus DigiSanté geregelt wird. Wichtig ist hier insbesondere die Abstimmung mit dem Swiss Health Data Space und damit einhergehend eine Klärung des Zugangs zu den Daten für die Forschung und Qualitätssicherung. Dies kann zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienz im Gesundheitswesen beitragen. Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

per E-Mail:
Eidgenössisches Departement des Innern EDI

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

Basel, 10. April 2025

Stellungnahme: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Baume-Schneider
Sehr geehrte Damen und Herren

Interpharma, der Verband der forschenden Pharmaindustrie in der Schweiz, vertritt die exportstärkste Branche des Landes. Über 100 Milliarden Franken beträgt der Wert der Pharmaprodukte, die jährlich ins Ausland verkauft werden. Unsere Mitgliedsfirmen haben in der Schweiz mehr als 90 Prozent des Marktanteils an patentierten Medikamenten sowie fast zwei Drittel am gesamten Medikamentenmarkt. Sie investieren hierzulande jährlich rund neun Milliarden Franken in Forschung und Entwicklung.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme zu eingangs erwähnter Änderung der Verordnung.

Wir lehnen die Änderung der Verordnung in der jetzigen Form ab. Aus unserer Sicht sind bei der Verordnung wichtige Anpassungen nötig:

1. Keine separaten Ziele pro Kostenblock
2. Die Qualitätsziele müssen stärker und klarer berücksichtigt werden
3. Die Kommissionen müssen repräsentativ sein, Doppelspurigkeit soll vermieden werden

1. Keine separaten Ziele pro Kostenblock

Die Einführung im vorliegenden Verordnungsentwurf von **separaten Zielen pro Kostenblock**, insbesondere bei **Arzneimitteln**, ist aus **staatspolitischer Sicht fragwürdig** und systemisch unschlüssig. Die eidgenössischen Räte haben explizit beschlossen, dass keine separaten Ziele pro Kostenblock gebildet werden sollen. In Art. 54 und 54a des Entwurfs des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, MiGEL und Leistungen vorgesehen. Diese beiden Artikel, insbesondere die Einrichtung von separaten Kostenblöcken in Art. 54a, wurden jedoch vom Parlament durch Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit

I in der Sommersession 2022 im Nationalrat (31.05.22) abgelehnt:

«Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»¹

Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. Entsprechend wurden die Kostenblöcke nach erster Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats², als auch aus der Fahne des Ständerats³ entfernt, welcher dem Nationalrat gefolgt ist. Dass im Verordnungsentwurf nun eigenständige Kostengruppen und genau das kritisierte Silodenken wieder auftauchen, widerspricht dem Willen des Parlaments und untergräbt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses.

Ausserdem wurden in der Nationalratsdebatte auch die Umsetzung der Ziele klar definiert:

«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»¹

Es ist zu beachten, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Arzneimittel bereits regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft, und eine Spezialitätenliste von vergüteten Arzneimitteln (separat von den Tarifverträgen) führt. Das aktuelle Preissystem ist aktuell in einer Modernisierung und eine weitere separate Kontrollmöglichkeit wäre nicht nur doppelspurig, sondern auch mit den bestehenden Mechanismen inkompatibel. Unrealistische Ziele könnten die Versorgung, den Zugang zur Innovation oder die gleichberechtigte Behandlung gefährden.

Darüber hinaus trägt die pharmazeutische Industrie im Rahmen der regelmässigen Preissenkungen, zu jährlich wiederkehrenden Einsparungen von 1.5 Milliarden Franken bei. Hinzu kommen allein mit dem Kostendämpfungspaket 2 mehrere hundert Millionen Franken, konkret etwa mit dem Umsetzen der problematischen Kostenfolgemodelle. An dieser Stelle erneut einzusparen, wäre unausgewogen und könnte negative Auswirkungen auf die Innovationskraft und die langfristige Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung haben.

2. Tarifgestaltung: Berücksichtigung von Qualitätszielen

Die gegenwärtige Tarifgestaltung legt den Fokus auf Kostenaspekte, während klare **Qualitätsziele** teilweise fehlen oder nur **unzureichend definiert** sind. Qualität sollte ein gleichwertiges Kriterium sein, um eine nachhaltige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dazu muss die Definition von Qualität im Gesundheitswesen präziser gefasst werden und verhindert werden, dass die Pauschalen die WZW (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) -Prüfung der Spezialitätenliste unterlaufen. Eine erfolgreiche Steuerung des Gesundheitswesens erfordert messbare Qualitätsindikatoren, die

¹ 21.067 | Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) | Amtliches Bulletin | Das Schweizer Parlament; 2. Votum Humbel Ruth (Votum 57)

² <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20210067/N11%20D.pdf> Art. 54

³ <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20210067/S2-22%20D.pdf> Art. 54

neben den Kostenaspekten eine zentrale Rolle spielen. Wichtige Qualitätskriterien sind:

- Verbesserung des Patientenzugangs zu innovativen Therapien
- Einhaltung medizinischer Leitlinien, insbesondere in Bezug auf im Rahmen von Pauschalen verwendeten Arzneimitteln
- Strukturiertes Monitoring vordefinierter Therapiepfade
- Messung patientenrelevanter Therapieergebnisse
- Nutzung digitaler Technologien zur Effizienzsteigerung

3. Kommissionen & Kosten- und Qualitätsmonitoring

Es ist problematisch, dass die pharmazeutische Industrie nicht in der neuen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vertreten sein soll, obwohl Arzneimittel als separater Kostenblock vorgeschlagen werden. Dies stellt eine einseitige Perspektive dar und führt zu einer unausgewogenen Entscheidungsfindung. Ausserdem erscheint unschlüssig, wieso hier neue Doppelspurigkeit in Form einer weiteren Kommission aufgebaut werden soll.

Wir empfehlen daher, das **Mandat der bestehenden** Eidgenössischen Qualitätskommission (**EQK**) **zu erweitern** und die Zusammensetzung anzupassen, anstatt eine separate Kommission zu schaffen. Unabhängig davon ist eine angemessene Vertretung der pharmazeutischen Industrie als relevanter Stakeholder essenziell.

Bezüglich Datenweitergabe zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren begrüßen wir die vorgesehene Regelung. Wir regen jedoch an, dass diese im Einklang mit den Vorhaben aus DigiSanté geregelt wird. Wichtig ist hier insbesondere die Abstimmung mit dem Swiss Health Data Space und damit einhergehend eine Klärung des Zugangs zu den Daten für die Forschung und Qualitätssicherung. Dies kann zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Effizienz im Gesundheitswesen beitragen.

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen



Geschäftsführer und
Delegierter des Vorstandes
Interpharma



Leiter Markt
Mitglied der Geschäftsleitung
Interpharma

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	I
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Ingress
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: 6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.
Begründung	Wir begrüßen die Stossrichtung der vorgesehenen Regelung. Wir regen jedoch an, dass diese im Einklang mit den Vorhaben aus DigiSanté geregelt wird. Wichtig ist hier insbesondere die Abstimmung mit dem Swiss Health Data Space und damit einhergehend eine Klärung des Zugangs zu den Daten für die Forschung und Qualitätssicherung.
Titel	3. Kapitel: Tarife und Preise
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. c. Die Tarifverträge müssen Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen enthalten. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	Die Integration von Qualitätsanforderungen in die Grundsätze der Tarifverträge stellt sicher, dass neben der Wirtschaftlichkeit die Leistungserbringung hohen Standards entspricht und das Vertrauen der Patienten gewahrt bleibt.

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren. + Siehe Begründung</p>
Begründung	<p>Der Zugang zu innovativen Produkten ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal des Gesundheitssystems und die richtigen Anreize bei der Therapiewahl essenziell, um eine patientenorientierte Versorgung durch die Leistungserbringer zu ermöglichen. Im stationären Bereich ist man noch immer daran Fehlanreize mit Massnahmen wie Zusatzentgeldern zu beheben. Die Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen müssen im ambulanten Bereich von Anfang an so gestaltet sein, dass sie Fehlanreize und Inkompatibilitäten mit der Spezialitätenliste vermeiden.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings; g. Die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	Eine detaillierte Erklärung zur Qualitätssicherung im Genehmigungsgesuch fördert Transparenz sowie Vertrauen und gewährleistet, dass Mechanismen zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität effektiv implementiert werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Gliederungstitel vor Art. 59f
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial; <p>e. Entwicklung der Bevölkerung sowohl bei der Demografie wie auch der Zuwanderung;</p> <p>f. Frauen- und Männeranteile in der Bevölkerung;</p> <p>g. Säuglingssterblichkeit;</p> <p>h. Fettleibigkeit in der Bevölkerung;</p> <p>i. Raucherquote.</p> <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Beim Umsetzungskonzept zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele ist eine Vernehmlassung, sowie eine Befragung der Kommission essenziell.</p> <p>Ausserdem bezeichnet der erläuternde Bericht die Auflistung der zu berücksichtigenden Faktoren als nicht abschliessend formuliert. Dies gäbe dem Bundesrat die Freiheit, in Sinne eines gesamtheitlichen Ansatzes weitere Faktoren einzubeziehen. Wir sind der Ansicht, dass diese weit formulierte Delegationsnorm nicht ausreichend Rechts- und Planungssicherheit bietet. Die Faktoren sollen entsprechend konkreter formuliert und die Hürde für die Einführung weiterer Zielaspekte (Art. 75a Abs 2) sollte erhöht werden.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Hauptantrag: streichen;</p> <p>Nebenantrag: Der Bundesrat legt Kosten- und Qualitätsziele namentlich in folgenden Gruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Die Einführung im vorliegenden Verordnungsentwurf von separaten Zielen pro Kostenblock, insbesondere bei Arzneimitteln ist aus staatspolitischer Sicht fragwürdig und systemisch unschlüssig. Die eidgenössischen Räte haben explizit beschlossen, dass keine separaten Ziele pro Kostenblock gebildet werden sollen. In Art. 54 und 54a des Entwurfs des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, MiGEL und Leistungen vorgesehen. Diese beiden Artikel, insbesondere die Einrichtung von separaten Kostenblöcken in Art. 54a, wurden jedoch vom Parlament durch Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit I in der Sommersession 2022 im Nationalrat (31.05.22) abgelehnt:</p> <p>«Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»</p> <p>Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. Entsprechend wurden die Kostenblöcke nach erster Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats, als auch aus der Fahne des Ständerats entfernt, welcher dem Nationalrat gefolgt ist. Dass im Verordnungsentwurf nun eigenständige Kostengruppen und genau das kritisierte Silodenken wieder auftauchen, widerspricht dem Willen des Parlaments und untergräbt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses.</p> <p>Ausserdem wurden in der Nationalratsdebatte auch die Umsetzung der Ziele klar definiert:</p> <p>«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»¹</p> <p>Es ist zu beachten, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Arzneimittel bereits regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft, und eine Spezialitätenliste von vergüteten Arzneimitteln (separat von den Tarifverträgen) führt. Das aktuelle Preissystem ist aktuell in einer Modernisierung und eine weitere separate Kontrollmöglichkeit wäre nicht nur doppelspurig, sondern auch mit den bestehenden Mechanismen inkompatibel. Unrealistische Ziele könnten die Versorgung, den Zugang zur Innovation oder die gleichberechtigte Behandlung gefährden.</p> <p>Weiter ist die Auswahl der Kostengruppen nicht nachzuvollziehen. Die Liste könnte mit MiGel, Analysenliste, Verwaltungskosten beim BAG/Swissmedic, Verwaltungskosten bei den Krankenkassen usw. noch beinahe beliebig verlängert werden.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	streichen, stattdessen sollte das Mandat der EQK (Art. 58b KVG) erweitert werden
Begründung	<p>Es erscheint unschlüssig, wieso hier neue Doppelspurigkeit in Form einer weiteren Kommission aufgebaut werden soll.</p> <p>Wir empfehlen daher, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und die Zusammensetzung anzupassen, anstatt eine separate Kommission zu schaffen.</p> <p>Eine angemessene Vertretung der Industrie als wichtiger Stakeholder im Schweizer Gesundheitswesen ist essenziell. Bei der Zusammensetzung von Kommissionen ist eine Orientierung an der Zusammensetzung der Eidgenössischen Arzneimittelkommission sinnvoll.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	streichen
Begründung	Siehe Begründung 2. Abschnitt.

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	streichen
Begründung	Siehe Begründung 2. Abschnitt & Es fehlen auch hier Punkte zur Qualität anstelle des reinen Kostenfokusses. Ausserdem empfehlen wir das erarbeiten von verbindlichen Guidelines und Therapiefaden von mindestens fünf besonders wichtigen Diagnosen.

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	streichen
Begründung	Siehe Begründung 2. Abschnitt.

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	streichen.
Begründung	Siehe Begründung 2. Abschnitt.

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	streichen.
Begründung	Siehe Begründung 2. Abschnitt.

Konsumentenforum kf

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Das Konsumentenforum kf lehnt die vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung KVV über die Krankenversicherung (Kosten und Qualitätsziele) ab. In der Tat befürchtet das kf gar eine Kostensteigerung und neue Rechtsunsicherheiten bei der Annahme der bürokratischen, über die gesetzlichen Vorgaben des Parlaments hinausgehenden Verordnungsänderungen. Besonders die Kostenziele pro Kostengruppe sowie die Konkretisierung zur Tarifgestaltung sind schädlich. Erstere erschweren die koordinierte Versorgung und letztere die Tarifpartnerschaft. Die wirksamsten Instrumente im KVG aus Konsumenten- und Patientensicht im Bereich Kosten und Qualität sind die Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sowie die alternativen Versicherungsmodelle, weil dort die Vertragspartner Kosten- und Qualitätsziele vereinbaren und dafür die unternehmerische Verantwortung tragen.</p> <p>Das Parlament hat einen Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitt beschossen, der nach der Ablehnung der Initiative in Kraft tritt. Die Vorlage beinhaltet nun auf Verordnungsstufe neue Vorschriften zur Tarifgestaltung und zum Fallbeitrag, zu den Kostenzielen, sowie zur neu zu schaffenden Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKQK). Ziel dieser KVG-Bestimmungen ist es, das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass beschränken und die Transparenz über die Kostenentwicklung stärken. Dies wird mit den vorgeschlagenen Verordnungsbestimmungen nicht möglich sein.</p> <p>Die Begriffe sind unklar und ihre Interdependenz wirft zusätzliche Fragen auf. Dies schafft Rechtsunsicherheiten. Wie werden Kostenziele gemessen und für welche Leistungen? Wie werden numerische Kostenziele mit qualitativen Qualitätszielen verknüpft? Wer ist von den Kostenvorgaben betroffen? Gemäss den Erläuterungen zur KVV-Revision stehen nicht alle Kostengruppen im Fokus. Dies würde eine Ungleichbehandlung bedeuten, wenn es Akteure im Gesundheitswesen gäbe, die nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterworfen werden sollen. Schliesslich soll die Kommission gemäss gesetzlicher Vorgabe «Empfehlungen für Massnahmen» abgeben. Worauf diese Empfehlungen abzielen, was sie bewirken sollen und wie sie kommuniziert werden, bleibt völlig offen.</p> <p>Die Leistungen gemäss KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein. Damit Patienten med. Leistungserbringer nicht im Blindflug auswählen müssen, sollten ihnen aktuelle und laientaugliche Qualitätsdaten zu Verfügung stehen. Es wäre dringend angezeigt, dass Gesetzes- und Verordnungstexte in Zukunft auch den WZW-Kriterien entsprechen und auf der Basis von Qualitätstransparenz Qualitätswettbewerb schaffen. Der vorliegende Entwurf verfehlt diese Anforderungen.</p> <p>Eine weitere ausserparlamentarische Kommission ist unnötig und schädlich. Sie erhöht die Koordinationskosten und die Komplexität der KVG-Regulierung. Mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) besteht bereits eine Kommission, die Qualitätsziele vorschlagen kann. Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) wäre prädestiniert, Kostenziele vorzuschlagen, da sie die neuen Leistungen und damit die mögliche Kostenentwicklung kennt. Da das Gesetz eine zusätzliche Kommission vorschlägt, sollte sie paritätisch aus Vertretern der Leistungserbringer und Finanzierer (Versicherer und Kantone) mit einem unabhängigen Präsidium (für Stichentscheide) bestehen.</p>

Anhang: VL-Antwort kf Kosten- und Qualitätsziele.pdf



[Schweiz. Konsumentenforum, Belpstrasse 11, 3007 Bern](#)

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Inselgasse 1
3003 [Bern](#)

Hochgeladen auf die Plattform *Consultations online*

Bern, 6. Mai 2025

Stellungnahme des Konsumentenforums kf zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Baume-Schneider

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 laden Sie zur Teilnahme an der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele) ein. Wir bedanken uns und nehmen gerne Stellung.

Das Konsumentenforum kf lehnt die vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung KVV über die Krankenversicherung (Kosten und Qualitätsziele) ab. In der Tat befürchtet das kf gar eine Kostensteigerung und neue Rechtsunsicherheiten bei der Annahme der bürokratischen, über die gesetzlichen Vorgaben des Parlaments hinausgehenden Verordnungsänderungen. Besonders die Kostenziele pro Kostengruppe sowie die Konkretisierung zur Tarifgestaltung sind schädlich. Erstere erschweren die koordinierte Versorgung und letztere die Tarifpartnerschaft. Die wirksamsten Instrumente im KVG aus Konsumenten- und Patientensicht im Bereich Kosten und Qualität sind die Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sowie die alternativen Versicherungsmodelle, weil dort die Vertragspartner Kosten- und Qualitätsziele vereinbaren und dafür die unternehmerische Verantwortung tragen.

Das Parlament hat einen Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der Mitte beschlossen, der nach der Ablehnung der Initiative in Kraft tritt. Die Vorlage beinhaltet nun auf Verordnungsstufe neue Vorschriften zur Tarifgestaltung und zum Fallbeitrag, zu den Kostenzielen, sowie zur neu zu schaffenden Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKQK). Ziel dieser KVG-Bestimmungen ist es, das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass beschränken und die Transparenz über die Kostenentwicklung stärken. Dies wird mit den vorgeschlagenen Verordnungsbestimmungen nicht möglich sein.

Kosten- und Qualitätsziele mit Doppelspurigkeiten und unklaren Zuständigkeiten

Die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen ist schwierig, da das Gesundheitswesen mit vielen unternehmerisch selbständigen Organisationen dynamischen Prozessen unterliegt. Solche Ziele auf



Bundesebene zu formulieren ist nicht sinnvoll, da sich die Organisationen strategisch unterschiedlich an den Zielen ausrichten. Eine solche Steuerung des komplexen Systems würde nur die Kosten erhöhen. Besser wäre es, die Kosten durch Wettbewerbselemente zu dämpfen. Der regulierte Wettbewerb ist ein Kernelement des KVG und mit den alternativen Versicherungsmodellen besteht der unternehmerische Spielraum, um im Interesse der Versicherten und Patienten Effizienz sowie Qualität mehr als Mengen zu belohnen. Zudem kollidieren die Kosten- und Qualitätsziele mit anderen Bestimmungen des KVG, insbesondere mit Art. 47c KVG (Kostenüberwachung). Letztere ist Aufgabe der Tarifpartner und nicht einer neuen Kommission. Zudem führt eine neue Kommission zu Überschneidungen mit anderen Kommissionen (EQK und ELGK), die ebenfalls Qualitätsziele erarbeiten bzw. neue Leistungen beurteilen sollen, die Einfluss auf die Kostenziele haben. Mit der Vorlage werden Doppelspurigkeiten, unklare Zuständigkeiten und Rechtsunsicherheiten geschaffen.

Kostenziele pro Kostengruppe ohne gesetzliche Grundlage

Der Bundesrat wollte in seinem Botschaftsentwurf nur Kostenziele festlegen und diese in vier Leistungsbereiche aufteilen. Das Parlament verlangte neu auch Qualitätsziele und strich die Kostengruppen (vgl. [Fahne](#)). Mit Kostengruppen auf Verordnungsebene (Art. 75b VE-KVV) wird dem Willen des Gesetzgebers widersprochen. Kostenziele pro Kostengruppe sind noch schädlicher, da alle Probleme bei der Festlegung von Gesamtkostenzielen noch verschärft werden. Zudem führen Innovationen, welche z.B. die Ambulantisierung fördern, zu Verschiebungen der relativen Kostengewichte pro Kostengruppe, die eine Kommission nicht vorhersehen kann. Schliesslich fördern Kostenziele pro Kostengruppe das Silodenken und behindern damit die koordinierte medizinische Versorgung.

Geschwächte Tarifpartnerschaft

Neben der Konkretisierung der Kostenziele will das Departement auch neue Bestimmungen zur Tarifgestaltung konkretisieren. Dafür fehlt die vom Parlament im indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse geschaffene gesetzliche Grundlage, erschwert die Verhandlungen der Tarifpartner und schränkt den Spielraum der Genehmigungsbehörden (der Bundesrat für nationale Tarifsysteme, die Kantonsregierungen für kantonale Tarife) ein. Beides birgt die Gefahr von veralteten, nicht mehr sachgerechten Tarifen, vertragslosen Zuständen, behördlichen Verfügungen, Beschwerden und Gerichtsentscheiden. Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat in ihrem neusten Bericht (EFK-23653) anhand ausgewählter Tarife die Prozesse in der OKP zur Sicherstellung der Kostenwahrheit untersucht. Ziel der Prüfung war es zu beurteilen, ob der Bund über die notwendigen Instrumente zur Sicherstellung der Kostenwahrheit in der OKP verfügt, und ob er diese auch einsetzt. Die Prüfung hat gezeigt, dass im ambulanten Bereich verbindliche Mechanismen zur Weiterentwicklung der Tarifstrukturen fehlen. Statt eine solche Weiterentwicklung der Tarife über die Tarifpartnerschaft zu fördern, erschwert der Gesetzesentwurf eine Einigung.

Unklare Begriffe

Die Begriffe sind unklar und ihre Interdependenz wirft zusätzliche Fragen auf. Dies schafft Rechtsunsicherheiten. Wie werden Kostenziele gemessen und für welche Leistungen? Wie werden numerische Kostenziele mit qualitativen Qualitätszielen verknüpft? Wer ist von den Kostenvorgaben



betroffen? Gemäss den Erläuterungen zur KVV-Revision stehen nicht alle Kostengruppen im Fokus. Dies würde eine Ungleichbehandlung bedeuten, wenn es Akteure im Gesundheitswesen gäbe, die nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterworfen werden sollen. Schliesslich soll die Kommission gemäss gesetzlicher Vorgabe «Empfehlungen für Massnahmen» abgeben. Worauf diese Empfehlungen abzielen, was sie bewirken sollen und wie sie kommuniziert werden, bleibt völlig offen.

Die Leistungen gemäss KVG müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW) sein. Damit Patienten med. Leistungserbringer nicht im Blindflug auswählen müssen, sollten ihnen aktuelle und laientaugliche Qualitätsdaten zur Verfügung stehen. Es wäre dringend angezeigt, dass Gesetzes- und Verordnungstexte in Zukunft auch den WZW-Kriterien entsprechen und auf der Basis von Qualitätstransparenz Qualitätswettbewerb schaffen. Der vorliegende Entwurf verfehlt diese Anforderungen.

Eine weitere ausserparlamentarische Kommission ist unnötig und schädlich. Sie erhöht die Koordinationskosten und die Komplexität der KVG-Regulierung. Mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) besteht bereits eine Kommission, die Qualitätsziele vorschlagen kann. Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) wäre prädestiniert, Kostenziele vorzuschlagen, da sie die neuen Leistungen und damit die mögliche Kostenentwicklung kennt. Da das Gesetz eine zusätzliche Kommission vorschlägt, sollte sie paritätisch aus Vertretern der Leistungserbringer und Finanzierer (Versicherer und Kantone) mit einem unabhängigen Präsidium (für Stichentscheide) bestehen.

Fazit

Wir bitten Sie, die Vorlage zurückzunehmen und unsere kritischen Anmerkungen bei der Überarbeitung zu berücksichtigen. Für weitere Auskünfte stehen wir gerne zur Verfügung.

Beste Grüsse

Babette Sigg Frank, Präsidentin

praesidentin@konsum.ch; 076 373 83 18

Felix Schneuwly, Fachbeirat Gesundheit; 079 600 19 12

Der Lesefreundlichkeit verpflichtet, verzichtet das kf auf Gendersprache und setzt auf generisches Maskulinum.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	3. Kapitel: Tarife und Preise
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Neben der Konkretisierung der Kostenziele will das Departement auch neue Bestimmungen zur Tarifgestaltung konkretisieren. Dafür fehlt die vom Parlament im indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse geschaffene gesetzliche Grundlage, erschwert die Verhandlungen der Tarifpartner und schränkt den Spielraum der Genehmigungsbehörden (der Bundesrat für nationale Tarifsysteme, die Kantonsregierungen für kantonale Tarife) ein. Beides birgt die Gefahr von veralteten, nicht mehr sachgerechten Tarifen, vertragslosen Zuständen, behördlichen Verfügungen, Beschwerden und Gerichtsentscheiden. Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat in ihrem neuesten Bericht (EFK-23653) anhand ausgewählter Tarife die Prozesse in der OKP zur Sicherstellung der Kostenwahrheit untersucht. Ziel der Prüfung war es zu beurteilen, ob der Bund über die notwendigen Instrumente zur Sicherstellung der Kostenwahrheit in der OKP verfügt, und ob er diese auch einsetzt. Die Prüfung hat gezeigt, dass im ambulanten Bereich verbindliche Mechanismen zur Weiterentwicklung der Tarifstrukturen fehlen. Statt eine solche Weiterentwicklung der Tarife über die Tarifpartnerschaft zu fördern, erschwert der Gesetzesentwurf eine Einigung.</p>
Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen ist schwierig, da das Gesundheitswesen mit vielen unternehmerisch selbständigen Organisationen dynamischen Prozessen unterliegt. Solche Ziele auf Bundesebene zu formulieren ist nicht sinnvoll, da sich die Organisationen strategisch unterschiedlich an den Zielen ausrichten. Eine solche Steuerung des komplexen Systems würde nur die Kosten erhöhen. Besser wäre es, die Kosten durch Wettbewerbselemente zu dämpfen. Der regulierte Wettbewerb ist ein Kernelement des KVG und mit den alternativen Versicherungsmodellen besteht der unternehmerische Spielraum, um im Interesse der Versicherten und Patienten Effizienz sowie Qualität mehr als Mengen zu belohnen. Zudem kollidieren die Kosten- und Qualitätsziele mit anderen Bestimmungen des KVG, insbesondere mit Art. 47c KVG (Kostenüberwachung).</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Der Bundesrat wollte in seinem Botschaftsentwurf nur Kostenziele festlegen und diese in vier Leistungsbereiche aufteilen. Das Parlament verlangte neu auch Qualitätsziele und strich die Kostengruppen (vgl. Fahne). Mit Kostengruppen auf Verordnungsebene (Art. 75b VE-KVV) wird dem Willen des Gesetzgebers widersprochen. Kostenziele pro Kostengruppe sind noch schädlicher, da alle Probleme bei der Festlegung von Gesamtkostenzielen noch verschärft werden. Zudem führen Innovationen, welche z.B. die Ambulantisierung fördern, zu Verschiebungen der relativen Kostengewichte pro Kostengruppe, die eine Kommission nicht vorhersehen kann. Schliesslich fördern Kostenziele pro Kostengruppe das Silodenken und behindern damit die koordinierte medizinische Versorgung.

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Letztere ist Aufgabe der Tarifpartner und nicht einer neuen Kommission. Zudem führt eine neue Kommission zu Überschneidungen mit anderen Kommissionen (EQK und ELGK), die ebenfalls Qualitätsziele erarbeiten bzw. neue Leistungen beurteilen sollen, die Einfluss auf die Kostenziele haben. Mit der Vorlage werden Doppelspurigkeiten, unklare Zuständigkeiten und Rechtsunsicherheiten geschaffen.

Medizinaltarifkommission UVG (MTK)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Verzicht auf Stellungnahme
Begründung:	<p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) wurde vom Eidgenössischen Departement des Innern eingeladen, an der Vernehmlassung betreffend die «Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)» teilzunehmen.</p> <p>Die MTK verzichtet aus folgenden Gründen auf eine detaillierte Kommentierung der Vorlage: Einerseits enthält die geplante Änderung der KVV artverwandte Elemente, die sich mit den Zielen im UVG decken, so z.B. im Bereich der Wirtschaftlichkeitskriterien oder der verschiedenen Tarifmodelle. Andererseits widersprechen die geplanten Änderungen der KVV der in Art. 56 UVG vorgesehenen Vertragsautonomie im UVG-Bereich. Zudem ist zu beachten, dass die beiden Versicherungszweige im Bereich der Kostenziele und damit auch des Monitorings nicht vergleichbar sind (Fallkostenbetrachtung im UVG versus Kostenbetrachtung im KVG).</p> <p>Im Namen des MTK-Vorstands bedanke ich mich für die Einladung zur oben genannten Vernehmlassung.</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Keine Rückmeldung
Begründung:	--

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. c. Für die Tarifierung neuer Leistungen kann in begründeten Fällen und für eine zeitliche begrenzte Zeit von den Grundsätzen nach Buchstabe a und b abgewichen werden. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Der Bundesrat hat am 30.04.2025 das Gesamt-Tarifsystem bestehend aus Ambulanten Pauschalen und TARDOC genehmigt. Die OAAT AG unterstützt die Gesetzesänderung unter dem Vorbehalt, dass der Verordnungsgeber ebenfalls davon ausgeht, dass die OAAT AG bei der Tarifierung der ambulant ärztliche Leistungen kohärente Tarifmodell zur Anwendung gebracht hat.</p> <p>Die Ergänzung des Artikels um Buchstabe c ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass bei der Tarifierung euer Leistungen oftmals die Kosten- und Leistungsdaten, um ein kohärentes Tarifmodell bilden zu können, nicht vorliegen. Die rasche Tarifierung der neuen Leistungen ist aber notwendig und der schnellste Weg, damit durch die Anwendung eines Übergangstarifs Kosten- und Leistungsdaten generiert werden können. Ohne diese Ergänzung wird es der OAAT nicht möglich sein, dem Anliegen von Verordnungsgeber und Tarifpartner Folge zu leisten und neue Leistungen rasch tarifieren zu können.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die OAAT AG tarifiert nur ambulante Leistungen und ist von diesem Artikel nicht betroffen.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die OAAT AG ist mit der Beschränkung der Absätze 2 und 3 auf Leistungen im stationären Bereich einverstanden. Die OAAT AG ist von diesem Artikel nicht betroffen.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>e. Verschiebungen und Verlagerungen zwischen den in Art. 75b genannten Kostengruppen.</p> <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	Die Kostengruppen nach Art. 75b sind keine voneinander unabhängige Kostengefässe. Einerseits ergibt sich aus dem Grundsatz von Ambulant vor Stationär eine Verlagerungen von Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. Andererseits ergeben sich durch Veränderungen durch die Angebotsstruktur im ambulanten ärztlichen Bereich Verschiebungen aus dem Praxisbereich in den Spitalbereich.

Organisation Podologie Schweiz

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Keine Rückmeldung
Begründung:	--

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Ingress
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Gliederungstitel vor Art. 59f
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wir begrüßen insbesondere, dass die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung in Zukunft ebenfalls in Betracht gezogen wird.
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Es ist zu beachten, dass die administrativen Aufwände nicht weiter steigen dürfen, werden für die LERB direkt noch für die Verbände.
Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wir bitten um Bekanntgabe der Verbände, die seitens LERB, für einen Einsitz in Frage kommen. (Wir erheben hier keinen Anspruch auch einen Sitz, möchten lediglich wissen, wer in Frage kommt, als Vertretung der LERB.)
Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Politik Arbeitsgruppe Psychiatrie (SGPP und SMHC)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die Politische Arbeitsgruppe Politik (PAP) - bestehend aus der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und Swiss Mental Health Care (SMHC) bedankt sich für die Möglichkeit zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Grundsätzlich sprechen wir uns gegen den Fokus auf Kostensparziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch mehr Regulierungen aus. Für die in der Vorlage vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle existieren weder Regulierungsfolgeabschätzungen noch gesicherte Informationen betreffend der vorgeschlagenen Massnahmen.</p> <p>Das Kernstück dieser Vorlage stellen OKP-Kostenziele dar. Weder Behandlungsqualität noch Patientensicherheit werden in den Massnahmen berücksichtigt. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind aus Sicht der PAP entschieden abzulehnen. Die vorgesehene Einführung von Budgetvorgaben ist eine unverhältnismässige und nicht zielführende Massnahme. Können Toleranzmargen (aufgrund von Kostensparzielen) nicht eingehalten werden, wird es konsequenterweise zu Kürzungen kommen. Aus dem Ausland ist bekannt: Kostensenkungen sowie ein sogenanntes Globalbudget führen unweigerlich dazu, dass sowohl die Qualität, als auch die medizinische Versorgung und damit auch die Patientensicherheit gefährdet werden.</p> <p>Mehr Geld für die Administration einzusetzen statt für eine qualitativ hochstehende Behandlung von Patientinnen und Patienten - wie dies die vorliegenden Massnahmen vorsehen - ist aus Sicht der PAP klar abzulehnen.</p> <p>Die Zusammensetzung der neu einzuführenden Kommission zeigt klar: Der finanzielle Aspekt wird höher gewichtet als die Qualität. Die Kommission würde kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern bestehen, und damit wird die ärztliche Perspektive stark vernachlässigt.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Kostenziele sind in einem offenen Gesundheitswesen, in welchem jederzeit medizinisch erforderliche Leistungen erbracht werden sollen, nicht zielführend. Daher lehnt die PAP die Verankerung von Kostenzielen für Kostengruppen klar ab.
Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) zeigt, dass lediglich ein/e Vertreter/in der Leistungserbringer vorgesehen ist, wohingegen sieben Vertreter/innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission vorgesehen sind. Dies ist weder verhältnismässig noch angemessen und muss entsprechend korrigiert werden.
Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Es ist nicht ersichtlich, wie sich die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) mit ihren Qualitätszielen von der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele abgrenzt, die sowohl Qualitäts- als auch Kostenziele verfolgt.

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die SGAIM dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Vorstand der SGAIM nimmt auf Basis der FMH Entwurfes wie folgt Stellung: Die SGAIM spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung. Die SGAIM erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit. Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.</p> <p>Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.</p> <p>Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Les assureurs transmettent régulièrement à l'OFSP, conformément à l'art. 21, al. 2, let. a à e, LAMal, les données suivantes par assuré:</p> <p>6 Afin de limiter les coûts, l'OFSP peut apparier les données visées à l'al. 1 avec d'autres sources de données pour autant que l'accomplissement des tâches visées à l'art. 21, al. 2, let. a à e, LAMal le requière. Il ne peut les apparier pour accomplir d'autres tâches que si les données visées à l'al. 1 ont été rendues anonymes.</p>
Begründung	<p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die FMH darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der FMH dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die FMH bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten:</p> <p>In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <p>a. Ihr Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.</p> <p>b. Ihr Tarif deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.</p> <p>c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine unwirtschaftlichen Mehrkosten verursachen.</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern:</p> <p>2 Tarifverträge müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, sind sie von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</p>

Begründung	<p>Zu Abs. 1 lit. a und b: Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c: Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a: Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b: Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern. Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen. Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gesteungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>
Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>
Begründung	<p>Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Lorsque le Conseil fédéral est compétent pour approuver la convention tarifaire conformément aux art. 43, al. 5, 46, al. 4, ou 49, al. 2, LAMal, la demande d'approbation doit être signée par toutes les parties à la convention et contenir notamment les documents et points suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. un exemplaire de la convention tarifaire signée par tous les parties à la convention; b. le rapport explicatif sur la convention tarifaire transmise; c. les courriers adressés le cas échéant aux organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral et leurs avis au sens de l'art. 43, al. 4, LAMal; d. les bases et la méthode de calcul du tarif; e. l'estimation des effets de l'application du tarif sur le volume des prestations et sur les coûts; f. une description détaillée du système de monitoring qui sera mis en place conformément à l'art. 47c LAMal. <p>2 Pour les forfaits liés aux prestations, l'estimation visée à l'al. 1, let. e, doit comprendre les coûts pour l'ensemble des domaines visés à l'art. 49, al. 1, LAMal, y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation.</p> <p>3 Dans le cas d'un modèle de rémunération lié aux prestations fondé sur un système de classification des patients de type DRG (Diagnosis Related Groups), la convention tarifaire comprend en outre le manuel de codage et un concept pour la révision du codage.</p>
Begründung	Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <p>c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;</p> <p>d. das nachgewiesene Effizienzpotenzial.;</p> <p>e. die demografische Entwicklung.</p>
Begründung	<p>Die SGAİM lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die FMH explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Le Conseil fédéral fixe des objectifs en matière de coûts pour les groupes de coûts suivants notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. traitements hospitaliers; b. traitements ambulatoires à l'hôpital; c. traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital; d. médicaments; e. soins dispensés dans un établissement médico-social ou à domicile.
Begründung	<p>Die SGAIM lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist. Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen. Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches FMH · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden. Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen. Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Le Conseil fédéral nomme le président et les autres membres de la Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins.</p> <p>2 La commission est composée de huit membres ; y sont représentés:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.les fournisseurs de prestations, par une personne; b.les cantons, par une personne; c.les assureurs, par une personne; d.les assurés, par une personne; e.la Commission fédérale pour la qualité, par une personne ; f.les experts scientifiques, par trois personnes. <p>3 Les membres de la commission doivent disposer de grandes compétences en matière de coûts des prestations, de connaissances approfondies en gestion des coûts et d'une connaissance solide du système suisse de santé et d'assurances sociales.</p>
Begründung	<p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die FMH fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die FMH betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 La commission donne des conseils sur l'évolution des coûts et sur les mesures à prendre pour les maîtriser.</p> <p>2 Elle est notamment chargée des tâches suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mettre en place une surveillance systématique et continue des coûts; b. surveiller l'évolution des domaines de prestations en se fondant sur les groupes de coûts visés à l'art. 75b; c. émettre des recommandations à l'intention de la Confédération et des partenaires tarifaires sur la base de la surveillance des coûts. <p>3 Pour accomplir les tâches mentionnées à l'al. 2, elle utilise les bases de données du domaine de la santé, en particulier celles gérées par l'OFSP, l'OFS et la Commission fédérale pour la qualité.</p>
Begründung	<p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen. Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 La commission se fonde, pour le monitoring de la qualité, sur les travaux de la Commission fédérale pour la qualité. 2 Elle coordonne ses travaux avec ceux de la Commission fédérale pour la qualité.
Begründung	Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar. · Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte · Fédération des médecins suisses Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele. Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	L'annexe 2 de l'ordonnance du 25 novembre 1998 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration est modifiée comme suit : Ch. 1.1, entrée supplémentaire sous « DFI »
Begründung	--

Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie SGDv dankt für die Möglichkeit zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Grundsätzlich spricht sich die SGDv gegen eine Fokussierung auf Kostensparziele der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch mehr Regulierungen aus. Die in dieser Vorlage vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle scheint nicht möglich - insbesondere existieren weder Regulierungsfolgeabschätzung noch gesicherte Informationen für die vorgeschlagenen Massnahmen.</p> <p>OKP-Kostenziele stellen das Kernstück der vorliegenden Vorlage dar. Weder Behandlungsqualität noch Patientensicherheit werden in den Massnahmen aufgenommen. Die SGDv lehnt Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität entschieden ab.</p> <p>Die Einführung von Budgetvorgaben stellt eine unverhältnismässige und nicht zielführende Massnahme dar. Sollten nach Einführung von Kostensparzielen entsprechende Toleranzmargen nicht eingehalten werden können, kommt es konsequenterweise zu Kürzungen. Die Erfahrung zeigt: Kostensenkungen sowie ein sogenanntes Globalbudget führt unweigerlich dazu, dass die Qualität leidet und die medizinische Versorgung und damit die Patientensicherheit gefährdet wird.</p> <p>Die vorliegenden Massnahmen würden dazu führen, dass mehr Geld für die Administration eingesetzt wird statt für eine qualitativ hochstehende Behandlung von Patient/innen. Ein zusätzlicher administrativer Aufwand für die Ärzteschaft wird seitens SGDv klar abgelehnt.</p> <p>Aufgrund der Zusammensetzung der Kommission wird klar: Der finanzielle Aspekt wird höher gewichtet als die Qualität. Denn die Kommission würde kaum aus Leistungserbringer/innen bestehen - die ärztliche Perspektive wird vernachlässigt.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Die Verankerung von Kostenziele für Kostengruppen wird seitens SGDV klar abgelehnt. Kostenziele sind in einem offenen Gesundheitswesen, in welchem jederzeit medizinisch erforderliche Leistungen erbracht werden sollen, nicht zielführend.
Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Aufgrund der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) wird deutlich: Es ist nur ein/e Vertreter/in der Leistungserbringer vorgesehen, wohingegen sieben Vertreter /innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission vorgesehen sind. Dies ist weder verhältnismässig noch angemessen und muss entsprechend korrigiert werden.
Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--
Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Es wird nicht klar, wie sich die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) mit entsprechenden Qualitätszielen von der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) mit entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen abgrenzt.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	--

Anhang: SN_KVV_Kosten und Qualitaetsziele_20250417_def_d.pdf



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

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

Versand per E-Mail

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider

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

8-2-1

Bern, 17. April 2025

**Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele):
Stellungnahme der GDK**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den geplanten Änderungen der KVV Stellung nehmen zu können.

Allgemeine Bemerkungen zur Haltung der GDK

Durch die Anpassung der KVV soll die am 29. September 2023 vom Parlament verabschiedete Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)») konkretisiert werden. Mit den neuen KVV-Bestimmungen sollen die rechtlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass der Bundesrat und die Kantone Kostenziele festlegen können – jeweils nach Anhörung der betroffenen Akteure und für einen Zeitraum von vier Jahren –, die das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) steuern, ohne dabei die Versorgungsqualität zu schmälern. Aus Sicht der GDK bleibt es eine Herausforderung, mit der Verordnung eine möglichst schlanke Umsetzung zu gewährleisten und dennoch zu ermöglichen, dass eine kostendämpfende Wirkung erzielt wird.

Die GDK unterstützt die Stossrichtung der Änderung der Verordnung. Es ist besonders begrüßenswert, dass bei der Festlegung der Kostenziele wichtige Einflussgrößen wie die Entwicklung der Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden sollen (vgl. Art. 75a VE-KVV). Gemäss erläuterndem Bericht erachtet es der Bundesrat nicht als notwendig, zusätzlich zu den Zielen im Hinblick auf die Sicherung und Förderung der Qualität nach Art. 58 KVG weitere Qualitätsziele vorzugeben. Wir unterstützen diese Haltung: Zusätzliche Qualitätsziele des Bundes könnten den administrativen und organisatorischen Mehraufwand für Leistungserbringer sowie Verwaltungseinheiten des Bundes und der Kantone erheblich erhöhen, ohne dabei einen (nennenswerten) Mehrwert zu generieren. Die im KVG verankerten Qualitätsverträge sowie die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission, des Kompetenzzentrums für Qualitätsmessungen ANQ, des Nationalen Zentrums für Infektionsprävention Swissnoso und zahlreicher medizinischer Fachgesellschaften sind einige Beispiele, die dem übergeordneten Ziel der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung genügend Rechnung tragen. Dennoch lässt die gesetzliche Grundlage in Art. 54a nKVG zu, dass die Kantone Qualitätsziele festlegen, sollten sie dies für notwendig erachten.

Dass der Bund im Rahmen des «Entlastungspaket 2027» vorsieht, die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung nach KVG zu dämpfen, indem er diese an die Kostenziele knüpft, lehnt die GDK klar ab. Dieser Vorschlag greift in laufende Reformprozesse ein. Die Stimmbevölkerung lehnte die «Prämien-Entlastungs-Initiative» 2024 in der Erwartung eines griffigen indirekten Gegenvorschlags ab. Noch bevor ein solcher Realität wird, beabsichtigt der Bund, seine Ausgaben für die Prämienverbilligung zu senken und Art. 54 nKVG abweichend zu regeln. Neu soll dem Bundesrat erlaubt sein, die Kostenziele bei wesentlichen Änderungen der Grundlagen während der Vierjahresperiode anzupassen. Der Bund erhält mithin den Anreiz, gestützt auf Art. 66 Abs. 2 KVG ein geringes Kostenwachstum als Ziel zu definieren, um seine Ausgaben für die Prämienverbilligung tief zu halten.

Datenweitergabe (Art. 28 VE-KVV)

Art. 28 Abs. 1 VE-KVV führt auf, welche Daten die Versicherer dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) weitergeben müssen. Der Verordnungsvorentwurf richtet sich diesbezüglich nach den Bedürfnissen der Bundesverwaltung. Es ist nicht vorgesehen, dass das BAG neue Daten zugänglich macht, die die Kantone nutzen können, um kantonale Qualitäts- und Kostenziele festzulegen. Dies ist aus Sicht der GDK problematisch im Hinblick auf eine belastbare Grundlage für die Zielvorgaben, da die derzeit vorhandenen Daten sehr rudimentär und limitiert sind. Die niederschwellige Verfügbarkeit von Daten, die sich durch ausreichend hohe Qualität, Granularität und Repräsentativität auszeichnen, stellt eine notwendige Voraussetzung für die Festlegung adäquater Kosten- und Qualitätszielen durch Bund und Kantone sowie für die Erfüllung der Aufgaben der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) dar.

Ferner ist im entsprechenden neuen Art. 21 Abs. 4 KVG erwähnt, dass das BAG die erhobenen Daten auch den Kantonen zur Verfügung stellt. Auf Verordnungsebene kommt dies aktuell weniger zum Ausdruck. Im Einleitungssatz des Art. 28 Abs. 1 VE-KVV sowie in Art. 28 Abs. 6 VE-KVV ist nur von den Aufgaben des Bundes die Rede. Die Kantone müssen jedoch grundsätzlich denselben Datenzugang haben – beispielsweise auf Fall- oder Patientenebene –, sodass es ihnen ermöglicht wird, zu untersuchen, ob das Kostenwachstum auf eine Preiserhöhung, eine Mengenausweitung, oder eine Ausweitung des Leistungskatalogs zurückzuführen ist. Dies stellt die Grundvoraussetzung für die Festlegung von geeigneten kantonalen Zielen dar, die das Potenzial haben, die Kostenentwicklung zu steuern oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Zur Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen kann es sich inskünftig als notwendig erweisen, neue Datensammlungen zu schaffen oder bereitzustellen. Daher müssten aus Sicht der GDK die Kantone sowie die EKKQ entsprechende Anträge zuhanden des BAG, des BFS oder der EKKQ (im Falle der Kantone) stellen können. Eine entsprechende Verordnungsbestimmung, die das regelt, ist in die KVV aufzunehmen.

Tarife und Preise (Art. 59c VE-KVV ff.)

Die GDK begrüsst die durch das 3. Kapitel, 1. Abschnitt «Tarifgestaltung und Fallbeitrag» herbeigeführten Anpassungen, die bewährten Verfahren und Standards grundsätzlich entsprechen. Insbesondere ist die in Art. 59c Abs. 3 VE-KVV verankerte Ergänzung, dass die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen Bestandteil der Tarifverträge bilden müssen, sehr zu begrüßen, da sie allfällige Missverständnisse verhindert.

Aus Sicht der GDK ist es fraglich, ob der in Art. 59c^{ter} Abs. 2 VE-KVV vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche¹ umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden kann. Ferner sollte in Art. 59c^{ter} – neben dem Bundesrat – auch der zuständige Kanton als berechtigt zum Erhalt von Unterlagen genannt werden, da sich

¹ Wir haben festgestellt, dass die Formulierung der deutschen Version des Abs. 2 Art. 59c^{ter} VE-KVV («einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche») von der französischen Version desselben Artikels («y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation») abweicht. Wir gehen davon aus, dass in diesem Fall die deutsche Version führend ist: Die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen betrifft nicht nur die Leistungen vor und nach einem Spitalaufenthalt, sondern vor- und nachgelagerte Leistungen allgemein.

sonst die Tarifpartner erfahrungsgemäss auf den Standpunkt stellen könnten, dass lediglich der Bundesrat Anspruch darauf hat, die einschlägigen Unterlagen zu sichten.

Um dieser Forderung Rechnung zu tragen, könnte Art. 59c^{ter} beispielsweise so angepasst werden:

Antrag zu Art. 59c^{ter} KVV

Art. 59c^{ter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat

¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig oder nach Artikel 46 Absatz 4 KVG der Kanton, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:

- a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;*
 - b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag, insbesondere dazu, inwiefern dieser den Grundsätzen nach 59c KVV bzw. 59c^{bis} KVV entspricht;*
- [...]*

Schliesslich räumt die verhältnismässig offene Formulierung des Art. 59d Abs. 1 VE-KVV, dass die Einhaltung der Bestimmungen des Art. 59c f. regelmässig überprüft werden muss, den Tarifpartnern einen grossen Spielraum ein. Alternativ könnte der fragliche Artikel die Tarifpartner auffordern, einen Tarif zu überarbeiten, sobald dieser nicht mehr der aktuellen Gegebenheit entspricht. Die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel sind beispielsweise gesetzlich explizit festgehalten.

Kostenziele (3a. Kapitel, 1. Abschnitt)

Den Wortlaut im Verordnungsvorentwurf zur Festlegung der Kostenziele erachten wir als zu offen formuliert. Einerseits hätten die Kantone aufgrund der offenen Formulierung der Grundsätze für die Festlegung von Kostenzielen hinreichend Gestaltungsspielraum. Gleichzeitig fehlt eine konkrete Rechtsgrundlage, auf die sich die Kantone stützen könnten, um beispielsweise, falls nötig, Gegenmassnahmen respektive Sanktionen zu beschliessen, wenn die definierten Kostenziele – systematisch, unbegründet und über einen längeren Zeitraum hinweg – nicht erreicht werden.

Der Verordnungsentwurf müsste in puncto Kostenziele die Bedürfnisse der Bundesverwaltung sowie jene der kantonalen Verwaltungen gleichermaßen abbilden, damit diese ihre gesetzesmässigen Aufgaben und Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung wahrnehmen können. In diesem Sinn müssen die Kantone die Möglichkeit haben, von den nationalen Zielgrössen abzuweichen, um diese den regionalen Gegebenheiten entsprechend für die jeweilige Leistungserbringergruppe ambitionierter oder tiefer festzulegen.

Ferner ist eine enge Abstimmung der Kostenziele des Bundes (nach Art. 54 nKVG) und jener der Kantone (nach Art. 54a nKVG) zwingend nötig. Die Leistungserbringer müssen die Gewissheit haben, welche Ziele vorgehen, insbesondere wenn diese Interpretationsspielraum aufweisen oder sich zumindest in Teilen widersprechen sollten. Es müsste geklärt werden, wie die Anhörungen nach Art. 54 nKVG und Art. 54a nKVG aufeinander abgestimmt werden, um den Prozess der Festlegung der Kostenziele zu verschlanken und etwaige Redundanzen respektive Inkompatibilität zwischen den Zielen von Bund und Kantonen zu vermeiden.

Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Bestimmungen des Art. 75a Abs. 1 VE-KVV nicht präzisieren, welche Art von Kostenzielen möglich sind, z.B. ob diese absolut oder relativ festgelegt werden müssen und ob diese zwischen den Kostengruppen vergleichbar sein müssen. Es stellt sich daher aus unserer Sicht die Frage, inwiefern sich geeignete und messbare Ziele auf Basis dieser verhältnismässig offen formulierten Rechtsgrundlage festlegen liessen. Zudem sollen die Kostenziele bzw. die vorliegende Verordnung so ausgestaltet sein, dass möglichst keine Anreize entstehen, das Abrechnungsverhalten aufgrund der Ziele

zu verändern, denn das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer kann die beobachtete Kostenentwicklung beeinflussen. Daher schlagen wir eine Ergänzung des Art. 75a Abs. 1 vor. Damit muss sichergestellt werden, dass die Kostenziele nicht dahinführen, dass Leistungen zwar erbracht wurden, aber aufgrund der festgelegten Kostenziele erst verspätet abgerechnet werden.

Die Feststellung des Bundes, dass der Zugang zur und die Qualität der medizinischen Grundversorgung durch die Kostenziele nicht beeinträchtigt werden dürfen, ist sehr wichtig. Wir stellen bereits heute fest, dass insbesondere Endversorger mit komplexem Patientengut trotz effizienzsteigernder Massnahmen grösste Schwierigkeiten mit der finanziellen Stabilität haben. Die Festlegung von Kostenzielen darf in Bereichen, in denen wir heute schon nicht kostendeckende Tarife sehen, die Schieflage der versorgungsrelevanten Leistungserbringer nicht verstärken.

Während die in Art. 75a Abs. 2 definierten Kriterien aus unserer Sicht nachvollziehbar sind, dürfte es bei dem Vollzug anspruchsvoll sein, fundierte Informationen zu den Kriterien beizuziehen. Begrüssenswert in dieser Hinsicht ist die Umsetzung von Projekten wie SpiGes, das darauf abzielt, die Datenerhebung und -nutzung im Bereich der (spitalstationären) Gesundheitsversorgung zu vereinfachen.

Des Weiteren sollen die Kantone – da in erster Linie diese für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zuständig sind – in die Koordination der Kostenziele mit den Qualitätszielen in geeigneter Weise einbezogen werden. Diesbezüglich möchten wir folgende Ergänzung von Art. 75a Abs. 3 vorschlagen:

Antrag zu Art. 75a KVV

Art. 75a Gesamtziele

[...]

³ Der Bundesrat koordiniert unter Einbezug der Kantone die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.

Art. 75b VE-KVV listet fünf Kostengruppen auf. Aus Sicht der GDK ist es nicht klar ersichtlich, wieso der Verordnungsvorentwurf (nur) diese Kostengruppen umfasst. Während das Kostenwachstum beispielsweise im Bereich der spitalstationären Behandlungen – sowohl im Vergleich zu den anderen vier explizit aufgeführten Kostengruppen als auch gemessen am jüngsten Wirtschaftswachstum – unterdurchschnittlich stark ausgefallen ist, umfasst der Verordnungsvorentwurf andere Kostengruppen nicht, die in den letzten Jahren ein starkes Wachstum verzeichnet haben. Es sollte möglich sein, für weitere respektive für alle Leistungserbringer Kostenziele zu definieren – beispielsweise für Physiotherapie, Apotheken, Laboratorien, oder psychologische Psychotherapie. Zudem soll sich Bst. d nicht nur auf Arzneimittel beschränken, sondern allgemein die Heilmittel ansprechen, die auch Medizinprodukte umfassen. Falls der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten will, müssten die Kantone explizit die Möglichkeit haben, über die Auflistung in Art. 75b VE-KVV hinauszugehen.

Antrag zu Art. 75b KVV

Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:

[...]

d. Arzneimittel-Heilmittel (Arzneimittel inkl. Medizinprodukte)

[...]

Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) (3a. Kapitel, 2. Abschnitt)

Wir stellen fest, dass die Verordnung notwendige Präzisierungen zu den KVG-Bestimmungen betreffend Aufgabenteilung zwischen EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) vorsieht. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, ist es aus Sicht der GDK zweckmässig, dass sich die EKKQ möglichst auf bestehende Datensammlungen von BAG, BFS und EQK abstützt. Ebenso wird eine Vertretung der EQK in der EKKQ begrüsst, sowie die explizite Koordination zwischen den beiden Kommissionen gemäss Art. 75f VE-KVV.

Die EKKQ ist als beratende Kommission konzipiert, welche über keine Entscheidungsbefugnisse verfügt. Insofern kann die relativ hohe Anzahl von drei Wissenschaftsvertretungen von insgesamt acht Mitgliedern unterstützt werden. Die Kantone sind wie die Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten mit einer Person in der Kommission vertreten, was wir begrüssen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für den Austausch gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident GDK



Kathrin Huber
Generalsekretärin

Envoi par courriel

Département fédéral de l'intérieur DFI
Madame la Conseillère fédérale
Elisabeth Baume-Schneider

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

8-2-1

Berne, le 17 avril 2025

Modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) (Objectifs en matière de coûts et de qualité) : prise de position de la CDS

Madame la Conseillère fédérale,
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de nous accorder la possibilité de prendre position sur les modifications prévues de l'OAMal.

Remarques générales concernant la position de la CDS

L'adaptation de l'OAMal vise à concrétiser la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (contre-projet indirect à l'initiative « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé » [initiative pour un frein aux coûts]), adoptée le 29 septembre 2023 par le Parlement. Les nouvelles dispositions de l'OAMal entendent créer le cadre juridique permettant au Conseil fédéral et aux cantons de fixer des objectifs en matière de coûts – après consultation des acteurs concernés et pour une période de quatre ans – afin de contrôler la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins (AOS) sans pour autant compromettre la qualité des soins. Aux yeux de la CDS, assurer une mise en œuvre aussi simple que possible par le biais de l'ordonnance tout en atteignant l'objectif de freiner les coûts reste cependant un défi.

La CDS approuve l'orientation de la modification d'ordonnance. Elle salue particulièrement le fait que des facteurs d'influence importants tels que l'évolution de la morbidité et les progrès médico-techniques soient à prendre en compte lors de la fixation des objectifs en matière de coûts (cf. art. 75a AP-OAMal). Selon le rapport explicatif, le Conseil fédéral ne juge pas nécessaire d'édicter des objectifs de qualité supplémentaires en plus de ceux visant à garantir et à encourager la qualité prévus à l'art. 58 LAMal. Nous soutenons cette position : fixer des objectifs de qualité additionnels au niveau fédéral risquerait d'accroître considérablement la charge administrative et organisationnelle des fournisseurs de prestations comme des unités administratives de la Confédération et des cantons sans générer de plus-value (notable). Les conventions de qualité inscrites dans la LAMal et les travaux de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ), du centre de compétence pour les mesures de la qualité (ANQ), du Centre national de prévention des infections (Swissnoso) et de nombreuses sociétés médicales spécialisées sont quelques exemples attestant d'une prise en compte suffisante de l'objectif général de garantie de la qualité des soins. La base légale inscrite à l'art. 54a nLAMal prévoit néanmoins la possibilité pour les cantons de fixer des objectifs de qualité s'ils le jugent nécessaire.

La CDS s'oppose formellement à ce que, dans le cadre du « Programme d'allégement budgétaire 2027 », la Confédération freine l'évolution de ses dépenses en lien avec la réduction des primes au sens de la

LAMal en les rattachant aux objectifs en matière de coûts. Cette proposition interfère avec les processus de réforme en cours. En 2024, la population a rejeté l'initiative d'allègement des primes au profit d'un contre-projet indirect efficace. Avant même que celui-ci ne soit concrétisé, la Confédération prévoit de réduire ses dépenses en lien avec la réduction des primes et de soumettre l'art. 54 nLAMal à une réglementation dérogatoire. Désormais, le Conseil fédéral doit être en mesure d'adapter les objectifs en matière de coûts pendant la période quadriennale en cas de modification substantielle des bases. La Confédération se voit dès lors incitée, en vertu de l'art. 66, al. 2, LAMal, à définir une faible hausse des coûts comme objectif, afin de maintenir à un bas niveau les dépenses qu'elle alloue à la réduction des primes.

Transmission des données (art. 28 AP-OAMal)

L'art. 28, al. 1, AP-OAMal énumère les données que les assureurs doivent transmettre à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le projet d'ordonnance se fonde à cet égard sur les besoins de l'administration fédérale. Il n'est pas prévu que l'OFSP rende accessibles de nouvelles données pouvant être utilisées par les cantons pour fixer des objectifs cantonaux en matière de qualité et de coûts. La CDS considère que cela est problématique au regard de la nécessité de disposer d'une base solide pour fixer les objectifs, les données actuellement disponibles étant très rudimentaires et limitées. La grande disponibilité de données se caractérisant par une qualité, une granularité et une représentativité suffisamment élevées constitue une condition indispensable à la définition d'objectifs appropriés en matière de coûts et de qualité par la Confédération et les cantons et à la réalisation des tâches de la Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ).

Par ailleurs, le nouvel art. 21, al. 4, LAMal précise que l'OFSP met les données récoltées aussi à la disposition des cantons. L'ordonnance est cependant moins explicite : la phrase introductive de l'art. 28, al. 1, AP-OAMal et l'art. 28, al. 6, AP-OAMal font uniquement mention des tâches de la Confédération. Or, il est impératif que les cantons disposent du même accès aux données, par exemple en ce qui concerne les cas ou les patients, afin d'être en mesure de déterminer si la hausse des coûts est imputable à une hausse des prix, à une augmentation des volumes ou à un élargissement du catalogue des prestations. Il s'agit là d'une condition fondamentale pour fixer des objectifs cantonaux appropriés, susceptibles de contrôler la croissance des coûts ou d'améliorer la qualité du système de santé.

Pour fixer les objectifs en matière de coûts et de qualité, la création ou la mise à disposition de nouvelles bases de données peut à l'avenir s'avérer nécessaire. La CDS estime que les cantons et la CFCQ devraient donc pouvoir formuler des demandes en ce sens à l'attention de l'OFSP, de l'OFS ou de la CFCQ (dans le cas des cantons). Une disposition d'ordonnance correspondante réglant ce point doit être intégrée dans l'OAMal.

Tarifs et prix (art. 59c ss AP-OAMal)

La CDS approuve les adaptations découlant du chapitre 3, section 1 « Tarification et contribution par cas », qui correspondent essentiellement à des procédures et à des normes éprouvées. L'ajout à l'art. 59c, al. 3, AP-OAMal, qui stipule que les modalités d'application des structures tarifaires doivent faire partie intégrante des conventions tarifaires, est particulièrement bienvenu car il évite d'éventuels malentendus.

En revanche, la CDS n'est pas convaincue qu'il soit possible de mettre aisément en pratique le principe figurant à l'art. 59c^{ter}, al. 2, AP-OAMal, qui prévoit que, pour les forfaits liés aux prestations, l'estimation doit comprendre des domaines situés en amont et en aval de l'hospitalisation². De plus, l'art. 59c^{ter} devrait préciser que, outre le Conseil fédéral, le canton compétent est lui aussi habilité à obtenir les documents mentionnés, sans quoi les partenaires tarifaires pourraient en déduire, comme le montre l'expérience, que seul le Conseil fédéral a le droit de consulter les documents en question.

² Nous avons constaté que la formulation de la version allemande de l'art. 59c^{ter}, al. 2 AP-OAMal (« einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche ») diffère de la formulation française du même article (« y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation »). Dans pareil cas, nous partons du principe que la version allemande fait foi : les estimations pour les forfaits liés aux prestations ne concernent pas uniquement les prestations avant et après une hospitalisation, mais les prestations réalisées avant et après de façon générale.

Pour tenir compte de cette demande, l'art. 59c^{ter} pourrait par exemple être adapté comme suit :

Proposition concernant l'art. 59c^{ter} OAMal

Art. 59c^{ter} Contenu de la demande d'approbation pour les conventions tarifaires soumises au Conseil fédéral

¹ Lorsque le Conseil fédéral est compétent pour approuver la convention tarifaire conformément aux art. 43, al. 5, 46, al. 4, ou 49, al. 2, LAMal, ou le canton conformément à l'art. 46, al. 4, LAMal, la demande d'approbation doit être signée par toutes les parties à la convention et contenir notamment les documents et points suivants :

- a. un exemplaire de la convention tarifaire signée par toutes les parties à la convention;
 - b. le rapport explicatif sur la convention tarifaire transmise, indiquant en particulier dans quelle mesure celle-ci satisfait aux principes énoncés aux art. 59c OAMal et 59c^{bis} OAMal;
- [...]

Enfin, la formulation relativement ouverte à l'art. 59d, al. 1, AP-OAMal, selon laquelle le respect des dispositions des art. 59c et 59c^{bis} doit être régulièrement vérifié, laisse une grande marge de manœuvre aux partenaires tarifaires. Une autre possibilité serait que cet article enjoigne aux partenaires tarifaires de réviser un tarif dès lors que celui-ci ne correspond plus à la situation actuelle. À titre d'exemple, les obligations relatives au contrôle et à l'adaptation des prix des médicaments figurant sur la liste des spécialités sont explicitement définies dans la loi.

Objectifs en matière de coûts (chapitre 3a., section 1)

Selon la CDS, les dispositions du projet d'ordonnance relatives à la fixation des objectifs en matière de coûts sont formulées de manière trop ouverte. Il est vrai que la formulation ouverte des principes auxquels doit obéir la fixation des objectifs de coûts laisserait une marge de manœuvre suffisante aux cantons. Dans le même temps, il manque une base légale concrète, sur laquelle les cantons pourraient notamment se fonder pour décider, le cas échéant, des contre-mesures ou des sanctions si les objectifs en matière de coûts ne devaient pas être atteints – de manière systématique, injustifiée et sur une longue période.

S'agissant des objectifs en matière de coûts, le projet d'ordonnance devrait répondre aussi bien aux besoins de l'administration fédérale qu'à ceux des administrations cantonales afin que celles-ci puissent accomplir leurs tâches et assumer leurs compétences dans le domaine des soins conformément à la loi. Dans cette optique, il importe que les cantons aient la possibilité de s'écarter des objectifs nationaux et de les adapter en fonction des spécificités régionales pour les groupes de fournisseurs de prestations et, selon les cas, de fixer des objectifs plus ou moins ambitieux.

Il est en outre impératif que les objectifs en matière de coûts fixés par la Confédération (selon l'art. 54 nLAMal) et par les cantons (selon l'art. 54a nLAMal) soient étroitement coordonnés. Les fournisseurs de prestations doivent savoir avec certitude quels objectifs prévalent, en particulier lorsque ceux-ci laissent une marge d'interprétation ou se contredisent du moins en partie. Il y aurait lieu de clarifier les modalités de la coordination des consultations prévues aux art. 54 nLAMal et 54a nLAMal, afin de simplifier le processus de fixation d'objectifs en matière de coûts et d'éviter d'éventuelles redondances ou incompatibilités entre les objectifs de la Confédération et ceux des cantons.

Une autre difficulté est que les dispositions de l'art. 75a, al. 1, AP-OAMal ne précisent pas les types d'objectifs possibles en matière de coûts. Elles n'indiquent par exemple pas si ces objectifs doivent être fixés de manière absolue ou relative ni s'ils doivent être comparables d'un groupe de coûts à l'autre. Selon la CDS, cela pose par conséquent la question de savoir dans quelle mesure la base légale, formulée de manière relativement ouverte, permet de définir des objectifs adéquats et mesurables. Par ailleurs, il convient d'aménager les objectifs en matière de coûts et la présente ordonnance de manière à éviter que les objectifs incitent à une modification du comportement de facturation, étant donné que ledit comportement

des fournisseurs de prestations est susceptible d'influencer l'évolution des coûts observée. Nous proposons par conséquent de procéder à un ajout à l'art. 75a, al. 1. Il doit assurer que les objectifs en matière de coûts n'aient pas pour conséquence de différer la facturation de prestations déjà fournies suite aux objectifs en matière de coûts définis.

Par ailleurs, la Confédération souligne un point crucial, à savoir que les objectifs en matière de coûts ne doivent pas entraver l'accès aux soins médicaux de base ni nuire à la qualité de ceux-ci. Aujourd'hui déjà, nous constatons qu'en particulier les prestataires à la fin de la chaîne de traitement, confrontés à une patientèle complexe, ont le plus grand mal à atteindre une stabilité financière en dépit des mesures visant à améliorer l'efficacité. La fixation d'objectifs en matière de coûts ne doit pas aggraver les difficultés des fournisseurs de prestations essentiels pour la prise en charge dans des domaines où les tarifs ne permettent déjà pas de couvrir les coûts.

Si les critères définis à l'art. 75a, al. 2, AP-OAMal nous semblent pertinents, il devrait cependant être difficile, dans le cadre de l'exécution, de récolter des données solides pour ces critères. Aussi, la mise en œuvre de projets tels que SpiGes, qui vise à simplifier la collecte et l'utilisation des données dans les soins (hospitaliers stationnaires), nous apparaît souhaitable.

Par ailleurs, il importe d'impliquer de manière appropriée les cantons, qui sont compétents au premier chef pour la fourniture des soins, dans la coordination des objectifs en matière de coûts et des objectifs de qualité. Nous souhaitons à cet égard proposer le complément suivant à l'art. 75a, al. 3 :

Proposition concernant l'art. 75a OAMal

Art. 75a Objectifs globaux

[...]

³ *Le Conseil fédéral coordonne, en impliquant les cantons, les objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité au sens de l'art. 58 LAMal.*

L'art. 75b AP-OAMal énumère cinq groupes de coûts. Aux yeux de la CDS, la raison pour laquelle ces groupes, et seulement ceux-là, figurent dans le projet d'ordonnance n'est pas évidente. Alors que, par exemple, la hausse des coûts dans le domaine des traitements hospitaliers stationnaires – que ce soit en comparaison avec les autres groupes de coûts explicitement cités ou par rapport à la croissance économique récente – se situe largement en dessous de la moyenne, le projet d'ordonnance n'inclut pas d'autres groupes de coûts ayant connu une forte croissance au cours des dernières années. Il devrait être possible de définir des objectifs en matière de coûts pour d'autres fournisseurs de prestations, voire pour tous, par exemple pour les physiothérapeutes, les pharmacies, les laboratoires ou les psychologues-psychothérapeutes. Par ailleurs, la let. d ne devrait pas se limiter aux médicaments, mais inclure les produits thérapeutiques en général, qui comprennent également les dispositifs médicaux. Si la Confédération ne souhaite pas élargir les groupes de coûts, les cantons devraient avoir explicitement la possibilité d'aller au-delà de l'énumération à l'art. 75b AP-OAMal.

Proposition relative à l'art. 75b OAMal

Le Conseil fédéral fixe des objectifs en matière de coûts pour les groupes de coûts suivants notamment :

[...]

d. ~~médicaments~~ produits thérapeutiques (médicaments, y c. dispositifs médicaux)

[...]

Commission fédérale de monitoring des coûts et de la qualité dans l'assurance obligatoire des soins (CFCQ) (chapitre 3a., section 2)

Nous constatons que l'ordonnance prévoit des précisions nécessaires aux dispositions de l'OAMal sur la répartition des tâches entre la CFCQ et la Commission fédérale pour la qualité (CFQ). Dans l'optique d'éviter les doublons, la CDS juge pertinent que la CFCQ se fonde autant que possible sur les jeux de données existants de l'OFSP, de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de la CFQ. Elle est également favorable à la représentation de la CFQ au sein de la CFCQ ainsi qu'à la coordination explicite des travaux des deux commissions prévue à l'art. 75f AP-OAMal.

La CFCQ est conçue comme une commission consultative, sans pouvoir décisionnel. Aussi le nombre relativement élevé d'expertes et experts scientifiques au sein de la commission, trois sur un total de huit membres, se justifie-t-il. Nous approuvons en outre que les cantons soient représentés par une personne, tout comme les assureurs, les fournisseurs de prestations et les personnes assurées.

En vous remerciant de bien vouloir prendre en compte nos demandes et en nous tenant volontiers à votre disposition pour participer à un échange, nous vous prions d'agréer, Madame la Conseillère fédérale, Madame, Monsieur, l'expression de notre très haute considération.



Lukas Engelberger, Conseiller d'État
Président de la CDS



Kathrin Huber
Secrétaire générale

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Verzicht auf Stellungnahme
Begründung:	Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellung nehmen zu können. Da die Änderungen des KVV keine direkte Auswirkungen auf die Tarifstrukturen im Rahmen des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) haben, verzichten wir auf eine Stellungnahme.

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellung nehmen zu können.</p> <p>Generelle Bemerkung</p> <p>Bis auf einen Punkt sehen wir grundsätzlich keine Abweichung von den gesetzlichen Vorgaben. Wir unterstützen insbesondere, dass bei der Datenerhebung auch hier das once-only-Prinzip gelten soll.</p> <p>Nicht einverstanden sind wir mit der Zusammensetzung der für das Kosten- und Qualitätsmonitoring zuständigen Kommission. Es besteht kein Anlass, die Kommission mit einer Überzahl von sog. Vertretern der Wissenschaft zu belasten. Es ist nicht einzusehen und auch nicht ausgewogen, hier 3 Vertreter vorzusehen, während sonst nur je ein Vertreter vorgesehen ist. Sollten wissenschaftliche Abklärungen notwendig sein, so kann die Kommission Gutachten bei Experten einholen. Eine Übervertretung ist nicht effizient und entbehrt einer gesetzlichen Grundlage. Das Gesetz sieht keine Übervertretung vor.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.eine Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Wir lehnen die Übervertretung von „Personen der Wissenschaft“ ab. Es ist nicht einzusehen und auch nicht ausgewogen, hier 3 Vertreter vorzusehen, während sonst nur je ein Vertreter vorgesehen ist. Sollten wissenschaftliche Abklärungen notwendig sein, so kann die Kommission Gutachten bei Experten einholen. Eine Übervertretung entbehrt einer gesetzlichen Grundlage. Das Gesetz sieht keine Übervertretung von Fachleuten vor. Art. 54e Abs. 3 KVG lautet wie folgt:</p> <p>„Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone, der Leistungserbringer sowie von Fachleuten.“</p>

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse als Dachverband von schweizweit über 1560 Apotheken von 1820 Apotheken und 7500 Apotheker und Apothekerinnen bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Wir bedanken uns vorab für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für Fragen zur Verfügung.</p> <p>Der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse begrüsst grundsätzlich Bestrebungen zur Erhöhung der Transparenz und der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Der vorliegende Vorschlag entspricht jedoch eher einem zusätzlichen kostspieligen administrativen Aufwand ohne klar ersichtlichen Mehrwert. Mit Artikel 47c KVG wurde bereits ein Instrument zur Überwachung der Kosten auf Tarifvertragsbasis inklusive Korrekturmassnahmen implementiert und es werden zusätzliche Kompetenzen an neue Gremien gegeben, was zu Doppelspurigkeiten führt und bereits bestehende Organisationen mit Schwerpunkt Qualitäts- und /oder Kostenmonitoring schwächt.</p> <p>Es ist fraglich, inwiefern die Festlegung von Kostenzielen zur Kostensenkung beitragen soll. Ziele können aus unterschiedlichen Gründen verfehlt werden und diese Gründe müssen erst vertieft analysiert werden, bevor daraus vorschnell Entscheidungen getroffen werden sollen. Zudem haben die vorgeschlagenen Änderungen auch Auswirkungen auf andere als die erwähnten Bestimmungen, weshalb zusätzliche Anpassungen notwendig sind.</p> <p>Die Einsetzung einer neuen Kommission führt zu zusätzlichen Kosten beim BAG, wobei der konkrete Nutzen der neuen Kommission nicht ersichtlich ist. Innerhalb der Kommission sind die verschiedenen Leistungserbringer zudem unterrepräsentiert. Auch ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein zusätzliches Monitoring durch die Kommission notwendig ist, wenn bereits über die Tarifverträge ein Kosten-Monitoring besteht. Insgesamt führt der vorliegende Vorschlag zu mehr Bürokratie, mehr Aufwand bei den Leistungserbringern und ist mit anderen Reformen und Bestrebungen der Kostendämpfung nicht ausreichend koordiniert. Der Schweizerische Apothekerverband lehnt deshalb diese Verordnungsänderung ab und fordert eine Neuausarbeitung, welche nicht zu mehr administrativem Aufwand führt und bereits bestehende Aufgaben im Bereich des Kosten- und Qualitätsmonitorings berücksichtigt und miteinbezieht.</p> <p>Ausführliche Rückmeldungen zu den einzelnen Bestimmungen finden Sie nachfolgend.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	I
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Ingress
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: 6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.
Begründung	Die Verknüpfung der Daten mit anderen Datenquellen durch das BAG wird zwar begrüsst, jedoch ist die Bestimmung so offen formuliert, dass nicht nachvollziehbar ist, mit welchen Datenquellen die Daten verknüpft werden. Zumindest auf der Ebene der Verordnung sollte dies klar definiert werden. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist zudem die Nutzung von Gesundheitsdaten auf das Notwendige zu reduzieren.

Titel	3. Kapitel: Tarife und Preise
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Der Dachverband begrüsst klarere Vorgaben für die geltenden Grundsätze für Tarifverträge. Die vorgeschlagenen Bestimmungen schaffen jedoch nicht ausreichend Klarheit:</p> <p>Abs. 1 lit. a: Es ist festzuhalten, was unter den transparent ausgewiesenen Kosten zu verstehen ist. Dabei sind neben dem Aufwand für die Leistung oder das Heilmittel an sich (Personal-, Miet-, Unterhaltskosten, etc.) auch die Investitionskosten zu berücksichtigen. Wenn nur das Minimum vergütet wird, sind keine Investitionen möglich und damit auch keine Weiterentwicklung.</p> <p>Abs. 1 lit. b: Die Unterschiede bei den Leistungserbringern müssen in Bezug auf die Effizienz berücksichtigt werden. Eine kleine Apotheke in einem ländlichen Gebiet kann basierend auf der Kundenfrequenz nicht gleich effizient sein, wie eine Bahnhofapothek in einer grösseren Stadt. Sie leistet dagegen einen grossen Beitrag zum Service Public und der Versorgung in weniger besiedelten Gebieten. Dies ist bei der Frage der Effizienz zu berücksichtigen.</p> <p>Abs. 1 lit. c: Wenn ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf, muss eine Koppelung an die Teuerung in den Tarifen vorgenommen werden. Ansonsten sind die Tarife nicht langfristig tragbar, da steigende Kosten bei der Leistungserbringung oder der Abgabe von Heilmitteln nie berücksichtigt werden könnten. Zudem muss die Kostenneutralität einen Spielraum haben für Innovationen, welche mittel- oder langfristig zu einer Verbesserung der Versorgung oder zur Kosteneffizienz führt. Kostenneutralität muss entsprechend flexibel ausgelegt werden, da ansonsten kein Raum für Innovationen besteht.</p> <p>Abs. 3: Es ist nicht nachvollziehbar, was in Abs. 3 mit Anwendungsmodalitäten gemeint ist, und es wird im erläuternden Bericht auch nicht ausgeführt. Dies führt in den Vertragsverhandlungen erfahrungsgemäss zu Unsicherheit zwischen Versicherer und Leistungserbringer bzw. deren Verbänden. Es ist klarer zu formulieren, was mit Anwendungsmodalitäten gemeint ist, ansonsten bietet dieser Absatz keinerlei Mehrwert.</p> <p>Bei der Prüfung der Billigkeit ist die Ungleichheit der Leistungserbringer gegenüber anderer Leistungserbringer und innerhalb der gleichen Leistungserbringer zu berücksichtigen. Diese müssen folglich gleich nach ihrer Gleichheit und ungleich nach ihrer Ungleichheit bewertet werden .</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	<p>Die vorgesehene Unterscheidung der Leistungen nach Art und Intensität führt zu einer erheblichen Komplexitätssteigerung des Abrechnungssystems. Ein derart detailliertes System steht im klaren Widerspruch zum angestrebten pauschalen Vergütungsansatz, wie er derzeit beispielsweise im ambulanten Bereich mit Pauschalen praktiziert wird.</p> <p>Wenn der Bund weiterhin auf eine pauschale Vergütung setzt, muss er in seiner Regulierung konsequent und kohärent bleiben. Eine gleichzeitige Einführung stark differenzierter Leistungskategorien untergräbt die Logik in diesem System und führt zwangsläufig zu Inkonsistenzen sowie administrativem Mehraufwand. Ohne eine klare und einheitliche Linie droht ein Systemchaos, das weder für Leistungserbringer noch für Versicherer handhabbar ist.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	Bei der Bewertung, wie sich die Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und die Kosten auswirkt, sind auch relevante gesetzliche Entwicklungen – etwa die Einführung von EFAS – systematisch zu berücksichtigen, da sie die Rahmenbedingungen und finanziellen Ströme wesentlich beeinflussen können.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	<p>Die Bestimmung der regelmässigen Überprüfung der Tarife durch die Tarifpartner gemäss Art. 59d E-KVV muss analog auch für die amtlich festgelegten Tarife gelten. Folglich müsste Art. 59cquater Abs. 2 E-KVV angepasst werden, dass auch die Anpassungs- und Überprüfungspflichten nach Art. 59d E-KVV sinngemäss anzuwenden sind, analog der Bestimmung von Art. 59c Abs. 3 der aktuellen KVV.</p> <p>Zudem soll die Genehmigungsbehörde sich darauf beschränken, die Einhaltung der Grundsätze für Tarifverträge (Art. 59c KVV) zu prüfen. Innovative Abmachungen zwischen den Tarifpartner unter Einhaltung der Vorgaben des Krankenversicherungsrecht sollen dabei respektiert werden , ansonsten ist eine Weiterentwicklung der Tarifsysteme nicht möglich, was die Tarifierung lähmen kann.</p>

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>Die Bestimmung der regelmässigen Überprüfung der Tarife durch die Tarifpartner gemäss Art. 59d E-KVV muss analog auch für die amtlich festgelegten Tarife gelten. Folglich müsste Art. 59cquater Abs. 2 E-KVV angepasst werden, dass auch die Anpassungs- und Überprüfungspflichten nach Art. 59d E-KVV sinngemäss anzuwenden sind, analog der Bestimmung von Art. 59c Abs. 3 der aktuellen KVV.</p> <p>Eine rasche Genehmigung von Überprüften und in der Folge überarbeiteten Tarifen durch den Bundesrat oder die zuständige Behörde ist dabei sicherzustellen.</p>

Titel	Gliederungstitel vor Art. 59f
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> die Entwicklung der Morbidität; den medizinisch-technischen Fortschritt; die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Doppeltes "1" zu Beginn des Absatzes entfernen.</p> <p>Der Gesetzestext und der Verordnungsentwurf beziehen sich wiederholt auf «Kostenziele», ohne jedoch klarzustellen, in welcher Form oder anhand welcher Messgrössen diese konkret festgelegt werden sollen. Es bleibt offen, ob sie als absolute Beträge, als jährliche Wachstumsraten oder in Relation zu makroökonomischen Indikatoren wie dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) definiert werden. Um eine verlässliche Planungsgrundlage für die Kantone zu gewährleisten und eine effektive Steuerung zu ermöglichen, ist eine eindeutige und transparente Festlegung dieser Parameter unerlässlich.</p> <p>Darüber hinaus erweist sich die bestehende Liste der berücksichtigungswürdigen Faktoren bei der Bestimmung von Kostenzielen als nicht umfassend genug. Insbesondere sollten zusätzlich einbezogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regionale und sektorspezifische Unterschiede sowie strukturelle Gegebenheiten - Zusätzliche finanzielle Belastungen, die durch regulatorische Vorgaben von Bund und Kantonen entstehen <p>Zudem bleibt unklar, wie die vornehmlich finanziell ausgerichteten Kostenziele mit den qualitativen Zielsetzungen des Bundesrats in Einklang gebracht werden sollen. Da diese Zielgrössen auf unterschiedlichen Konzepten basieren, ist eine klare methodische Herleitung erforderlich, um eine kohärente und praxisnahe Verknüpfung sicherzustellen, ohne dass einseitig auf die Kosten fokussiert wird.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ol style="list-style-type: none"> stationäre Behandlungen; ambulante Behandlungen im Spital; ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; Arzneimittel; Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Der Bundesrat erkennt in den Erläuterungen zur Revision der KVV selbst an, dass die definierten Kostengruppen nicht sämtliche durch die OKP vergüteten Kosten erfassen. Damit gesteht er ein, dass bestimmte Akteure im Gesundheitswesen nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterstellt werden sollen. Aus Sicht der Leistungserbringer innerhalb der betroffenen Kostengruppen stellt dies eine nicht hinnehmbare Ungleichbehandlung dar.</p> <p>Zudem ist nicht nachvollziehbar, weshalb für jede Kostengruppe pauschale Kostenziele festgelegt werden sollen. So ist beispielsweise in zahlreichen kantonalen Versorgungsplanungen unbestritten, dass der Bedarf in den Bereichen der stationären Rehabilitation und Psychiatrie in den kommenden Jahren zunehmen wird, was zwangsläufig zu höheren Kosten führt. Da jedoch lediglich eine einheitliche Kostengruppe für «stationäre Behandlungen» existiert, wäre eine differenzierte Abbildung dieser Entwicklungen zwingend erforderlich. Daher ist die Ergänzung von Art. 75a Abs. 2 um sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede von zentraler Bedeutung.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Es ist äusserst fraglich, inwiefern eine Person als Vertretung der Leistungserbringer die unterschiedlichen Arten der Leistungserbringer angemessen vertreten kann. Die Diversität der verschiedenen Leistungserbringer ist angemessen zu berücksichtigen. Wir stehen allgemein einer weiteren Kommission kritisch gegenüber, diese verursacht zusätzliche Kosten und bringt kaum zusätzlichen Nutzen. Zudem lässt die vorgeschlagene Zusammensetzung vermuten, dass die jeweiligen Kommissionsmitglieder in erster Linie die Interessen der vertretenen Organisationen einbringen und verteidigen sollen, statt eine effektive Expertise einzubringen. Es wäre sinnvoller, die Kommission entweder als Expertengruppe ohne Interessenvertretungen auszugestalten oder als Kommission bestehend aus allen Interessensvertreterinnen und -vertreter. Dabei sollen bereits bestehende Kommissionen berücksichtigt werden.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Weshalb richtet die Kommission ein zusätzliches Monitoring der Kosten ein, wenn dies bereits über die Tarifverträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern bzw. deren Verbänden erfolgt (Art. 47c KVG)? Dies führt zu einer unnötigen Doppelspurigkeit und einer zweifachen Überwachung der Kosten. Sinnvoller wäre es, wenn auf Basis des Monitorings im Rahmen der Tarifverträge nicht nur Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Entwicklungen erfolgen, sondern auch Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner abgeleitet werden können. Bei Entscheidungen des Bundesrats oder einer anderen Behörde basierend auf den Empfehlungen der Kommission sind die Leistungserbringer und die Versicherer bzw. deren Verbände stets zu konsultieren.</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	II
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Der SBK bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Das Ziel, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen, ist aus Sicht des SBK grundsätzlich nachvollziehbar und unterstützenswert. Bei der vorliegenden Vernehmlassungsvorlage gibt es aus Sicht des SBK allerdings einige Bedenken.</p> <p>Wichtig ist, dass die Leistungserbringenden in den Prozess der Zieldefinition einbezogen werden. Der SBK begrüsst, dass die Ziele nach Anhörung aller betroffenen Kreise – darunter die Versicherer, Versicherten, Kantone und Leistungserbringer – festgelegt werden sollen. Besonders relevant ist dies, da die Kantone eigene Ziele definieren können. Daher sind eine vorgängige Anhörung, eine koordinierte Abstimmung und ein transparenter Prozess für die Zielsetzung unerlässlich.</p> <p>Ein zentrales Anliegen des SBK ist, dass die Einführung von Kostenzielen weder die Qualität der Gesundheitsversorgung noch den Zugang zum Gesundheitssystem gefährdet. Daher wird begrüsst, dass Kostenziele in Verbindung mit Qualitätszielen festgelegt werden sollen.</p> <p>Positiv bewertet der SBK auch die Einführung eines Monitorings, das sicherstellt, dass die medizinische Versorgungsqualität mindestens erhalten bleibt und die Versorgungssicherheit gewährleistet wird. Aus Sicht des SBK ist es besonders wichtig, mögliche negative Auswirkungen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf rasch korrigierende Massnahmen zu ergreifen.</p> <p>Der SBK begrüsst die Unterteilung der Kostengruppen für die Festlegung von Zielen nach Ausgabenbereichen: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen, Arzneimittel und Langzeitpflege. Aus Sicht des SBK sollte jedoch MedTech als zusätzliche Kostengruppe ergänzt werden.</p> <p>Die Dynamik in den verschiedenen Bereichen ist unterschiedlich. Insbesondere in der Pflege wird aufgrund des demografischen Wandels ein dynamisches Wachstum erwartet. Durch eine separate Betrachtung kann dieser Entwicklung Rechnung getragen werden.</p> <p>Für den SBK ist die Koordination der Kostenziele von zentraler Bedeutung. Die unterschiedlichen Ausgabenbereiche dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Es muss sichergestellt sein, dass eine übergeordnete Strategie verfolgt wird. Wenn beispielsweise ein politisches Ziel darin besteht, mehr ambulante Leistungen zu fördern und dadurch die Kosten im ambulanten Sektor steigen, darf dies nicht zu Nachteilen bei der Festlegung der Kostenziele für diesen oder nachgelagerte Bereiche führen.</p> <p>Die geplante Gründung der EKKQ erscheint dem SBK sinnvoll, da ihre Ziele jene der EQK ergänzen. Der SBK begrüsst zudem, dass durch den Einsitz einer delegierten Person aus der EQK in der EKKQ der Informationsfluss zwischen den beiden Kommissionen gewährleistet ist.</p> <p>Angesichts der grossen Heterogenität der Leistungserbringenden schlägt der SBK eine Änderung bei der Besetzung der Kommission vor: Anstatt einer einzigen Vertretung der Leistungserbringenden wäre es wünschenswert, diese Gruppe durch zwei Vertretungen einzubeziehen.</p> <p>Der SBK erkennt an, dass zur Überwachung der Kostenentwicklung umfassende Daten erforderlich sind. Dies betrifft insbesondere Daten zur Kostenentwicklung nach Leistungsart und Leistungserbringenden sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen. Diese Daten sind notwendig, um Massnahmen zur Kosteneindämmung zu entwickeln, die Wirkung des Gesetzes und seines Vollzugs zu analysieren, Anpassungen an Gesetz und Vollzug vorzubereiten und den Risikoausgleich zu evaluieren. Der SBK hält diese Datenerhebung für nachvollziehbar und unterstützenswert. Der SBK setzt sich für gesetzliche und institutionelle Vorgaben in den Bereichen Patientendaten- und Persönlichkeitsschutz ein (Pflege 2030). Wenn Daten pro versicherte Person weitergegeben werden sollen, muss der Persönlichkeitsschutz jederzeit gewährleistet sein. Ausserdem ist der SBK der Meinung, dass wie bereits bei SPIGES angefangen, Once Only konsequent angewendet werden soll. Entsprechend sollen die Daten</p>

	<p>ausschliesslich durch das BfS erhoben werden.</p> <p>Um die Transparenz, insbesondere für die Gesundheitsakteure, zu erhöhen, wurden die massgebenden Parameter – die Entwicklung der Morbidität, der medizinisch-technische Fortschritt, die Entwicklung der Wirtschaft, der Löhne und der Preise sowie das Effizienzpotenzial – in die Verordnung aufgenommen.</p> <p>Aus Sicht des SBK ist es notwendig, neben den genannten Faktoren auch die Qualität zu berücksichtigen. Besonders wichtig ist die Ergänzung des Strukturqualitätskriteriums "Personalausstattung in der Pflege".</p> <p>Der SBK begrüsst die Konkretisierung der Grundsätze der Tarifbildung, die klarere Definition der Aufgaben der Genehmigungsbehörde und der Anforderungen an das Genehmigungsgesuch sowie die explizite Nennung des Kriteriums der Repräsentativität.</p> <p>Unklarheit besteht jedoch bei den neuen Artikeln 56 Absatz 5 Buchstaben a und b nKVG. Diese verpflichten die Leistungserbringer und Versicherer, in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vorzusehen.</p> <p>Die Überprüfungs- und Anpassungspflichten der Tarifpartner sollen gewährleisten, dass die Tarife den Grundsätzen der Artikel 59c und 59cbis entsprechen und über die Zeit hinweg den gesetzlichen Anforderungen an Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Transparenz genügen. Sollte dies bedeuten, dass die Tarifpartner für die Durchführung von Health Technology Assessments (also für die systematische Bewertung von WZW bei medizinischen Verfahren und Technologien) verantwortlich sind, hält der SBK dies für nicht umsetzbar und der SBK fordert diesbezüglich eine Klärung.</p>
--	--

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Wie bereits bei SPIGES angefangen soll Once Only konsequent angewendet werden soll. Entsprechend sollen die Daten ausschliesslich durch das BfS erhoben werden.</p> <p>Der SBK setzt sich für gesetzliche und institutionelle Vorgaben in den Bereichen Patientendaten- und Persönlichkeitsschutz ein (Pflege 2030). Wenn Daten pro versicherte Person weitergegeben werden sollen, muss der Persönlichkeitsschutz jederzeit gewährleistet sein.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Streichen von "höchstens"</p> <p>Der SBK begrüsst die Konkretisierung der Grundsätze der Tarifbildung, die klarere Definition der Aufgaben der Genehmigungsbehörde und der Anforderungen an das Genehmigungsgesuch sowie die explizite Nennung des Kriteriums der Repräsentativität.</p> <p>Der Passus höchstens ist zwar üblich, jedoch sagt es implizit aus, dass eben ein tieferer Tarif möglich ist. Dieser reduziert dann u.a. eine effiziente Leistungserbringung. Das Wort höchstens ist zu streichen.</p>

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>
Begründung	<p>Die Überprüfungs- und Anpassungspflichten der Tarifpartner sollen gewährleisten, dass die Tarife den Grundsätzen der Artikel 59c und 59cbis entsprechen und über die Zeit hinweg den gesetzlichen Anforderungen an Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Transparenz genügen. Sollte dies bedeuten, dass die Tarifpartner für die Durchführung von Health Technology Assessments (HTA) verantwortlich sind, hält der SBK dies für nicht umsetzbar. Der SBK fordert eine Klärung, was in diesem Artikel genau gemeint ist.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Der SBK begrüsst, dass die Ziele nach Anhörung aller betroffenen Kreise – darunter die Versicherer, Versicherten, Kantone und Leistungserbringer – festgelegt werden sollen. Besonders relevant ist dies, da die Kantone eigene Ziele definieren können. Daher sind eine vorgängige Anhörung, eine koordinierte Abstimmung und ein transparenter Prozess für die Zielsetzung unerlässlich.</p> <p>Ein zentrales Anliegen des SBK ist, dass die Einführung von Kostenzielen weder die Qualität der Gesundheitsversorgung noch den Zugang zum Gesundheitssystem gefährdet. Daher wird begrüsst, dass Kostenziele in Verbindung mit Qualitätszielen festgelegt werden sollen.</p> <p>Positiv bewertet der SBK auch die Einführung eines Monitorings, das sicherstellt, dass die medizinische Versorgungsqualität mindestens erhalten bleibt und die Versorgungssicherheit gewährleistet wird. Aus Sicht des SBK ist es besonders wichtig, mögliche negative Auswirkungen frühzeitig zu erkennen und bei Bedarf rasch korrigierende Massnahmen zu ergreifen.</p> <p>Der SBK begrüsst die Unterteilung der Kostengruppen für die Festlegung von Zielen nach Ausgabenbereichen: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen, Arzneimittel und Langzeitpflege. Aus Sicht des SBK sollte jedoch MedTech als zusätzliche Kostengruppe ergänzt werden.</p> <p>Die Dynamik in den verschiedenen Bereichen ist unterschiedlich. Insbesondere in der Pflege wird aufgrund des demografischen Wandels ein dynamisches Wachstum erwartet. Durch eine separate Betrachtung kann dieser Entwicklung Rechnung getragen werden.</p> <p>Für den SBK ist die Koordination der Kostenziele von zentraler Bedeutung. Die unterschiedlichen Ausgabenbereiche dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Es muss sichergestellt sein, dass eine übergeordnete Strategie verfolgt wird. Wenn beispielsweise ein politisches Ziel darin besteht, mehr ambulante Leistungen zu fördern und dadurch die Kosten im ambulanten Sektor steigen, darf dies nicht zu Nachteilen bei der Festlegung der Kostenziele für diesen oder nachgelagerte Bereiche führen.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. f. Medtech
Begründung	<p>Der SBK begrüsst die Unterteilung der Kostengruppen für die Festlegung von Zielen nach Ausgabenbereichen: stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen im Spital, ambulante Behandlungen, Arzneimittel und Langzeitpflege. Aus Sicht des SBK sollte jedoch MedTech als zusätzliche Kostengruppe ergänzt werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.zwei Personen die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Angeichts der grossen Heterogenität der Leistungserbringenden schlägt der SBK eine Änderung bei der Besetzung der Kommission vor: Anstatt einer einzigen Vertretung der Leistungserbringenden wäre es wünschenswert, diese Gruppe durch zwei Vertretungen einzubeziehen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Für den SBK ist die Koordination der Kostenziele von zentraler Bedeutung. Die unterschiedlichen Ausgabenbereiche dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Es muss sichergestellt sein, dass eine übergeordnete Strategie verfolgt wird. Wenn beispielsweise ein politisches Ziel darin besteht, mehr ambulante Leistungen zu fördern und dadurch die Kosten im ambulanten Sektor steigen, darf dies nicht zu Nachteilen bei der Festlegung der Kostenziele für diesen oder nachgelagerte Bereiche führen.</p>

Schweizerischer Hebammenverband

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	--

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Der SHV stellt hier die Frage: Welche Kadenz ist unter dem Begriff "regelmässig" zu verstehen?

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	SHV: Absatz 2 Sie berücksichtigen: (namentlich streichen). SHV: Absatz 2, Bst. d. Effizienzpotenzial. Bitte ersetzen durch: Versorgungssituation

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	SHV: Absatz 2, Bst. a.3 Personen der Leistungserbringer (Die Leistungserbringerverbände haben sehr unterschiedliche Tarifstrukturen und somit sehr unterschiedliche Monitoringkonzepte. Diese sehr unterschiedliche Welt der Leistungserbringer kann nicht nur durch 1 Person wiedergegeben werden.) Bst. f) drei Personen aus Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	SHV: Absatz 2: namentlich streichen

Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller (Intergenerika)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Mittels vorliegender Vernehmlassung soll seit Schaffung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) der drastischste Systemeingriff auf Verordnungsebene umgesetzt werden.</p> <p>Dies liegt einerseits in der Vorlage selbst, die den bisherigen Art. 54 KVG (Globalbudgetierung durch Genehmigungsbehörde) ersetzt. Dort war das Instrument der Globalbudgetierung als befristete ausserordentliche Massnahme vorgesehen, es wurde aber nie angewendet.</p> <p>Es ist eindeutig, dass dieser Artikel vom Gesetzgeber mit dem Ziel gestrichen wurde, um massiver und nachhaltiger ins System eingreifen zu können. Obwohl verschiedene Verantwortungsträger/-innen den Terminus „Globalbudgetierung“ vehement bestreiten, ist dieses Instrument nichts anderes als eine Form der Globalbudgetierung respektive der Deckelung von Gesundheitsausgaben.</p> <p>Anders lässt es sich auch nicht erklären, dass die weniger invasive Variante in alten Art. 54 KVG aus dem Gesetz gestrichen wurde. Hinzu kommt, dass diese neue Regelung in einem erheblichen Spannungsfeld zu anderen Bestimmungen des KVG steht. Insbesondere zum im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1b eingeführten Art. 47c KVG (Überwachung der Kosten), notabene ohne dessen Wirkung abzuwarten und zu evaluieren. Absatz 1 dieser Bestimmung hält fest:</p> <p>1 Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder derer Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vor.</p> <p>Ferner legt Art. 47c Abs. 5 KVG Kriterien fest, die bei der Beurteilung der Kostenentwicklung zu berücksichtigen sind. Diese Kriterien stehen aber zu einem bedeutenden Teil nicht im Einklang mit der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ und dem vorliegenden Verordnungstext. Deshalb müsste die hier vorgelegte Verordnungsrevision so stark wie nur möglich darauf hinwirken, das Spannungsfeld zwischen Art. 47c KVG und der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ zu entschärfen und Rechtssicherheit zu schaffen. Hierzu wären die höchstmögliche Konkretisierung bzw. die Präzisierung der Inhalte und weitgehende Vermeidung unbestimmter Rechtsbegriffe essenziell. Dies kann auf zweierlei Art und Weise getan werden: Einerseits durch umsichtige Redaktion der Verordnungsbestimmungen und andererseits durch optimale Nutzung des erläuternden Berichts als Auslegungshilfe.</p> <p>Falls dieses Ziel nicht erreicht wird, drohen ein massiver Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit sowie zahlreiche Rechtsstreitigkeiten – und unter Umständen sogar Systemblockaden durch diese Vorlage. Ob das vom Parlament gesetzte Ziel der Kostendämpfung so erreicht würde, ist mehr als fraglich.</p>

Mit anderen Worten werden Fehler in der Umsetzung der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ auf Verordnungsebene massive, negative Konsequenzen haben und erhebliche Kollateralschäden verursachen.

Eine grundsätzliche Prüfung dieser Vorlage zeigt, dass damit das Potential zur Schaffung von Rechtssicherheit, Verhinderung von unnötiger Bürokratie und Rechtsstreitigkeiten sowie zur Entschärfung der erheblichen Spannungsfelder zu Art. 47c KVG bei weitem nicht genutzt wird.

Der äusserst spärliche erläuternde Bericht ist teilweise kaum länger als der entsprechende

Verordnungstext und wird seiner Bezeichnung – nämlich zu erläutern – nicht gerecht. Der

Verordnungstext enthält einige unbestimmte Rechtsbegriffe, die im erläuternden Bericht

nicht im Sinne einer Präzisierung bzw. Konkretisierung definiert werden.

Auch das sehr heikle Verhältnis zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort erwähnt und somit

auch nicht angesprochen, was weiteren Rechtsunsicherheiten Tür und Tor öffnet.

Zusammenfassend ist folgendes festzuhalten:

1. Die Vorlage „Kosten- und Qualitätsziele“ ist eine der schwerwiegendsten und folgenreichsten seit Schaffung des KVG und bedarf deshalb besonders sorgfältiger

Redaktion auf Verordnungsebene.

2. Die vorliegende Ordnungsrevision verpasst aufgrund einer viel zu offenen Formulierung des Verordnungstextes mit zahlreichen unklaren Passagen und unbestimmten Rechtsbegriffen und eines spärlichen erläuternden Berichts die Möglichkeit, einen massiven Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten sowie unter Umständen sogar Systemblockaden zu vermeiden.

3. Dem heiklen Spannungsfeld zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort Rechnung getragen.

4. Das Mandat der Eidgenössischen Qualitätskommission ist zu erweitern und die

Zusammensetzung anzupassen, inkl. einer angemessenen Vertretung der pharmazeutischen Industrie, anstatt eine zusätzliche neue Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring zu schaffen.

Anhang: Revidiert und redigiert IG-Stellungnahme Vernehmlassung Gegenvorschlag KostenQualitat02_05_25.pdf

per E-Mail:
Eidgenössisches Departement des Innern
EDI
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Pratteln, Montag, 5. Mai 2025

**Vernehmlassung: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
- Kosten- und Qualitätsziele**

Sehr geehrte Damen und Herren

Intergenerika ist die Vereinigung der führenden Generika- und Biosimilars-Firmen in der Schweiz. Wir fördern die Akzeptanz von Generika und Biosimilars durch Aufklärung von Medizinalpersonen, Fachpersonen, Krankenkassen und Patient/innen. Unsere Mitgliedsfirmen haben in der Schweiz mehr als 90 Prozent des Marktanteils bei Generika und Biosimilars und leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Kostendämmung im Schweizer Gesundheitswesen.

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 hat die Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 6. Mai 2025 eröffnet. Entsprechend lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Drastischste Systemeingriff seit Schaffung des KVG

Mittels vorliegender Vernehmlassung soll seit Schaffung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) der drastischste Systemeingriff auf Verordnungsebene umgesetzt werden.

Dies liegt einerseits in der Vorlage selbst, die den bisherigen Art. 54 KVG (Globalbudgetierung durch Genehmigungsbehörde) ersetzt. Dort war das Instrument der Globalbudgetierung als befristete ausserordentliche Massnahme vorgesehen, es wurde aber nie angewendet.

Es ist eindeutig, dass dieser Artikel vom Gesetzgeber mit dem Ziel gestrichen wurde, um massiver und nachhaltiger ins System eingreifen zu können. Obwohl verschiedene Verantwortungsträger/-innen den Terminus „Globalbudgetierung“ vehement bestreiten, ist

dieses Instrument nichts anderes als eine Form der Globalbudgetierung respektive der Deckelung von Gesundheitsausgaben.

Anders lässt es sich auch nicht erklären, dass die weniger invasive Variante im alten Art. 54 KVG aus dem Gesetz gestrichen wurde. Hinzu kommt, dass diese neue Regelung in einem erheblichen Spannungsfeld zu anderen Bestimmungen des KVG steht. Insbesondere zum im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1b eingeführten Art. 47c KVG (Überwachung der Kosten), notabene ohne dessen Wirkung abzuwarten und zu evaluieren.

Absatz 1 dieser Bestimmung hält fest:

¹ Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände sehen in den Bereichen, in denen sie einen Tarifvertrag nach Artikel 43 Absatz 4 abschliessen müssen, ein gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen vor.

Ferner legt Art. 47c Abs. 5 KVG Kriterien fest, die bei der Beurteilung der Kostenentwicklung zu berücksichtigen sind. Diese Kriterien stehen aber zu einem bedeutenden Teil nicht im Einklang mit der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ und dem vorliegenden Verordnungstext. Deshalb müsste die hier vorgelegte Ordnungsrevision so stark wie nur möglich darauf hinwirken, das Spannungsfeld zwischen Art. 47c KVG und der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ zu entschärfen und Rechtssicherheit zu schaffen.

Hierzu wären die höchstmögliche Konkretisierung bzw. die Präzisierung der Inhalte und weitgehende Vermeidung unbestimmter Rechtsbegriffe essenziell. Dies kann auf zweierlei Art und Weise getan werden: Einerseits durch umsichtige Redaktion der Verordnungsbestimmungen und andererseits durch optimale Nutzung des erläuternden Berichts als Auslegungshilfe.

Falls dieses Ziel nicht erreicht wird, drohen ein massiver Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit sowie zahlreiche Rechtsstreitigkeiten – und unter Umständen sogar Systemblockaden durch diese Vorlage. Ob das vom Parlament gesetzte Ziel der Kostendämpfung so erreicht würde, ist mehr als fraglich.

Mit anderen Worten werden Fehler in der Umsetzung der Revision „Kosten- und Qualitätsziele“ auf Verordnungsebene massive, negative Konsequenzen haben und erhebliche Kollateralschäden verursachen.

Keine separaten Ziele pro Kostenblock

Die Einführung im vorliegenden Verordnungsentwurf von separaten Zielen pro Kostenblock, insbesondere bei Arzneimitteln, ist aus staatspolitischer Sicht fragwürdig und systemisch unschlüssig. Die eidgenössischen Räte haben explizit beschlossen, dass keine separaten Ziele pro Kostenblock gebildet werden sollen. In Art. 54 und 54a des Entwurfs des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, die Mittel- und Gegenständeliste sowie für Leistungen vorgesehen. Diese beiden Artikel, insbesondere die Einrichtung von separaten Kostenblöcken in Art. 54a, wurden jedoch vom Parlament durch Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit I in der Sommersession 2022 im Nationalrat (31.05.22) abgelehnt:

«Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»¹

Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. Entsprechend wurden die Kostenblöcke nach erster Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats², als auch aus der Fahne des Ständerats³ entfernt, der dem Nationalrat gefolgt ist. Dass im Verordnungsentwurf nun eigenständige Kostengruppen und genau das kritisierte Silodenken wieder auftauchen, widerspricht dem Willen des Parlaments und untergräbt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses.

Ausserdem wurden in der Nationalratsdebatte auch die Umsetzung der Ziele klar definiert:

«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»¹

Es ist zu beachten, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Arzneimittel bereits regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft und eine Spezialitätenliste von vergüteten Arzneimitteln (separat von den Tarifverträgen) führt. Eine weitere separate Kontrollmöglichkeit wäre nicht nur doppelspurig, sondern auch mit den bestehenden Mechanismen inkompatibel. Unrealistische Ziele könnten die Versorgung, den Zugang zu essenziellen Arzneimitteln der Grundversorgung oder den Zugang zu kostengünstigen Behandlungen gefährden.

Darüber hinaus trägt die Generikaindustrie durch das Angebot von kostengünstigen therapeutischen Alternativen und im Rahmen der regelmässigen Preissenkungen zu jährlich wiederkehrenden Einsparungen von 700 Millionen Franken und mehr bei. An dieser Stelle erneut einzusparen, wäre unausgewogen und könnte negative Auswirkungen auf den Zugang zu einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung haben.

Potential der Vorlage bei Weitem nicht genutzt

Eine grundsätzliche Prüfung dieser Vorlage zeigt, dass damit das Potential zur Schaffung von Rechtssicherheit, Verhinderung von unnötiger Bürokratie und Rechtsstreitigkeiten sowie zur Entschärfung der erheblichen Spannungsfelder zu Art. 47c KVG bei weitem nicht genutzt wird.

Der äusserst spärliche erläuternde Bericht ist teilweise kaum länger als der entsprechende Verordnungstext und wird seiner Bezeichnung – nämlich zu erläutern – nicht gerecht. Der Verordnungstext enthält einige unbestimmte Rechtsbegriffe, die im erläuternden Bericht nicht im Sinne einer Präzisierung bzw. Konkretisierung definiert werden.

Auch das sehr heikle Verhältnis zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort erwähnt und somit auch nicht angegangen, was weiteren Rechtsunsicherheiten Tür und Tor öffnet.

Kommission falsch zusammengesetzt

Ob es sinnvoll ist, hier eine weitere beratende Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring zu schaffen, muss bezweifelt werden, zumal ja inhaltlich bereits in Art. 47c KVG ein ähnlicher Auftrag an Leistungserbringer und Versicherer erteilt wird und dieser nicht mit der Arbeit dieser neu zu schaffenden Kommission koordiniert ist.

Dies ist aber nicht mehr zu ändern, da vom Gesetzgeber beschlossen.

Wenn nun eine neue Kommission unumgänglich ist, dann sollte sie zumindest so zusammengesetzt werden, dass nicht von Anfang an Interessenskonflikte geschaffen werden.

Wie beispielsweise soll eine einzige Person die Interessen der öffentlichen Spitäler, der privaten Spitäler, der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Spitex-Organisationen und aller weiteren Leistungserbringer zielführend und korrekt vertreten? Kein einzelner Stakeholder-Vertreter / keine einzelne Stakeholder-Vertreterin kann das sachgerecht machen.

Mit dieser Marginalisierung der Mitsprache der Leistungserbringer auf eine Person ist ein Misserfolg vorprogrammiert. Es drohen Interessenskonflikte und Systemverzerrungen.

Bei Schaffung der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK wurde dieser Thematik deutlich besser Rechnung getragen durch vier Vertretungen der Leistungserbringer nach Bereichen.

Eine Differenzierung wäre für die neue Kommission umso wichtiger, da ihre Arbeit zu erheblichen Systemeingriffen führen wird, welche die einzelnen Leistungserbringer-Gruppen sehr unterschiedlich betreffen wird.

Ebenfalls kritisch zu beurteilen ist die Tatsache, dass die pharmazeutische Industrie nicht in dieser neuen Kommission in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vertreten sein soll, obwohl Arzneimittel als separater Kostenblock vorgeschlagen werden. Dies stellt eine einseitige Perspektive dar und führt zu einer unausgewogenen Entscheidungsfindung. Ausserdem erscheint unschlüssig, wieso hier neue Doppelspurigkeit in Form einer weiteren Kommission aufgebaut werden soll.

Wir empfehlen daher, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und die Zusammensetzung anzupassen, anstatt eine zusätzliche neue Kommission zu schaffen. Unabhängig davon ist eine angemessene Vertretung der pharmazeutischen Industrie als relevanter Stakeholder essenziell.

Fazit / Empfehlungen

Zusammenfassend ist folgendes festzuhalten:

1. Die Vorlage „Kosten- und Qualitätsziele“ ist eine der schwerwiegendsten und folgenreichsten seit Schaffung des KVG und bedarf deshalb besonders sorgfältiger Redaktion auf Verordnungsebene.

2. Die vorliegende Verordnungsrevision verpasst aufgrund einer viel zu offenen Formulierung des Verordnungstextes mit zahlreichen unklaren Passagen und unbestimmten Rechtsbegriffen und eines spärlichen erläuternden Berichts die Möglichkeit, einen massiven Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten sowie unter Umständen sogar Systemblockaden zu vermeiden.
3. Dem heiklen Spannungsfeld zu Art. 47c KVG wird mit keinem Wort Rechnung getragen.
4. Das Mandat der Eidgenössischen Qualitätskommission ist zu erweitern und die Zusammensetzung anzupassen, inkl. einer angemessenen Vertretung der pharmazeutischen Industrie, anstatt eine zusätzliche neue Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring zu schaffen.

Demgemäss beantragen wir Ihnen die Rücknahme und grundlegende Überarbeitung der Vorlage im Lichte unserer Empfehlungen.

Wir danken Ihnen im Voraus bestens für die wohlwollende Prüfung unserer Empfehlungen und bitten Sie um deren Berücksichtigung

Mit freundlichen Grüssen



Präsident Intergenerika
Thomas de Courten



Geschäftsführer Intergenerika
Dr. Lucas Schalch

1 [21.067 | Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen \(Kostenbremse-Initiative\). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag \(Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung\) | Amtliches Bulletin | Das Schweizer Parlament](#)

2 <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20210067/N11%20D.pdf> Art. 54

3 <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20210067/S2-22%20D.pdf> Art. 54

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none">a. die Entwicklung der Morbidität;b. den medizinisch-technischen Fortschritt;c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung;d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>

Begründung

Die Einführung im vorliegenden Verordnungsentwurf von separaten Zielen pro Kostenblock, insbesondere bei Arzneimitteln, ist aus staatspolitischer Sicht fragwürdig und systemisch unschlüssig. Die eidgenössischen Räte haben explizit beschlossen, dass keine separaten Ziele pro Kostenblock gebildet werden sollen. In Art. 54 und 54a des Entwurfs des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, die Mittel- und Gegenständeliste sowie für Leistungen vorgesehen. Diese beiden Artikel, insbesondere die Einrichtung von separaten Kostenblöcken in Art. 54a, wurden jedoch vom Parlament durch Annahme des Antrags der SGK-N Minderheit I in der Sommersession 2022 im Nationalrat (31.05.22) abgelehnt:

«Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»¹
Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. Entsprechend wurden die Kostenblöcke nach erster Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats², als auch aus der Fahne des Ständerats³ entfernt, der dem Nationalrat gefolgt ist. Dass im Verordnungsentwurf nun eigenständige Kostengruppen und genau das kritisierte Silodenken wieder auftauchen, widerspricht dem Willen des Parlaments und untergräbt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses.
Ausserdem wurden in der Nationalratsdebatte auch die Umsetzung der Ziele klar definiert:
«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»¹
Es ist zu beachten, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Arzneimittel bereits regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit prüft und eine Spezialitätenliste von vergüteten Arzneimitteln (separat von den Tarifverträgen) führt. Eine weitere separate Kontrollmöglichkeit wäre nicht nur doppelspurig, sondern auch mit den bestehenden Mechanismen inkompatibel. Unrealistische Ziele könnten die Versorgung, den Zugang zu essenziellen Arzneimitteln der Grundversorgung oder den Zugang zu kostengünstigen Behandlungen gefährden.
Darüber hinaus trägt die Generikaindustrie durch das Angebot von kostengünstigen therapeutischen Alternativen und im Rahmen der regelmässigen Preissenkungen zu jährlich wiederkehrenden Einsparungen von 700 Millionen Franken und mehr bei. An dieser Stelle erneut einzusparen, wäre unausgewogen und könnte negative Auswirkungen auf den Zugang zu einer kostengünstigen Gesundheitsversorgung haben.

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Ob es sinnvoll ist, hier eine weitere beratende Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring zu schaffen, muss bezweifelt werden, zumal ja inhaltlich bereits in Art. 47c KVG ein ähnlicher Auftrag an Leistungserbringer und Versicherer erteilt wird und dieser nicht mit der Arbeit dieser neu zu schaffenden Kommission koordiniert ist. Dies ist aber nicht mehr zu ändern, da vom Gesetzgeber beschlossen. Wenn nun eine neue Kommission unumgänglich ist, dann sollte sie zumindest so zusammengesetzt werden, dass nicht von Anfang an Interessenskonflikte geschaffen werden. Wie beispielsweise soll eine einzige Person die Interessen der öffentlichen Spitäler, der privaten Spitäler, der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Spitex-Organisationen und aller weiteren Leistungserbringer zielführend und korrekt vertreten? Kein einzelner Stakeholder-Vertreter / keine einzelne Stakeholder-Vertreterin kann das sachgerecht machen. Mit dieser Marginalisierung der Mitsprache der Leistungserbringer auf eine Person ist ein Misserfolg vorprogrammiert. Es drohen Interessenskonflikte und Systemverzerrungen. Bei Schaffung der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK wurde dieser Thematik deutlich besser Rechnung getragen durch vier Vertretungen der Leistungserbringer nach Bereichen. Eine Differenzierung wäre für die neue Kommission umso wichtiger, da ihre Arbeit zu erheblichen Systemeingriffen führen wird, welche die einzelnen Leistungserbringer-Gruppen sehr unterschiedlich betreffen wird. Ebenfalls kritisch zu beurteilen ist die Tatsache, dass die pharmazeutische Industrie nicht in dieser neuen Kommission in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vertreten sein soll, obwohl Arzneimittel als separater Kostenblock vorgeschlagen werden. Dies stellt eine einseitige Perspektive dar und führt zu einer unausgewogenen Entscheidungsfindung. Ausserdem erscheint unschlüssig, wieso hier neue Doppelspurigkeit in Form einer weiteren Kommission aufgebaut werden soll. Wir empfehlen daher, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und die Zusammensetzung anzupassen, anstatt eine zusätzliche neue Kommission zu schaffen. Unabhängig davon ist eine angemessene Vertretung der pharmazeutischen Industrie als relevanter Stakeholder essenziell.</p>

Schweizerischer Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH (SVDE)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Der SVDE dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Vorstand des SVDE nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Der SVDE spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Der SVDE erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.</p> <p>Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.</p> <p>Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ernährungsberater/innen, um die Attraktivität des Berufs und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden therapeutischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.</p> <p>Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die therapeutische Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der betroffenen Berufe führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens des SVDE eingegeben, weist der SVDE darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht des SVDE dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Der SVDE bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung. b. Ihr Tarif deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine unwirtschaftlichen Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, sind sie von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>

Begründung	<p>Zu Abs. 1 lit. a und b: Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c: Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a: Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b: Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern. Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen. Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gesteungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>
Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Gliederungstitel nach Art. 75
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	3a. KapitelMassnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. AbschnittKostenziele
Begründung	Umsetzung soll mit Augenmass umgesetzt werden, damit die Gesundheitsfachpersonen nicht durch unnötige zusätzliche bürokratische Aufwände von der eigentlichen Gesundheitsversorgung abgehalten werden.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer; d. das nachgewiesene Effizienzpotenzial; e. die demografische Entwicklung. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Die SVDE lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weisst der SVDE explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Der SVDE lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab.</p> <p>Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden.</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt der SVDE fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden. Zudem muss sichergestellt werden, dass insbesondere kleine Berufsgruppen bei der Zusammenstellung der Kommission angemessen berücksichtigt werden.</p> <p>Der SVDE betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»
Begründung	--

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Die VSÄG dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der VSÄG nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Die VSÄG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die VSÄG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nicht durch Massnahmen tangiert werden darf, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Die VSÄG dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der VSÄG nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Die VSÄG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die VSÄG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nicht durch Massnahmen tangiert werden darf, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. De</p>

Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. dies erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Anhang: VSÄG-stellungnahme-kvv-kosten-und-qualitaetsziele_final(1).pdf



Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/consultations)
Sion, le 27.04.2025

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?

☐ Zustimmung ☐ Eher Zustimmung ☐ Neutrale Haltung ☒ Eher Ablehnung ☐ Ablehnung ☐ Verzicht auf Stellungnahme

Die VSÄG dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der VSÄG nimmt wie folgt Stellung:

Die VSÄG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Die VSÄG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme VSÄG
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung

<p><i>Ersatz eines Ausdrucks</i> Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.</p>					
<p>Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),</p>					
<p>Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der VSÄG eingegeben, weist die VSÄG darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der VSÄG dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die VSÄG bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>3. Kapitel: Tarife und Preise</p>					
<p>1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag</p>					

<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p> <p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag: Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern: 2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur</u>, Sie sind <u>sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche <u>und betriebswirtschaftliche</u> Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die</p>
--	--

	<p>Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen</p> <p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis:</p> <p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife <u>nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG</u> sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>				
<p>Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

<p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung: Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>								
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						
<p><i>Gliederungstitel vor Art. 59f</i> 1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>									
<p><i>Gliederungstitel nach Art. 75</i> 3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung 1. Abschnitt Kostenziele</p>									

Art. 75a Gesamtziele

¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.

² Sie berücksichtigen namentlich:

- a. die Entwicklung der Morbidität;
- b. den medizinisch-technischen Fortschritt;
- c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung;
- d. das Effizienzpotenzial.

³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.

Ersatz eines Ausdrucks

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Zustimmung | <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung |
| <input type="checkbox"/> Enthaltung | <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung |

Änderungsantrag:

Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:

- c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;
- d. das nachgewiesene Effizienzpotenzial;
- e. die demografische Entwicklung.

Begründung:

Die VSÄG lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.

Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.

Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen

	<p>Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weisst die FMH explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>				
<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen</p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die VSÄG lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>				
<p>2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>					
<p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <p>a. eine Person die Leistungserbringer;</p> <p>b. eine Person die Kantone;</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

<p>c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft.</p> <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die FMH fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die FMH betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p>

<p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p>

	<p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>								
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert:</p> <p>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</p> <table border="1"> <tr> <td>Zuständiges Departement</td><td>Ausserparlamentarische Kommission</td></tr> <tr> <td>EDI</td><td>... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</td></tr> </table>	Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td></tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission								
EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung								
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung								
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung								

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der VSÄG eingegeben, weist die VSÄG darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der VSÄG dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die VSÄG bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>

Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die VSÄG lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die FMH explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>
------------	--

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Ersatz eines Ausdrucks ZustimmungZustimmung mit Anpassung EnthaltungAblehnung</p> <p>Änderungsantrag: --</p> <p>Begründung: Die VSÄG lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Ersatz eines Ausdrucks ZustimmungZustimmung mit Anpassung EnthaltungAblehnung</p> <p>Änderungsantrag: --</p> <p>Begründung: Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die FMH fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die FMH betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»
Begründung	--

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Neutrale Haltung
Begründung:	<p>Spitex Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung. Die im September 2023 vom Parlament verabschiedete KVG-Änderung sieht die Konkretisierung der Vorgaben von Kosten- und Qualitätszielen in der KVV vor. Dabei sollen insbesondere Ziele zum Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) festgelegt werden. Die Spitex-Organisationen erbringen OKP-Leistungen und sind daher von dieser KVV-Änderung betroffen.</p> <p>Allgemeine Bemerkungen Im Rahmen der künftig durch den Bundesrat festzulegenden Kostenziele gilt es unbedingt zu berücksichtigen, dass der Grundsatz ambulant vor stationär politisch gewollt und ein Kostenwachstum der ambulanten Pflege, auch aufgrund der demographischen Entwicklung, des medizinischen und pflegerischen Fortschritts (verbunden mit weniger langen stationären Aufenthalten) zu erwarten und erwünscht ist. Diesem Umstand muss bei der Festlegung von Zielen zwingend Rechnung getragen werden. Daher muss klar festgelegt werden, was die Nicht-Erreichung definierter Kostenziele genau bedeutet. Der Fokus auf einzelne Kostengruppen, wie in Art. 75b KVV vorgesehen, soll nicht dazu führen, dass diese Kostengruppen isoliert betrachtet werden, sondern, dass es zwischen den Kostengruppen oder Settings durchaus zu gewollten Kostenverschiebungen kommen kann. Unklar ist für Spitex Schweiz die Abgrenzung der Tätigkeiten und Aufgaben zwischen der neu zu schaffenden Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK, auch wenn eine gegenseitige Vertretung vorgesehen ist. Es bleibt der Eindruck, dass eine neue Kommission mit neuen (und teilweise überschneidenden Aufgaben?) nicht zwingend zu besserer Qualität und Kosteneffizienz führen, sondern insbesondere den administrativen Aufwand mit neuen Zielen und Massnahmen für Leistungserbringer(-Verbände) erhöhen. Zudem scheint die Zusammensetzung der EKKQ, die lediglich eine Person der Leistungserbringer über all die unterschiedlich funktionierenden Versorgungsettings vor-sieht, noch wenig durchdacht, auch wenn die Grundsätze der Besetzung bereits in Art. 54c KVG vorgegeben wird. Die Verknüpfung von Qualität und Kosten erachtet Spitex Schweiz im Grundsatz als richtig. Die KVG-Reform darf nicht auf eine reine Kostenzielvorlage reduziert werden.</p> <p>Kosten leiten sich ab aus der Gleichung «Menge * Preis = Kosten». Spitex Schweiz erwartet bei der Kostendiskussion eine tiefgründige Auseinandersetzung mit beiden Faktoren. Betrachtet man die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen (und ins-besondere in der Pflege) wird rasch deutlich, dass der zentrale Treiber für die Kosten nicht der Preis, sondern vor allem die Menge der erbrachten Leistungen waren. Vor diesem Hintergrund wird jede Diskussion unweigerlich auch eine über die Art der medizinischen Versorgung sein, die sich die Schweiz leisten will und kann.</p> <p>Im November 2024 wurde die Einführung der einheitlichen Finanzierung vom Stimmvolk beschlossen. Dies wird die Finanzierung insbesondere der ambulanten und stationären (Langzeit-)Pflege völlig neu organisieren. Inwiefern zwischen dieser KVV-Änderung u.a. mit Kriterien zu Kostenzielen und der anstehenden weiteren Verordnungsanpassungen aufgrund von EFAS-Überschneidungen oder allenfalls Gemeinsamkeiten bestehen, ist nicht ersichtlich und muss zwingend aufeinander abgestimmt werden.</p> <p>Gleichzeitig zu dieser Vernehmlassung fand die Vernehmlassung zum Entlastungspaket 2027 statt. Mit Befremden hat Spitex Schweiz die Verbindung zwischen den Kosten- und Qualitätszielen und den Beiträgen des Bundes an die Prämienverbilligung zur Kenntnis genommen. Spitex Schweiz lehnt eine solche Verbindung zum jetzigen Zeitpunkt ab. Dass in den Erläuterungen zum Entlastungspaket überdies nur noch von Kostenzielen gesprochen und die Qualitätsziele nicht erwähnt werden, lässt Skepsis auf-kommen, inwiefern in dieser Vorlage die Qualität eine Rolle spielen soll. Spitex Schweiz ist der Ansicht, dass zunächst die Umsetzung der Kosten- und Qualitätsziele beschlossen und durchgeführt wird. Weiterführende Abhängigkeiten sollten nicht vor der Einführung der Kosten- und Qualitätsziele geprüft werden.</p>

Spitex Schweiz · Effingerstrasse 33 · 3008 Bern

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
3003 Bern

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

6. Mai 2025

**Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
(Kosten- und Qualitätsziele); Stellungnahme von Spitex Schweiz**

Sehr geehrte Damen und Herren

Spitex Schweiz bedankt sich für die Einladung zur Vernehmlassung.

Die im September 2023 vom Parlament verabschiedete KVG-Änderung sieht die Konkretisierung der Vorgaben von Kosten- und Qualitätszielen in der KVV vor. Dabei sollen insbesondere Ziele zum Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) festgelegt werden. Die Spitex-Organisationen erbringen OKP-Leistungen und sind daher von dieser KVV-Änderung betroffen.

Allgemeine Bemerkungen

Im Rahmen der künftig durch den Bundesrat festzulegenden Kostenziele gilt es unbedingt zu berücksichtigen, dass der Grundsatz ambulant vor stationär politisch gewollt und ein Kostenwachstum der ambulanten Pflege, auch aufgrund der demographischen Entwicklung, des medizinischen und pflegerischen Fortschritts (verbunden mit weniger langen stationären Aufenthalten) zu erwarten und erwünscht ist. Diesem Umstand muss bei der Festlegung von Zielen zwingend Rechnung getragen werden. Daher muss klar festgelegt werden, was die Nicht-Erreichung definierter Kostenziele genau bedeutet. Der Fokus auf einzelne Kostengruppen, wie in Art. 75b KVV vorgesehen, soll nicht dazu führen, dass diese Kostengruppen isoliert betrachtet werden, sondern, dass es zwischen den Kostengruppen oder Settings durchaus zu gewollten Kostenverschiebungen kommen kann.

Unklar ist für Spitex Schweiz die Abgrenzung der Tätigkeiten und Aufgaben zwischen der neu zu schaffenden Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission EQK, auch wenn

eine gegenseitige Vertretung vorgesehen ist. Es bleibt der Eindruck, dass eine neue Kommission mit neuen (und teilweise überschneidenden Aufgaben?) nicht zwingend zu besserer Qualität und Kosteneffizienz führen, sondern insbesondere den administrativen Aufwand mit neuen Zielen und Massnahmen für Leistungserbringer(-Verbände) erhöhen. Zudem scheint die Zusammensetzung der EKKQ, die lediglich eine Person der Leistungserbringer über all die unterschiedlich funktionierenden Versorgungsettings vorsieht, noch wenig durchdacht, auch wenn die Grundsätze der Besetzung bereits in Art. 54c KVG vorgegeben wird.

Die Verknüpfung von Qualität und Kosten erachtet Spitex Schweiz im Grundsatz als richtig. Die KVG-Reform darf nicht auf eine reine Kostenzielvorlage reduziert werden.

Kosten leiten sich ab aus der Gleichung «Menge * Preis = Kosten». Spitex Schweiz erwartet bei der Kostendiskussion eine tiefgründige Auseinandersetzung mit beiden Faktoren. Betrachtet man die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen (und insbesondere in der Pflege) wird rasch deutlich, dass der zentrale Treiber für die Kosten nicht der Preis, sondern vor allem die Menge der erbrachten Leistungen waren. Vor diesem Hintergrund wird jede Diskussion unweigerlich auch eine über die Art der medizinischen Versorgung sein, die sich die Schweiz leisten will und kann.

Im November 2024 wurde die Einführung der einheitlichen Finanzierung vom Stimmvolk beschlossen. Dies wird die Finanzierung insbesondere der ambulanten und stationären (Langzeit-)Pflege völlig neu organisieren. Inwiefern zwischen dieser KVV-Änderung u.a. mit Kriterien zu Kostenzielen und der anstehenden weiteren Verordnungsanpassungen aufgrund von EFAS-Überschneidungen oder allenfalls Gemeinsamkeiten bestehen, ist nicht ersichtlich und muss zwingend aufeinander abgestimmt werden.

Gleichzeitig zu dieser Vernehmlassung fand die Vernehmlassung zum Entlastungspaket 2027 statt. Mit Befremden hat Spitex Schweiz die Verbindung zwischen den Kosten- und Qualitätszielen und den Beiträgen des Bundes an die Prämienverbilligung zur Kenntnis genommen. Spitex Schweiz lehnt eine solche Verbindung zum jetzigen Zeitpunkt ab. Dass in den Erläuterungen zum Entlastungspaket überdies nur noch von Kostenzielen gesprochen und die Qualitätsziele nicht erwähnt werden, lässt Skepsis aufkommen, inwiefern in dieser Vorlage die Qualität eine Rolle spielen soll. Spitex Schweiz ist der Ansicht, dass zunächst die Umsetzung der Kosten- und Qualitätsziele beschlossen und durchgeführt wird. Weiterführende Abhängigkeiten sollten nicht vor der Einführung der Kosten- und Qualitätsziele geprüft werden.

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln

Art. 28 Abs. 1 KVV

In der KVG-Revision sind in Art. 21 Abs. 2 die Buchstaben d und e bereits ergänzt, die Anpassung in Art. 28 Abs. 1 KVV ist daher eine Formsache. Trotzdem gilt es zu bedenken, dass die zusätzlichen weiterzugebenden Daten zu Festlegung der Kostenziele (Bst. d) und zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz (Bst. e) allenfalls zu erhöhtem Aufwand von Seiten Versicherer oder Leistungserbringer führen kann,

ohne dass dabei die Qualität der Einzelleistung beim Klienten/bei der Klientin erhöht wird. Es soll darauf geachtet werden, dass nur das notwendige Minimum an Datenerhebung erfolgt und dies in Abstimmung mit anderen Vorlagen geschieht (z.B. Verordnungen zu EFAS, Once-only-Prinzip).

Art. 59c KVV

Aus Sicht von Spitex Schweiz ist es zwingend, dass ein Tarif kostendeckend ist, so sagt es auch die EFAS-Vorlage. Aus diesem Grund ist der Begriff «höchstens» in Art. 59 ca, Abs. 1 lit. a und lit. b nicht ausreichend und sollte gemäss Antrag (siehe unten) ersetzt werden.

Lit. c besagt, dass der Wechsel eines Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf. Wir legen Wert auf die Feststellung, dass die Finanzierung der Spitex-Pflegeleistungen heute nicht einem Tarifmodell erfolgt, sondern anderweitig in der KLV geregelt ist. Es handelt sich mit der Umsetzung von EFAS als um ein völlig neues Tarifmodell und nicht um einen Wechsel. In diesem Sinn hat unseres Erachtens lit. c keine Bedeutung für die neu zu schaffenden Tarifverträge im Bereich der ambulanten Pflege im Rahmen von EFAS.

Antrag:

¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:

- a. Ihr Tarif **deckt** die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung.
- b. Ihr Tarif **deckt** die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.

Art. 59c^{bis} KVV

Spitex-Pflegeleistungen werden heute nicht nach Pauschalen abgegolten. Grundsätzlich begrüsst Spitex Schweiz die Berücksichtigung der Intensität der Leistungserbringung. So erfordern Leistungen bei Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen oftmals mehr Zeit.

Art. 59c^{ter} KVV

Der im Entwurf unterbreitete Inhalt fokussiert auf die Tarifverträge in bereits bestehenden Settings. Welche Inhalte für das Genehmigungsgesuch des neuen Tarifstrukturvertrags der Pflege (Pflegeheim, Spitex, selbstständige Pflegefachpersonen) nötig und sinnvoll sind, ist noch zu klären.

Art. 59d KVV

Ziel dieses Artikels muss es sein, dass Tarifverträge aktuell sind und bleiben, also bei Bedarf angepasst werden. Andererseits ist es wichtig, dass mit der Pflicht der Überprüfung nicht unnötig administrativer Aufwand nötig wird. Allenfalls macht es Sinn, Fristen festzulegen, oder wenn dies nicht der Fall ist, im Ermessen der Vertragspartner liegt, die Fristen gemeinsam festzulegen oder festzusetzen.

Art. 75a KVV

Der Verweis auf «eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung» wird begrüsst. Hingegen zeigt die Aufzählung in Abs. 2, Bst. a bis d., dass die Pflege hier nicht genügend mitgedacht wurde. Gerade die Entwicklung der Pflegekosten ist nicht nur von der «wirtschaftlichen Entwicklung und der Lohn- und Preisentwicklung» (Art. 75a, Abs. 1, lit. c) abhängig, sondern auch von anderen Faktoren, wie die demografische und die gesellschaftliche Entwicklung (zunehmende Einpersonenhaushalte und daher wegfallende Unterstützung durch das nahe familiäre Umfeld), Multimorbidität der Klient:innen im hohen Alter, die länger zuhause versorgt werden (können) und mehr Unterstützung und Pflege benötigen. Zudem ist der medizinisch-technische Fortschritt (Art. 75a, Abs. 1, lit. b) im Bereich der Pflege nicht per se mit einem beachtlichen Effizienzpotential einhergehend, sondern eher klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen können nicht einfach digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden.

Auch an dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass die Kosten sich aus den Faktoren «Preis» und «Menge» ergeben. Beide Faktoren sind entsprechend genügend abzubilden.

Eine Koordination der Kosten- mit den Qualitätszielen macht Sinn, nicht das eine einseitige Betrachtung überwiegt.

Antrag

In den Gesamtzielen müssen auch Faktoren der Menge wie z.B. die demografische Entwicklung oder politisch gewollte (künftige) Entwicklungen wie die Verlagerung von stationär zu ambulant oder unerwartete Entwicklungen (wie z.B. Pandemien und andere ausserordentliche Ereignisse) sowie sozialpolitische Entwicklungen (z.B. Prekariisierung) verankert werden.

Art. 75b KVV

Grundsätzlich fragt sich, inwiefern nationale Kostenziele in einem Setting (Pflege zuhause) sinnvoll sind, wenn ein grosser Teil davon unter ärztlicher Anordnung erfolgt und nach heutigem Finanzierungssystem, durch einen beträchtlichen Teil der Kantone/Gemeinden abgegolten wird.

Einerseits macht eine getrennte Betrachtung von Kostenzielen nach Kostentruppen Sinn, da diese in den unterschiedlichen Settings nicht denselben Gesetzmässigkeiten folgen. Andererseits verhindert eine Unterteilung in unterschiedliche Kostengruppen gerade die settingübergreifende Betrachtung, dass in einem Bereich eine Kostenentwicklung politisch gewollt ist, da in einem anderen Setting damit Einsparungen möglich sind. Wie genau die unterschiedlichen Settings durch eine Vertretung der Leistungserbringer (siehe nachfolgende Bemerkung zu Art. 75ca) abgedeckt werden sollen, ist nicht nachvollziehbar.

Spitex Schweiz kann auf der einen Seite nachvollziehen, dass der Bundesrat die Ziele pro Kostengruppe vorsieht. Betroffen sind gemäss dem Entwurf die grössten Kostenblöcke der OKP 2023 (Arzt ambulant: 22%, Spital stationär 19%, Medikamente 22%, Spital ambulant 14%). Gleichzeitig ist nicht verständlich, weshalb darüber hinaus einzig die Leistungen der ambulanten und stationären Pflege aufgeführt werden. Andere –

teilweise höhere OKP-Kostenblöcke werden dagegen ausgeschlossen. Der Umgang mit dem Kostenblock «Übrige Leistungen», welcher auch abzüglich der ambulanten Pflege immer noch knapp 15% der OKP-Kosten ausmacht, muss diskutiert werden.

Antrag

Überprüfung der Kostenblöcke.

Art. 75c KVV

Der erläuternde Bericht hält fest (Seite 10), dass Kommissionen, wie die EKKQ aus bis zu 15 Personen bestehen können. In der vorgeschlagenen Zusammensetzung scheint die Diversität der verschiedenen Leistungserbringer (auch gemäss der in Art. 75b aufgeführten Kostengruppen) zu wenig berücksichtigt. Die Finanzierer der Leistungen sind hingegen mit zwei Personen vertreten (Versicherer und Kantone). Daher beantragt Spitex Schweiz die Vertretung der Leistungserbringer durch ebenfalls zwei Personen, um das Gleichgewicht zu halten.

Aufgrund der Breite des Themas wäre es auch denkbar, die Grösse der Kommission auf die Maximalzahl von 15 Mitgliedern zu erweitern, um möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen.

Unabhängig davon, ob der Bundesrat diesem Antrag entspricht oder nicht, sollte die Auswahl der Vertretung der Leistungserbringer sorgfältig vorgenommen werden. Es gilt zu vermeiden, dass am Schluss eine Vertretung des stärksten Verbands oder des grössten Kostenblockes gewählt wird. Spitex Schweiz rät deshalb von einer reinen Verbandsvertretung ab und schlägt vor, hier Personen zu wählen, die über Erfahrungen in verschiedenen Bereichen verfügen und insbesondere auch ein Verständnis für eine übergreifende Sichtweise mitbringen. Bei einer reinen Standesvertretung wäre die Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer nicht gegeben.

Antrag

*Abs. 2, lit. a: **zwei** Personen der Leistungserbringer;*

Art. 75 d KVV

Die EKKQ hat die u.a. die Aufgabe, die Kosten systematisch und kontinuierlich zu überwachen und sie gibt basierend darauf Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. Es ist wichtig, dass diese Aufgaben zwingend mit anderen Aufgaben, die ebenfalls zur Kostenüberwachung vorgesehen sind, stattfinden und koordiniert sind. Es sind dies z.B. notwendige Überprüfungs- und Anpassungspflichten der Tarifverträge (Art. 59d KVV): Massnahmen, die auf dasselbe Ziel ausgerichtet sind, namentlich die Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings. Diese müssen koordiniert und aufeinander abgestimmt sein.

Art. 75 f KVV

Eine klare und gute Koordination der Arbeiten der EKKQ und EQK ist zwingend notwendig. Bei der Erarbeitung der Geschäftsordnung und Pflichtenhefte sollen Doppelspurigkeiten insbesondere, was die Qualitätsziele betrifft, unbedingt verhindert werden.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anträge und Anliegen und stehen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Spitex Schweiz



Cornelis Kooijman
Co-Geschäftsführer



Patrick Imhof
Leiter Politik

Spitex Schweiz ist der nationale Dachverband von Spitex-Kantonalverbänden und weiteren Organisationen für professionelle Pflege und Unterstützung zu Hause. Er setzt sich auf nationaler Ebene für die Interessen der Mitglieder und deren lokalen Spitex-Organisationen ein und stellt Dienstleistungen für die gesamte Branche zur Verfügung. Rund 400 Organisationen mit über 40'000 Mitarbeitenden pflegen und betreuen Menschen jeden Alters, damit diese weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Unsere Organisationen versorgen rund drei Viertel der Spitex-Klientinnen und -Klienten in der ganzen Schweiz. www.spitex.ch

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Les assureurs transmettent régulièrement à l'OFSP, conformément à l'art. 21, al. 2, let. a à e, LAMal, les données suivantes par assuré:</p> <p>6 Afin de limiter les coûts, l'OFSP peut apparier les données visées à l'al. 1 avec d'autres sources de données pour autant que l'accomplissement des tâches visées à l'art. 21, al. 2, let. a à e, LAMal le requière. Il ne peut les apparier pour accomplir d'autres tâches que si les données visées à l'al. 1 ont été rendues anonymes.</p>
Begründung	<p>Art. 28 Abs. 1 KVV</p> <p>In der KVG-Revision sind in Art. 21 Abs. 2 die Buchstaben d und e bereits ergänzt, die Anpassung in Art. 28 Abs. 1 KVV ist daher eine Formsache. Trotzdem gilt es zu bedenken, dass die zusätzlichen weiterzugebenden Daten zu Festlegung der Kostenziele (Bst. d) und zur Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz (Bst. e) allenfalls zu erhöhtem Aufwand von Seiten Versicherer oder Leistungserbringer führen kann, ohne dass dabei die Qualität der Einzelleistung beim Klienten/bei der Klientin erhöht wird. Es soll darauf geachtet werden, dass nur das notwendige Minimum an Datenerhebung erfolgt und dies in Abstimmung mit anderen Vorlagen geschieht (z.B. Verordnungen zu EFAS, Once-only-Prinzip).</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung. b. Ihr Tarif deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Art. 59c KVV</p> <p>Aus Sicht von Spitex Schweiz ist es zwingend, dass ein Tarif kostendeckend ist, so sagt es auch die EFAS-Vorlage. Aus diesem Grund ist der Begriff «höchstens» in Art. 59 ca, Abs. 1 lit. a und lit. b nicht ausreichend und sollte gemäss Antrag (siehe unten) ersetzt werden.</p> <p>Lit. c besagt, dass der Wechsel eines Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf. Wir legen Wert auf die Feststellung, dass die Finanzierung der Spitex-Pflegeleistungen heute nicht einem Tarifmodell erfolgt, sondern anderweitig in der KLV geregelt ist. Es handelt sich mit der Umsetzung von EFAS als um ein völlig neues Tarifmodell und nicht um einen Wechsel. In diesem Sinn hat unseres Erachtens lit. c keine Bedeutung für die neu zu schaffenden Tarifverträge im Bereich der ambulanten Pflege im Rahmen von EFAS.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Spitex-Pflegeleistungen werden heute nicht nach Pauschalen abgegolten. Grundsätzlich begrüsst Spitex Schweiz die Berücksichtigung der Intensität der Leistungserbringung. So erfordern Leistungen bei Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen oftmals mehr Zeit.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Art. 59cter KVV Der im Entwurf unterbreitete Inhalt fokussiert auf die Tarifverträge in bereits bestehenden Settings. Welche Inhalte für das Genehmigungsgesuch des neuen Tarifstrukturvertrags der Pflege (Pflegeheim, Spitex, selbstständige Pflegefachpersonen) nötig und sinnvoll sind, ist noch zu klären.
Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Art. 59d KVV Ziel dieses Artikels muss es sein, dass Tarifverträge aktuell sind und bleiben, also bei Bedarf angepasst werden. Andererseits ist es wichtig, dass mit der Pflicht der Überprüfung nicht unnötig administrativer Aufwand nötig wird. Allenfalls macht es Sinn, Fristen festzulegen, oder wenn dies nicht der Fall ist, im Ermessen der Vertragspartner liegt, die Fristen gemeinsam festzulegen oder festzusetzen.
Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Pour fixer les objectifs en matière de coûts des prestations (art. 54 et 54a LAMal) applicables à l'ensemble des coûts, le Conseil fédéral et les cantons se fondent sur les coûts nécessaires pour couvrir les besoins médicaux de manière à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. 2 Ils tiennent notamment compte des facteurs suivants: a. l'évolution de la morbidité; b. les progrès médico-techniques; c. l'évolution de la situation économique, du niveau des salaires et des prix; d. les possibilités de gain d'efficience. 3 Le Conseil fédéral coordonne les objectifs en matière de coûts avec les objectifs de qualité au sens de l'art. 58 LAMal.
Begründung	Der Verweis auf «eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung» wird begrüsst. Hingegen zeigt die Aufzählung in Abs. 2, Bst. a bis d., dass die Pflege hier nicht genügend mitgedacht wurde. Gerade die Entwicklung der Pflegekosten ist nicht nur von der «wirtschaftlichen Entwicklung und der Lohn- und Preisentwicklung» (Art. 75a, Abs. 1, lit. c) abhängig, sondern auch von anderen Faktoren, wie die demografische und die gesellschaftliche Entwicklung (zunehmende Einpersonenhaushalte und daher wegfallende Unterstützung durch das nahe familiäre Umfeld), Multimorbidität der Klient:innen im hohen Alter, die länger zuhause versorgt werden (können) und mehr Unterstützung und Pflege benötigen. Zudem ist der medizinisch-technische Fortschritt (Art. 75a, Abs. 1, lit. b) im Bereich der Pflege nicht per se mit einem beachtlichen Effizienzpotential einhergehend, sondern eher klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen können nicht einfach digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden. Auch an dieser Stelle sei nochmals erwähnt, dass die Kosten sich aus den Faktoren «Preis» und «Menge» ergeben. Beide Faktoren sind entsprechend genügend abzubilden. Eine Koordination der Kosten- mit den Qualitätszielen macht Sinn, nicht das eine einseitige Betrachtung überwiegt. Antrag: In den Gesamtzielen müssen auch Faktoren der Menge wie z.B. die demografische Entwicklung oder politisch gewollte (künftige) Entwicklungen wie die Verlagerung von stationär zu ambulant oder unerwartete Entwicklungen (wie z.B. Pandemien und andere ausserordentliche Ereignisse) sowie sozialpolitische Entwicklungen (z.B. Prekarisierung) verankert werden.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Le Conseil fédéral fixe des objectifs en matière de coûts pour les groupes de coûts suivants notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. traitements hospitaliers; b. traitements ambulatoires à l'hôpital; c. traitements ambulatoires par des médecins hors de l'hôpital; d. médicaments; e. soins dispensés dans un établissement médico-social ou à domicile.
Begründung	<p>Art. 75b KVV</p> <p>Grundsätzlich fragt sich, inwiefern nationale Kostenziele in einem Setting (Pflege zuhause) sinnvoll sind, wenn ein grosser Teil davon unter ärztlicher Anordnung erfolgt und nach heutigem Finanzierungssystem, durch einen beträchtlichen Teil der Kantone/Gemeinden abgegolten wird. Einerseits macht eine getrennte Betrachtung von Kostenzielen nach Kostentruppen Sinn, da diese in den unterschiedlichen Settings nicht denselben Gesetzmässigkeiten folgen. Andererseits verhindert eine Unterteilung in unterschiedliche Kostengruppen gerade die settingübergreifende Betrachtung, dass in einem Bereich eine Kostenentwicklung politisch gewollt ist, da in einem anderen Setting damit Einsparungen möglich sind. Wie genau die unterschiedlichen Settings durch eine Vertretung der Leistungserbringer (siehe nachfolgende Bemerkung zu Art. 75ca) abgedeckt werden sollen, ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>Spitex Schweiz kann auf der einen Seite nachvollziehen, dass der Bundesrat die Ziele pro Kostengruppe vorsieht. Betroffen sind gemäss dem Entwurf die grössten Kostenblöcke der OKP 2023 (Arzt ambulant: 22%, Spital stationär 19%, Medikamente 22%, Spital ambulant 14%). Gleichzeitig ist nicht verständlich, weshalb darüber hinaus einzig die Leistungen der ambulanten und stationären Pflege aufgeführt werden. Andere – teilweise höhere OKP-Kostenblöcke werden dagegen ausgeschlossen. Der Umgang mit dem Kostenblock «Übrige Leistungen», welcher auch abzüglich der ambulanten Pflege immer noch knapp 15% der OKP-Kosten ausmacht, muss diskutiert werden.</p> <p>Antrag: Überprüfung der Kostenblöcke.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.zwei Personen die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Art. 75c KVV</p> <p>Der erläuternde Bericht hält fest (Seite 10), dass Kommissionen, wie die EKKQ aus bis zu 15 Personen bestehen können. In der vorgeschlagenen Zusammensetzung scheint die Diversität der verschiedenen Leistungserbringer (auch gemäss der in Art. 75b aufgeführten Kostengruppen) zu wenig berücksichtigt. Die Finanziierer der Leistungen sind hingegen mit zwei Personen vertreten (Versicherer und Kantone). Daher beantragt Spitex Schweiz die Vertretung der Leistungserbringer durch ebenfalls zwei Personen, um das Gleichgewicht zu halten.</p> <p>Aufgrund der Breite des Themas wäre es auch denkbar, die Grösse der Kommission auf die Maximalzahl von 15 Mitgliedern zu erweitern, um möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen.</p> <p>Unabhängig davon, ob der Bundesrat diesem Antrag entspricht oder nicht, sollte die Auswahl der Vertretung der Leistungserbringer sorgfältig vorgenommen werden. Es gilt zu vermeiden, dass am Schluss eine Vertretung des stärksten Verbands oder des grössten Kostenblockes gewählt wird. Spitex Schweiz rät deshalb von einer reinen Verbandsvertretung ab und schlägt vor, hier Personen zu wählen, die über Erfahrungen in verschiedenen Bereichen verfügen und insbesondere auch ein Verständnis für eine übergreifende Sichtweise mitbringen. Bei einer reinen Standesvertretung wäre die Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer nicht gegeben.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Art. 75 d KVV</p> <p>Die EKKQ hat die u.a. die Aufgabe, die Kosten systematisch und kontinuierlich zu überwachen und sie gibt basierend darauf Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. Es ist wichtig, dass diese Aufgaben zwingend mit anderen Aufgaben, die ebenfalls zur Kostenüberwachung vorgesehen sind, stattfinden und koordiniert sind. Es sind dies z.B. notwendige Überprüfungs- und Anpassungspflichten der Tarifverträge (Art. 59d KVV): Massnahmen, die auf dasselbe Ziel ausgerichtet sind, namentlich die Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings. Diese müssen koordiniert und aufeinander abgestimmt sein.</p>

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Art. 75 f KVV</p> <p>Eine klare und gute Koordination der Arbeiten der EKKQ und EQK ist zwingend notwendig. Bei der Erarbeitung der Geschäftsordnung und Pflichtenhefte sollen Doppelspurigkeiten insbesondere, was die Qualitätsziele betrifft, unbedingt verhindert werden.</p>

Swiss Nurse Leaders

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Verzicht auf Stellungnahme
Begründung:	Swiss Nurse Leaders verzichtet in diesem Fall auf eine eigene Stellungnahme und verweist auf die Stellungnahmen der Arbeitgeberverbände.

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
-------------------------------	----------------

Begründung:

Die UNION dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:

Die UNION spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Die UNION erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges, pluralistisches Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Wünsche der Patientinnen und Patienten (B., dass 30.4 Prozent aller Inländer ab 15 Jahren Komplementärmedizin beanspruchen, Quelle: Gesundheitsbefragung BFS 2022 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.30305933.html>), Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität und pluralistischen Behandlungsoptionen sind strikte abzulehnen.

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. dies erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität der Therapievelfalt und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.



Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen
des sociétés suisses de médecine complémentaire
delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare
of associations of Swiss physicians for complementary medicine

Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens

an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](https://www.gate.bag.admin.ch/consultations/ui/home) <https://www.gate.bag.admin.ch/consultations/ui/home>

Stand 05.05.2025 / Ansprechperson UNION: Dr. med. Gisela Etter / etter.praxis@bluewin.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?				
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Eher Zustimmung	<input type="checkbox"/> Neutrale Haltung	<input checked="" type="checkbox"/> Eher Ablehnung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Verzicht auf Stellungnahme				
Die UNION dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:				
<p>Die UNION spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die UNION erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges, pluralistisches Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p>				

UNION, Postfach 3065, 6002 Luzern
Tel. +41 41 368 58 05
info@unioncomed.ch
www.unioncomed.ch

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. **Wünsche der Patientinnen und Patienten** (z.B., dass 30.4 Prozent aller Inländer ab 15 Jahren Komplementärmedizin beanspruchen, Quelle: Gesundheitsbefragung BFS 2022 <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.30305933.html>), **Behandlungsqualität** und **Patientensicherheit** finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität **und pluralistischen Behandlungsoptionen** sind strikte abzulehnen.

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität, **der Therapievelfalt** und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme UNION
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

<p><i>Ersatz eines Ausdrucks</i> <i>Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.</i></p>					
<p>Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),</p>					
<p>Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die UNION darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der UNION dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Die UNION bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>3. Kapitel: Tarife und Preise</p>					

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

<p>1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag</p>	
<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p> <p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.</p> <p>b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.</p> <p>c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.</p> <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien.</p> <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <p>a. Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken.</p> <p>b. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken.</p> <p>c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen.</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern:</p> <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur</u>, Sie sind <u>sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche <u>und betriebswirtschaftliche</u> Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten</u>.</p>

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.

Begründung:

Zu Abs. 1 lit. a und b:

Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

Zu Abs. 1 lit. c:

Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).

Zu Abs. 2 und lit. a:

Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.

Zu Abs. 2 lit. b:

Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.

Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen

	<p>Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife <u>nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG</u> sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

	<p>Begründung:</p> <p>Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>								
<p>Art. 59^{cter} Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none">a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag;c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG;d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs;e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten;f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						
<p>Art. 59^{cquater} Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

<p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>								
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f</p> <p>1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>									
<p>Gliederungstitel nach Art. 75</p> <p>3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p> <p>1. Abschnitt Kostenziele</p>									

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

Art. 75a Gesamtziele

¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.

² Sie berücksichtigen namentlich:

- a. die Entwicklung der Morbidität;
- b. den medizinisch-technischen Fortschritt;
- c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung;
- d. das Effizienzpotenzial.

³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.

Ersatz eines Ausdrucks

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Zustimmung | <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung |
| <input type="checkbox"/> Enthaltung | <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung |

Änderungsantrag:

Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:

- c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;
- d. das nachgewiesene Effizienzpotenzial;
- e. die demografische Entwicklung.

Begründung:

Die UNION lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.

Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.

Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen

	<p>Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die UNION explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>				
<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen</p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die UNION lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

	<p>Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>				
2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung					
<p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <p>a. eine Person die Leistungserbringer;</p> <p>b. eine Person die Kantone;</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

<p>c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft.</p> <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die UNION fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die UNION betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p>

UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

<p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p>

	<p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>						
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Zuständiges Departement</td><td>Ausserparlamentarische Kommission</td></tr> </table> <p>EDI ... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>	Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission						
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung						

Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>unimedsuisse fordert:</p> <p>unimedsuisse weist die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Obwohl wir die Klärung bestimmter Elemente begrüssen, wie z. B. die Präzisierung des Inhalts eines Genehmigungsantrags für Tarifverträge, die der Bundesrat vorgelegt werden, bleiben zu viele Themen hinsichtlich der Auswirkungen ihrer Umsetzung unklar. Wir befürchten, dass diese Revision für die Universitätsspitäler viel administrativen Mehraufwand bringen wird, ohne dass ein Mehrwert daraus für das Gesundheitssystem resultiert. unimedsuisse fordert eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs. Insbesondere die im Folgenden genannten Punkte müssen geklärt und gegebenenfalls korrigiert/präzisiert werden.</p>

Anhang: unimedsuisse_Stellungnahme_KVV_Kosten- und Qualit_tsziele_DE.pdf

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

Eingereicht per Plattform *Consultations*

Ort, Datum: Bern, 1. Mai 2025
Ansprechpartnerin: Sandra Laubscher

Direktwahl: 031 306 93 85
E-Mail: sandra.laubscher@unimedsuisse.ch

Stellungnahme von unimedsuisse zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur Revision der KVV: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele).

Der Verband Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse) vertritt die Interessen der fünf Universitäts-spitäler und der fünf medizinischen Fakultäten der Schweiz auf nationaler Ebene. unimedsuisse nimmt die Möglichkeit zur Stellungnahme wahr und äussert sich im Namen ihrer Mitglieder zur Vorlage.

unimedsuisse fordert:

unimedsuisse weist die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Obwohl wir die Klärung bestimmter Elemente begrüssen, wie z. B. die Präzisierung des Inhalts eines Genehmigungsantrags für Tarifverträge, die dem Bundesrat vorgelegt werden, bleiben zu viele Themen hinsichtlich der Auswirkungen ihrer Umsetzung unklar. Wir befürchten, dass diese Revision für die Universitätsspitäler viel administrativen Mehraufwand bringen wird, ohne dass ein Mehrwert daraus für das Gesundheitssystem resultiert.

unimedsuisse fordert eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs. Insbesondere die im Folgenden genannten Punkte müssen geklärt und gegebenenfalls korrigiert/präzisiert werden.

Begründung

1. Grundsätze für Tarifverträge (Art. 59c ff. KVV)

Grundsätzlich ist die im vorliegenden Entwurf enthaltene Klarstellung zu begrüssen, welche Inhalte ein Genehmigungsgesuch an den Bundesrat umfassen müssen. Die in den Artikeln 59c ff. KVV vorgesehenen Regelungen werden jedoch unweigerlich zu zusätzlichen Aufwendungen führen, die die Kosten der Universitätsspitäler erheblich erhöhen und die Genehmigung und das Inkrafttreten der Tarifverträge weiter verzögern.

Die Universitätsspitäler benötigen nicht «höchstens», sondern generell eine sachgerechte Tarifierung, um die Qualität weiterhin hochzuhalten. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

Art. 59c Abs. 1 Bst. a und b KVV

- Streichen von «...darf höchstens... decken.»
- Hinzufügen des Begriffs «...deckt...»

Weiter gehen die Vorgaben aus Sicht von unimedsuisse zu weit und führen zu administrativem Mehraufwand. Ausserdem ist es unklar, was mit «die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag» gemeint ist (Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b KVV). Im Interesse der Rechtssicherheit ist dieser Punkt zu präzisieren oder ersatzlos zu streichen.

Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b, d, e und f KVV

- Buchstabe b: präzisieren oder ersatzlos streichen
- Streichen der Buchstaben d und e
- Buchstabe f: Streichen des Begriffs «...ausführliche...»

Bei der Genehmigung eines Tarifvertrags über leistungsbezogene Pauschalen (Art. 59 c^{ter} Abs. 2 KVV) ist unklar, was mit «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» gemeint ist. In der französischen Version ist von « y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation » die Rede. Dieser Absatz muss geklärt werden.

Art. 59c^{ter} Abs. 2 KVV

- Klarstellen, was unter «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» zu verstehen ist, und sicherstellen, dass die deutsche, französische und italienische Version eindeutig übereinstimmen.

2. Kostenziele (Art. 75a ff. KVV)

Kostenziele sind in einem offenen Gesundheitswesen, in dem die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Sie sind aber dort besonders befremdlich, wo die Leistungserbringer selbst keine Leistungen veranlassen können, sondern nur auf ärztliche Anordnung tätig werden und zudem der Beitrag aus der OKP per Gesetz resp. KLV vorgegeben wird. Darüber hinaus wird die Umsetzung der verschiedenen Prozesse zur Erarbeitung dieser Kostenziele den Regulierungsprozess und damit den Verwaltungsaufwand, der die Universitätsspitäler bereits heute stark belastet, noch deutlich erhöhen.

unimedsuisse hat sich bereits im Gesetzgebungsprozess gegen Kostenziele ausgesprochen. Deren planwirtschaftlicher Ansatz führt zu einem Bruch mit dem bisherigen System des regulierten Wettbewerbs. Stattdessen sind aus Sicht von unimedsuisse Ergebnistransparenz, Indikationsqualität, Prozessqualität und weitere Qualitätsinstrumente zu stärken.

unimedsuisse hat den Entscheid des Parlaments begrüsst, auf die Festlegung von Kostenblöcken pro Leistungserbringergruppe und Kanton zu verzichten, wie dies der Bundesrat ursprünglich vorsah. Die Kostenblöcke hätten zu einer zusätzlichen Fragmentierung statt Integration der Versorgungslandschaft geführt. Umso unverständlicher ist vor diesem Hintergrund, dass gemäss dem vorliegenden Entwurf mit Art. 75b KVV der Bundesrat erneut Kostenziele für einzelne Leistungserbringergruppen festlegen soll. Dies entbehrt einer gesetzlichen Grundlage und ist daher unbedingt zu streichen.

Gemäss Art. 54 KVG legt der Bundesrat nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer jeweils für vier Jahre für die Leistungen Kosten- und Qualitätsziele fest. Der Verordnungstext (Art. 75a KVV) enthält keinerlei Bestimmungen über rechtliche Möglichkeiten der Akteure dagegen vorzugehen, sollten die Kostenziele nicht praxistauglich sein oder eine

betriebswirtschaftliche Erbringung von Leistungen verunmöglichen. Deshalb sind Präzisierungen hinsichtlich dessen vorzunehmen, was der Bundesrat bei der Festsetzung der Kostenziele zwingend zu berücksichtigen hat (Art. 75a Abs. 2 KVV). Aus Sicht von unimedsuisse sind die demografische Entwicklung der Bevölkerung und das Patientenverhalten ebenfalls zu berücksichtigen. Des Weiteren muss das Effizienzpotenzial nachgewiesen sein.

Art. 75a Abs. 2 KVV

- Hinzufügen eines neuen Buchstabens ^{abis}: «die Entwicklung der Demographie und des Patientenverhaltens (inkl. Versicherungsdeckung)»
- Buchstabe d: hinzufügen des Begriffs «...nachgewiesene...»

Kostenziele für die Kostengruppen (Art. 75b KVV): Diese Bestimmung ist nicht KVG-konform. Es fehlt eine Rechtsgrundlage, um die Kostengruppen in der KVV zu definieren. Zudem sind Kostenziele auf dieser Aggregationsstufe nicht praktikabel. Art. 75b KVV muss daher vollständig gestrichen werden.

Art. 75b KVV

- Ersatzlos streichen

Gemäss Art. 54c KVG setzt der Bundesrat eine **Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring** in der OKP ein. Art. 75c ff. KVV regelt die Einzelheiten.

unimedsuisse lehnt die Einführung einer solchen Kommission grundsätzlich ab. Das Kosten- und Qualitätsmonitoring kann sehr gut zwischen den Tarifpartnern geregelt werden. Im Bereich Qualität existiert zudem bereits die Eidg. Qualitätskommission (EQK). Die Schaffung einer weiteren Bundeskommission führt zu Doppelspurigkeit, erhöht die administrativen Prozesse, ohne die Realität vor Ort zu berücksichtigen. Zu befürchten sind zudem:

- Eine Erhöhung des administrativen Aufwands für die Leistungserbringer aufgrund neuer, von der Kommission empfohlenen Kostenüberwachungsprozesse bzw. -systeme;
- Fehlerhafte und für die Tarifpartner unbrauchbare Berichte aufgrund mangelnder Kenntnis der Kommissionsmitglieder über die Realität in der Praxis.

Da diese Kommission, wie in der Verordnung festgehalten, gesetzlich verankert ist, plädiert unimedsuisse in jedem Fall für eine möglichst schlanke Umsetzung. Zudem muss eine angemessene Vertretung der Akteure gewährleistet sein, wie es das KVG vorschreibt (Art. 54c Abs. 3 KVG). Der vorliegende Entwurf (Art. 75c Abs. 2 KVV) genügt dieser Vorschrift nicht, denn die Leistungserbringer sind nur durch eine einzige Person vertreten. Es erscheint aus Sicht von unimedsuisse unmöglich, auf dieser Basis eine repräsentative und wissenschaftlich fundierte Meinung zur Analyse der Kostenentwicklung zu vertreten. Folgende Punkte sind insbesondere zu berücksichtigen:

- Mindestens drei Vertreter auf Leistungserbringerseite. Dies sorgt für Parität, denn die Kostenträger (Versicherer, Kantone und Versicherte) sind ebenfalls mit drei Personen vertreten.
- Sämtliche Akteure des Gesundheitswesens werden vor der Festlegung der Kostenziele Gelegenheit haben, dazu Stellung zu nehmen.
- Der Begriff «Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung» (Art. 75c Abs. 3 KVV) ist zu vage. Aus Sicht von unimedsuisse ist wichtig, dass die Mitglieder dieser Kommission über gute Kenntnisse in der Bewertung der Kosten der OKP-Leistungen und über solide Kenntnisse in Betriebswirtschaftsmanagement verfügen.
- Da unimedsuisse den Artikel 75b KVV (Kostenziele für Kostengruppen) vollständig ablehnt und dieser aus ihrer Sicht gestrichen werden soll, entfällt auch die Notwendigkeit für eine Kommission, welche die Entwicklung der Leistungsbereiche basierend auf diesen Kostengruppen überwacht. Deshalb ist auch Artikel 75d Absatz 2 Buchstabe b zu streichen. Aus dem Verordnungstext geht nicht klar hervor, welche Datenerhebungen die EKKQ nutzen soll. Für unimedsuisse ist zentral, dass diese Kommission nur bestehende, offizielle und anerkannte Datenbanken nutzen können soll. Zur Klarstellung muss daher hinzugefügt werden, dass die EKKQ selbst keine eigenen Daten erhebt.

Art. 75c Abs. 2 Bst. a KVV

- Streichen des Begriffs: «...eine...»
- Hinzufügen von: «...mindestens drei...»

Art. 75c Abs. 3 KVV

- Hinzufügen von: «... (inkl. Betriebswirtschaftsmanagement und Kenntnis der Kostenstruktur bei der Leistungserbringung für Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)»

Art. 75d Abs. 2 Bst. b KVV

- Ersatzlos streichen

Art. 75d Abs. 3 KVV

- Hinzufügen von: «Sie erhebt selbst keine eigenen Daten.»

Wir bitten Sie um Prüfung unserer Änderungswünsche, Klärung der genannten Punkte und entsprechend grundlegende Überarbeitung des Verordnungsentwurfs.

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

Freundliche Grüsse

Werner Kübler
Präsident

Sandra Laubscher
Geschäftsführerin

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	Die Festlegung von Kostenzielen nach Leistungsbereichen ist nicht sinnvoll. Sie verhindert die dringend notwendige Ambulantisierung und damit eine effiziente Versorgung und ausserdem fehlt dazu eine formelle gesetzliche Grundlage.

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Die Festlegung von Zielen nach Kostengruppen ist nicht sinnvoll, es fehlt die formelle gesetzliche Grundlage. Es muss möglich sein, dass Leistungen in günstigere ambulante Bereiche verschoben werden.

Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Der vsao dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Der vsao spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung. Der vsao erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patient:innen sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit. Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patient:innen, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Einen durch diese Massnahmen verursachten zusätzlichen administrativen Aufwand für Ärzt:innen lehnen wir entschieden ab.</p> <p>Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärzt:innen, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, sodass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.</p> <p>Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringenden besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person widerspricht aus Sicht des vsao dem Verhältnismässigkeitsprinzip und ist datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen.</p> <p>Der vsao bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung. b. Ihr Tarif deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine unwirtschaftlichen Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, sind sie von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Zu Abs. 1 lit. a und b: Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c: Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a: Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b: Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen. Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten der Patient:innen ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und der künftigen Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG.. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer; d. das nachgewiesene Effizienzpotenzial; e. die demographische Entwicklung. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>

Begründung	<p>Der vsao lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt, mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infrass behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist der vsao explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>
------------	--

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Der vsao lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist. Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen. Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden. Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt der vsao fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Der vsao betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind.</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission. 2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar. Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele. Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»
Begründung	--

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Der VLSS dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:</p> <p>Der VLSS spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Der VLSS erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. dies erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.</p> <p>Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.</p> <p>Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.</p> <p>Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.</p>



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Sekretariat
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS
Amthausgasse 28, 3011 Bern
T +41 (0)31 330 90 01
info@vlss.ch
www.vlss.ch

Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via tarife-grundlagen@bag.admin.ch und gever@bag.admin.ch

Stand 22.04.2025 / Ansprechperson VLSS: Patrick Mettler (patrick.mettler@kellerhals-carrard.ch)

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?

☐ Zustimmung

☐ Eher Zustimmung

☐ Neutrale Haltung

☒ Eher Ablehnung

☐ Ablehnung

☐ Verzicht auf Stellungnahme

Der VLSS dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren und nimmt wie folgt Stellung:

Der VLSS spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Der VLSS erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme VLSS
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	
Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),	
Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist der VLSS darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht des VLSS dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist. Der VLSS bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.
3. Kapitel: Tarife und Preise	

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag					
<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p> <p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag: Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern: 2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur</u>. Sie sind <u>von Parteien zu vereinbaren</u>, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf <u>wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p> <p>Begründung: Zu Abs. 1 lit. a und b: Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c: Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a: Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der</p>
--	--

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im</p>
--	--

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen</p> <p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis:</p> <p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung:</p> <p>Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

<p>a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings.</p> <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>				
<p>Art. 59c^{quater} Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten</u></p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p><u>Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>				
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f</p> <p>1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>					
<p>Gliederungstitel nach Art. 75</p> <p>3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p> <p>1. Abschnitt Kostenziele</p>					
<p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

<p>einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer</u>; d. das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial; e. die demografische Entwicklung. <p>Begründung: Der VLSS lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab. Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infrass behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen</p>
---	---

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist der VLSS explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>				
<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag: --</p> <p>Begründung: Der VLSS lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden.</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>
2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

<p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt der VLSS fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Der VLSS betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p>

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

	<p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

II Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»		Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	Änderungsantrag: Begründung:
EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist der VLSS darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht des VLSS dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist.</p> <p>Der VLSS bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht -für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden.</p> <p>Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten: <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. 2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche. 3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.
Begründung	Begründung: Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht. 2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.
Begründung	Begründung: Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Der VLSS lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist der VLSS explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Der VLSS lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist. Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen. Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden. Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt der VLSS fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Der VLSS betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen. Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission. 2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Begründung: Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar. Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele. Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»
Begründung	--

Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (VIPS)

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Wir erachten es als notwendig, dass bei der Verordnung wichtige Anpassungen vorgenommen werden.</p> <ul style="list-style-type: none">•Keine separaten Ziele pro Kostenblock;•Die Qualitätsziele müssen stärker und klarer berücksichtigt werden;•Die Kommissionen müssen repräsentativ sein, Doppelspurigkeit soll vermieden werden! <p>Ohne die entsprechenden Anpassungen und Konkretisierungen sehen wir uns nicht in der Lage, der vorgeschlagenen Verordnungsänderung zuzustimmen.</p>

Anhang: 290425_vips_Stellungnahme_KVV_Qualität_Kostenziele.pdf



VEREINIGUNG PHARMAFIRMEN
IN DER SCHWEIZ

Per E-Mail an:

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

29. April 2025

**Stellungnahme vips: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
(Kosten- und Qualitätsziele)**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Baume-Schneider

Sehr geehrte Damen und Herren

Als Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz, kurz [vips](#), verstehen wir uns als Drehscheibe zwischen Behörden, Politik, Medien und unseren Mitgliedern.

Wir sind mit rund 100 Unternehmen der mitgliederstärkste Pharmaverband in der Schweiz und vertreten Firmen der Pharmabranche aus allen Landesteilen sowie den Bereichen Forschung und Entwicklung, Produktion, Vertrieb und Export. Die vips ist nicht nur der mitgliederstärkste Pharmaverband, sondern weist mit einem Marktanteil von über 40 % und einer hohen Diversifikation bei ihren Firmen auch die grösste Abdeckung des Pharmamarktes Schweiz auf. Da wir praktisch alle Geschäftsmodelle abbilden, kümmern wir uns um fast alle gesundheitspolitischen Themen, was uns eine enorme Breite gibt. Bei uns sind Firmen, die hoch innovative Produkte vertreiben, genauso vertreten wie Generikafirmen.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme betreffend die eingangs erwähnte Änderung der Verordnung.

Wir erachten es als notwendig, dass bei der Verordnung wichtige Anpassungen vorgenommen werden.

- Keine separaten Ziele pro Kostenblock;
- Die Qualitätsziele müssen stärker und klarer berücksichtigt werden;
- Die Kommissionen müssen repräsentativ sein, Doppelspurigkeit soll vermieden werden!

vips Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz

Suurstoffli 14, 6343 Rotkreuz, T +41 41 531 61 00, info@vips.ch, www.vips.ch

Keine separaten Ziele pro Kostenblock

Die im vorliegenden Verordnungsentwurf vorgesehene Einführung separater Ziele für einzelne Kostenblöcke – insbesondere im Bereich der Arzneimittel – erscheint aus staatspolitischer Perspektive problematisch und systemisch inkonsistent. Die eidgenössischen Räte haben ausdrücklich entschieden, dass keine getrennten Kostenziele für einzelne Leistungsbereiche definiert werden sollen. Im Entwurf des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren in den Artikeln 54 und 54a zunächst Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, MiGeL und weitere Leistungen vorgesehen. Das Parlament hat diese Bestimmungen jedoch abgelehnt, insbesondere die in Artikel 54a vorgesehene Einrichtung separater Kostenblöcke, indem es in der Sommersession 2022 am 31. Mai dem Antrag der Minderheit I der SGK-N im Nationalrat zugestimmt hat.

«Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»¹

Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. In der Folge wurden die vorgesehenen Kostenblöcke nach der ersten Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats² als auch aus jener des Ständerats³ gestrichen – letzterer schloss sich dem Entscheid des Nationalrats an. Dass im aktuellen Verordnungsentwurf dennoch eigenständige Kostengruppen vorgesehen sind und damit genau jenes kritisierte Silodenken erneut Einzug hält, steht im klaren Widerspruch zum Willen des Parlaments und schwächt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses erheblich.

Zudem wurde in der Debatte im Nationalrat auch die konkrete Umsetzung der Ziele eindeutig festgelegt:

«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»¹

¹ 21.067 | Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) | Amtliches Bulletin | Das Schweizer Parlament; 2. Votum Humbel Ruth (Votum 57)

² <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20210067/N11%20D.pdf> Art. 54

³ <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20210067/S2-22%20D.pdf> Art. 54

Es ist zu berücksichtigen, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereits regelmässig die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln überprüft und eine separate Spezialitätenliste der erstattungsfähigen Medikamente führt – unabhängig von den Tarifverträgen. Das bestehende Preissystem befindet sich derzeit in einer Modernisierungsphase. Eine zusätzliche Kontrollinstanz wäre daher nicht nur redundant, sondern mit den bestehenden Strukturen auch schwer vereinbar. Unrealistische Zielsetzungen könnten zudem die Versorgungssicherheit, den Zugang zu innovativen Therapien sowie die gleichberechtigte Behandlung der Patientinnen und Patienten gefährden.

Zudem leistet die pharmazeutische Industrie im Rahmen regelmässiger Preisanpassungen einen erheblichen Beitrag zu Kosteneinsparungen in Höhe von jährlich rund 1.6 Milliarden Franken. Ergänzend bringt das zweite Kostendämpfungspaket weitere Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe mit sich – insbesondere durch die Umsetzung der umstrittenen Kostenfolgemodelle. An dieser Stelle nochmals zu kürzen, wäre unausgewogen und könnte die Innovationsfähigkeit sowie die langfristige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung negativ beeinträchtigen.

Tarifgestaltung: Berücksichtigung von Qualitätszielen

Die derzeitige Tarifgestaltung konzentriert sich stark auf Kosteneffizienz, während klare und verbindliche Qualitätsziele oftmals fehlen oder nur unzureichend definiert sind. Für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung muss Qualität jedoch gleichrangig mit den Kostenaspekten berücksichtigt werden. Dafür ist eine präzisere und einheitliche Definition von Qualität im Gesundheitswesen erforderlich. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Pauschalen die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) der Spezialitätenliste nicht unterlaufen.

Eine effektive Steuerung des Gesundheitswesens setzt voraus, dass Qualität nicht nur benannt, sondern auch messbar gemacht wird. Entsprechend sollten nachvollziehbare und standardisierte Qualitätsindikatoren entwickelt und etabliert werden, die – neben der Kostenkontrolle – als zentrales Element dienen. Relevante Qualitätskriterien sind:

- **Verbesserung des Patientenzugangs zu innovativen Therapien**

Der Zugang zu neuen, wirksamen Behandlungsmöglichkeiten muss sichergestellt und beschleunigt werden, um Patientinnen und Patienten zeitnah von medizinischem Fortschritt profitieren zu lassen. Innovative Therapien sollten nicht durch starre Vergütungsstrukturen oder langwierige Zulassungsprozesse ausgebremst werden.

- **Einhaltung medizinischer Leitlinien, insbesondere im Hinblick auf im Rahmen von Pauschalen eingesetzten Arzneimittel**

Die Verwendung von Medikamenten im Rahmen pauschaler Vergütungsmodelle muss mit den geltenden medizinischen Leitlinien im Einklang stehen. Nur so kann eine qualitativ hochwertige, leitliniengerechte Versorgung sichergestellt und eine Fehl- oder Unterversorgung vermieden werden.

- **Strukturiertes Monitoring vordefinierter Therapiepfade**

Um die Qualität der Versorgung systematisch zu erfassen und zu verbessern, braucht es ein kontinuierliches und strukturiertes Monitoring entlang klar definierter Behandlungspfade. Dies ermöglicht frühzeitige Korrekturen bei Abweichungen und erhöht die Transparenz im Behandlungsverlauf.

- **Messung patientenrelevanter Therapieergebnisse**

Der Behandlungserfolg sollte nicht nur medizinisch, sondern auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten bewertet werden. Outcome-Parameter wie Lebensqualität, Symptomkontrolle oder funktionale Verbesserung müssen stärker in den Mittelpunkt rücken.

- **Nutzung digitaler Technologien zur Effizienzsteigerung**

Digitale Tools und datenbasierte Analysen bieten Potenzial zur Optimierung klinischer Abläufe, zur besseren Vernetzung von Leistungserbringern und zur gezielteren Versorgung. Ihre sinnvolle Integration kann die Effizienz steigern, administrative Aufwände reduzieren und die Versorgungsqualität erhöhen.

Kommissionen & Kosten- und Qualitätsmonitoring

Die vips erachtet eine weitere ausserparlamentarische Kommission nicht nur als unnötig, sondern sogar als schädlich. Sie erhöht die Koordinationskosten und die Komplexität der KVG-Regulierung. Mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) besteht bereits eine Kommission, die Qualitätsziele vorschlagen kann. Da das Gesetz eine solche neue Kommission vorschlägt und man an einer neuen Kommission festhalten will, sollte sie dann aber auch im Sinne einer guten Governance besetzt werden, um den Schaden zu begrenzen. Problematisch ist dahingegen, dass die pharmazeutische Industrie in der neu geplanten Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vertreten sein soll – obwohl Arzneimittel als eigener Kostenblock ausdrücklich vorgesehen sind. Eine solche Zusammensetzung birgt die Gefahr einer unausgewogenen Entscheidungsfindung und einer einseitigen Perspektive. Zudem stellt sich die Frage, weshalb mit der Einrichtung einer zusätzlichen Kommission erneut eine Doppelspurigkeit geschaffen werden soll, anstatt bestehende Strukturen weiterzuentwickeln und effizienter zu nutzen.



Wir empfehlen daher, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und ihre Zusammensetzung gezielt anzupassen, anstatt eine zusätzliche Kommission mit ähnlichen Aufgabenbereichen zu schaffen. Eine stärkere Nutzung bestehender Strukturen würde nicht nur Doppelspurigkeiten vermeiden, sondern auch die Kohärenz der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen stärken.

Unabhängig davon ist eine angemessene Einbindung der pharmazeutischen Industrie als relevanter Stakeholder unerlässlich, um eine ausgewogene und praxisnahe Entscheidungsfindung sicherzustellen.

Die geplante Regelung betreffend Datenweitergabe zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren wird grundsätzlich begrüsst. Wir empfehlen jedoch, diese in enger Abstimmung mit den laufenden Initiativen im Rahmen von DigiSanté auszugestalten. Besonders zentral ist die Koordination mit dem Swiss Health Data Space, inklusive einer transparenten Klärung des Datenzugangs für Forschung und Qualitätssicherung. Ein abgestimmter und geregelter Zugang kann entscheidend zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen beitragen.

Ohne die entsprechenden Anpassungen und Konkretisierungen sehen wir uns nicht in der Lage, der vorgeschlagenen Verordnungsänderung zuzustimmen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Beste Grüsse

vips Vereinigung Pharmafirmen
in der Schweiz

Ernst Niemack
Geschäftsführer

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Die geplante Regelung betreffend Datenweitergabe zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren wird grundsätzlich begrüsst. Wir empfehlen jedoch, diese in enger Abstimmung mit den laufenden Initiativen im Rahmen von DigiSanté auszugestalten. Besonders zentral ist die Koordination mit dem Swiss Health Data Space, inklusive einer transparenten Klärung des Datenzugangs für Forschung und Qualitätssicherung. Ein abgestimmter und geregelter Zugang kann entscheidend zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen beitragen.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> die Entwicklung der Morbidität; den medizinisch-technischen Fortschritt; die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Die derzeitige Tarifgestaltung konzentriert sich stark auf Kosteneffizienz, während klare und verbindliche Qualitätsziele oftmals fehlen oder nur unzureichend definiert sind. Für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung muss Qualität jedoch gleichrangig mit den Kostenaspekten berücksichtigt werden. Dafür ist eine präzisere und einheitliche Definition von Qualität im Gesundheitswesen erforderlich. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Pauschalen die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) der Spezialitätenliste nicht unterlaufen.</p> <p>Eine effektive Steuerung des Gesundheitswesens setzt voraus, dass Qualität nicht nur benannt, sondern auch messbar gemacht wird. Entsprechend sollten nachvollziehbare und standardisierte Qualitätsindikatoren entwickelt und etabliert werden, die – neben der Kostenkontrolle – als zentrales Element dienen. Relevante Qualitätskriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Patientenzugangs zu innovativen Therapien Der Zugang zu neuen, wirksamen Behandlungsmöglichkeiten muss sichergestellt und beschleunigt werden, um Patientinnen und Patienten zeitnah von medizinischem Fortschritt profitieren zu lassen. Innovative Therapien sollten nicht durch starre Vergütungsstrukturen oder langwierige Zulassungsprozesse ausgebremst werden. • Einhaltung medizinischer Leitlinien, insbesondere im Hinblick auf im Rahmen von Pauschalen eingesetzten Arzneimittel Die Verwendung von Medikamenten im Rahmen pauschaler Vergütungsmodelle muss mit den geltenden medizinischen Leitlinien im Einklang stehen. Nur so kann eine qualitativ hochwertige, leitliniengerechte Versorgung sichergestellt und eine Fehl- oder Unterversorgung vermieden werden. • Strukturiertes Monitoring vordefinierter Therapiepfade Um die Qualität der Versorgung systematisch zu erfassen und zu verbessern, braucht es ein kontinuierliches und strukturiertes Monitoring entlang klar definierter Behandlungspfade. Dies ermöglicht frühzeitige Korrekturen bei Abweichungen und erhöht die Transparenz im Behandlungsverlauf. • Messung patientenrelevanter Therapieergebnisse Der Behandlungserfolg sollte nicht nur medizinisch, sondern auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten bewertet werden. Outcome-Parameter wie Lebensqualität, Symptomkontrolle oder funktionale Verbesserung müssen stärker in den Mittelpunkt rücken. • Nutzung digitaler Technologien zur Effizienzsteigerung Digitale Tools und datenbasierte Analysen bieten Potenzial zur Optimierung klinischer Abläufe, zur besseren Vernetzung von Leistungserbringern und zur gezielteren Versorgung. Ihre sinnvolle Integration kann die Effizienz steigern, administrative Aufwände reduzieren und die Versorgungsqualität erhöhen.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Die im vorliegenden Verordnungsentwurf vorgesehene Einführung separater Ziele für einzelne Kostenblöcke – insbesondere im Bereich der Arzneimittel – erscheint aus staatspolitischer Perspektive problematisch und systemisch inkonsistent. Die eidgenössischen Räte haben ausdrücklich entschieden, dass keine getrennten Kostenziele für einzelne Leistungsbereiche definiert werden sollen. Im Entwurf des Bundesrates zum indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative waren in den Artikeln 54 und 54a zunächst Kostenziele für Analysen, Arzneimittel, MiGeL und weitere Leistungen vorgesehen. Das Parlament hat diese Bestimmungen jedoch abgelehnt, insbesondere die in Artikel 54a vorgesehene Einrichtung separater Kostenblöcke, indem es in der Sommersession 2022 am 31. Mai dem Antrag der Minderheit I der SGK-N im Nationalrat zugestimmt hat.</p> <p>«Der Entwurf des Bundesrates hat den Haken, dass er [...] mit den Kostenzielen für einzelne Leistungsbereiche das Silodenken zementiert, [...]. Der Antrag der Minderheit I ist vom Konzept des Bundesrates entfernt, er will Qualitäts- und Kostenziele gesamthaft für alle Bereiche definieren, unter Einbezug der Akteure.»¹</p> <p>Der Nationalrat ist dem Antrag der Minderheit I gefolgt. In der Folge wurden die vorgesehenen Kostenblöcke nach der ersten Lesung sowohl aus der Fahne des Nationalrats² als auch aus jener des Ständerats³ gestrichen – letzterer schloss sich dem Entscheid des Nationalrats an. Dass im aktuellen Verordnungsentwurf dennoch eigenständige Kostengruppen vorgesehen sind und damit genau jenes kritisierte Silodenken erneut Einzug hält, steht im klaren Widerspruch zum Willen des Parlaments und schwächt die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses erheblich.</p> <p>Zudem wurde in der Debatte im Nationalrat auch die konkrete Umsetzung der Ziele eindeutig festgelegt:</p> <p>«Die Umsetzung dieser übergeordneten Kostenziele [...] muss von den Akteuren in Tarifverträgen geregelt werden.»</p> <p>Es ist zu berücksichtigen, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereits regelmässig die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln überprüft und eine separate Spezialitätenliste der erstattungsfähigen Medikamente führt – unabhängig von den Tarifverträgen. Das bestehende Preissystem befindet sich derzeit in einer Modernisierungsphase. Eine zusätzliche Kontrollinstanz wäre daher nicht nur redundant, sondern mit den bestehenden Strukturen auch schwer vereinbar.</p> <p>Unrealistische Zielsetzungen könnten zudem die Versorgungssicherheit, den Zugang zu innovativen Therapien sowie die gleichberechtigte Behandlung der Patientinnen und Patienten gefährden.</p> <p>Zudem leistet die pharmazeutische Industrie im Rahmen regelmässiger Preisanpassungen einen erheblichen Beitrag zu Kosteneinsparungen in Höhe von jährlich rund 1.6 Milliarden Franken. Ergänzend bringt das zweite Kostendämpfungspaket weitere Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe mit sich – insbesondere durch die Umsetzung der umstrittenen Kostenfolgemodelle. An dieser Stelle nochmals zu kürzen, wäre unausgewogen und könnte die Innovationsfähigkeit sowie die langfristige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung negativ beeinträchtigen.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die vips erachtet eine weitere ausserparlamentarische Kommission nicht nur als unnötig, sondern sogar als schädlich. Sie erhöht die Koordinationskosten und die Komplexität der KVG-Regulierung. Mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) besteht bereits eine Kommission, die Qualitätsziele vorschlagen kann. Da das Gesetz eine solche neue Kommission vorschlägt und man an einer neuen Kommission festhalten will, sollte sie dann aber auch im Sinne einer guten Governance besetzt werden, um den Schaden zu begrenzen. Problematisch ist dahingegen, dass die pharmazeutische Industrie in der neu geplanten Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vertreten sein soll – obwohl Arzneimittel als eigener Kostenblock ausdrücklich vorgesehen sind. Eine solche Zusammensetzung birgt die Gefahr einer unausgewogenen Entscheidungsfindung und einer einseitigen Perspektive. Zudem stellt sich die Frage, weshalb mit der Einrichtung einer zusätzlichen Kommission erneut eine Doppelspurigkeit geschaffen werden soll, anstatt bestehende Strukturen weiterzuentwickeln und effizienter zu nutzen.</p> <p>Wir empfehlen daher, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und ihre Zusammensetzung gezielt anzupassen, anstatt eine zusätzliche Kommission mit ähnlichen Aufgabenbereichen zu schaffen. Eine stärkere Nutzung bestehender Strukturen würde nicht nur Doppelspurigkeiten vermeiden, sondern auch die Kohärenz der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen stärken.</p> <p>Unabhängig davon ist eine angemessene Einbindung der pharmazeutischen Industrie als relevanter Stakeholder unerlässlich, um eine ausgewogene und praxisnahe Entscheidungsfindung sicherzustellen.</p>

mfe - Haus- und Kinderärzte Schweiz

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage

Eher Ablehnung

Begründung:

Gerne nutzen wir die Möglichkeit, uns zu den vorgeschlagenen Aenderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) mit Kosten- und Qualitätszielen vernehmen zu lassen.

Wir nehmen als Berufsverband der Schweizer Grundversorger, d.h. der Haus- und Kinderärzt:innen Stellung.

Die Vorlage ist die Folge des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremseinitiative (Volksinitiative vom 10.03.2020 «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»), die am 9. Juni 2024 von Volk und Ständen überaus klar (62.8% und 18 Stände) abgelehnt wurde. Wir haben uns als Verband stark gegen diese Initiative engagiert.

Den indirekten Gegenvorschlag, den Bundesrat und Parlament der Initiative gegenübergestellt haben, beurteilen wir ebenso kritisch. Insbesondere die Kostenziele sind für uns der falsche Ansatz, um gesundheitspolitisch zu steuern. Zudem ist der vorgeschlagene Weg dazu weder in der Lage, zu steuern, noch, in geeignetem Mass Einfluss zu nehmen auf die Entwicklung des Gesundheitssystems, geschweige denn auf dessen Kosten. Was die Qualitätsziele betrifft, so erachten wir den Art. 58 KVG und die damit verbundenen Dispositionen, insbesondere die Eidgenössische Qualitätskommission mit ihren Aufgaben, als genügend. Weitere Zuständigkeiten, die sich überschneiden und damit zu Koordinationsbedarf führen, sind ein Unding und müssen vermieden werden.

In einer politischen Steuerung ist letztlich der Sinn von Zielvorgaben im Kostenbereich, diese durchzusetzen und in der Folge auch Mengen zu beschränken und Plafonds einzuführen. Zwar wird in der Gesetzesvorlage explizit (noch) kein Automatismus vorgesehen, wonach Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden könnten, sobald ein Kostenziel überschritten wäre. Trotzdem werden natürlich dem Bund zusätzliche Kompetenzen eingeräumt, dies letztlich in Beschränkung der Kompetenzen von Kantonen und der Tarifpartner. Doch selbst mit den zusätzlichen Kompetenzen können die in der Effizienzpotentialstudie von WIG und Intras beschriebenen Ineffizienzen weder erkannt noch bekämpft werden.

Dass das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung mit verschiedenen konkreten Massnahmen bei den Tarifen und den Laboranalyse gebremst werden soll, ist aus der Parlamentsdebatte klar. Die wieder aufgeflamten Diskussionen um die Vertragsfreiheit bei den Laboren spricht Bände, die Diskussionen im Kostendämpfungspaket 2 haben erst gerade eine Abschluss gefunden, gewisse Widersprüche zu dieser Vorlage wurden dort bereits moniert.

Die neue ambulante Tarifstruktur wird erst eingeführt, ist einer strikten Kostenneutralität unterstellt und sollte an sich Garant genug sein, dass die Kosten zumindest in diesem Bereich nicht überborden.

Kurz: es laufen sehr viele Prozesse parallel, eine Koordination und Evaluation über das Gesamte ist eigentlich kaum möglich, obwohl dringend nötig.

Eigentlich müssten mit den neuen Bestimmungen systematische Überlegungen dazu entstehen, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der obligatorischen Krankenversicherung angemessen sei. Dies ist die postulierte Ausgangslage in den Gesamtzielen gemäss Art. 75a. Wer diese Grundlagen wirklich erarbeitet, bleibt offen. Wir hegen die Befürchtung, dass mit den neuen Zielen (und der damit verbundenen Steuerungslogik) das bestehende KVG-System mit planwirtschaftlichen Eingriffen sowie einer überkomplizierten und bürokratischen Kostensteuerung übersteuert wird.

Der zweite Teil der beabsichtigten Steuerung über Kostenziele fehlt weitgehend, da dazu, im Moment jedenfalls, auch keine politischen Mehrheiten bestehen. Ausser unverbindlichen Empfehlungen der neu zu schaffenden Kommission, gestützt auf eine neu aufzubauende Überwachung der Kosten, werden keine weiteren Resultate zu erwarten sein.

Dass solche Zielsetzungen an sich die Transparenz erhöhen und die Tarifpartnerschaft stärken, wie seinerzeit beabsichtigt, stellen wir in Abrede. Wir sehen eher die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten mittelfristig unter den Kostenvorgaben leiden werden, weil deren Definition und Durchsetzung in logischer Konsequenz die Versorgung einschränken, genannt seien hier z.B. Globalbudgets.

Bundesamt für Gesundheit,
per Mail an:

tarife-grundlagen@bag.admin.ch

gever@bag.admin.ch

Bern, 6. Mai 2025

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Antwort des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nutzen wir die Möglichkeit, uns zu den vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) mit Kosten- und Qualitätszielen vernehmen zu lassen.

Wir nehmen als Berufsverband der Schweizer Grundversorger, d.h. der Haus- und Kinderärzt:innen Stellung.

Unsere Bemerkungen im Einzelnen sind die Folgenden:

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?

Eher Ablehnung

Die Vorlage ist die Folge des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremseinitiative (Volksinitiative vom 10.03.2020 «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»), die am 9. Juni 2024 von Volk und Ständen überaus klar (62.8% und 18 Stände) abgelehnt wurde. Wir haben uns als Verband stark gegen diese Initiative engagiert.

Den indirekten Gegenvorschlag, den Bundesrat und Parlament der Initiative gegenübergestellt haben, beurteilen wir ebenso kritisch. Insbesondere die Kostenziele sind für uns der falsche Ansatz, um gesundheitspolitisch zu steuern. Zudem ist der vorgeschlagene Weg dazu weder in der Lage, zu steuern, noch, in geeignetem Mass Einfluss zu nehmen auf die Entwicklung des Gesundheitssystems, geschweige denn auf dessen Kosten. Was die Qualitätsziele betrifft, so erachten wir den Art. 58 KVG und die damit verbundenen Dispositionen, insbesondere die Eidgenössische Qualitätskommission mit ihren Aufgaben, als genügend.

Weitere Zuständigkeiten, die sich überschneiden und damit zu Koordinationsbedarf führen, sind ein Unding und müssen vermieden werden.

In einer politischen Steuerung ist letztlich der Sinn von Zielvorgaben im Kostenbereich, diese durchzusetzen und in der Folge auch Mengen zu beschränken und Plafonds einzuführen. Zwar wird in der Gesetzesvorlage explizit (noch) kein Automatismus vorgesehen, wonach Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden könnten, sobald ein Kostenziel überschritten wäre. Trotzdem werden natürlich dem Bund zusätzliche Kompetenzen eingeräumt, dies letztlich in Beschränkung der Kompetenzen von Kantonen und der Tarifpartner. Doch selbst mit den zusätzlichen Kompetenzen können die in der Effizienzpotentialstudie von WIG und Intras beschriebenen Ineffizienzen weder erkannt noch bekämpft werden.

Dass das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung mit verschiedenen konkreten Massnahmen bei den Tarifen und den Laboranalysen gebremst werden soll, ist aus der Parlamentsdebatte klar. Die wieder aufgeflammt Diskussionen um die Vertragsfreiheit bei den Laboren spricht Bände, die Diskussionen im Kostendämpfungspaket 2 haben erst gerade einen Abschluss gefunden, gewisse Widersprüche zu dieser Vorlage wurden dort bereits moniert.

Die neue ambulante Tarifstruktur wird erst eingeführt, ist einer strikten Kostenneutralität unterstellt und sollte an sich Garant genug sein, dass die Kosten zumindest in diesem Bereich nicht überborden.

Kurz: es laufen sehr viele Prozesse parallel, eine Koordination und Evaluation über das Gesamte ist eigentlich kaum möglich, obwohl dringend nötig.

Eigentlich müssten mit den neuen Bestimmungen systematische Überlegungen dazu entstehen, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der obligatorischen Krankenversicherung angemessen sei. Dies ist die postulierte Ausgangslage in den Gesamtzielen gemäss Art. 75a. Wer diese Grundlagen wirklich erarbeitet, bleibt offen. Wir hegen die Befürchtung, dass mit den neuen Zielen (und der damit verbundenen Steuerungslogik) das bestehende KVG-System mit planwirtschaftlichen Eingriffen sowie einer überkomplizierten und bürokratischen Kostensteuerung übersteuert wird.

Der zweite Teil der beabsichtigten Steuerung über Kostenziele fehlt weitgehend, da dazu, im Moment jedenfalls, auch keine politischen Mehrheiten bestehen. Ausser unverbindlichen Empfehlungen der neu zu schaffenden Kommission, gestützt auf eine neu aufzubauende Überwachung der Kosten, werden keine weiteren Resultate zu erwarten sein.

Dass solche Zielsetzungen an sich die Transparenz erhöhen und die Tarifpartnerschaft stärken, wie seinerzeit beabsichtigt, stellen wir in Abrede.

Wir sehen eher die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten mittelfristig unter den Kostenvorgaben leiden werden, weil deren Definition und Durchsetzung in logischer Konsequenz die Versorgung einschränken, genannt seien hier z.B. Globalbudgets.

Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6

Zustimmung mit Anpassung

Wir schliessen uns vollständig den Argumenten der FMH zu diesen Bestimmungen an. Die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person widerspricht dem Verhältnismässigkeitsprinzip und ist datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen. Für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages werden wohl kaum Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.

Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge

Ablehnung

Die neu gestalteten Abschnitte zu «Tarif» stellen in unseren Augen eine Verkomplizierung mit Eingriff in die Tarifautonomie dar. Auch wenn es sinnvoll ist, der Genehmigungsbehörde ein klares Zeitfenster zur Bearbeitung zu definieren. Ebenso ist es sicher sinnvoll, dass Tarife aktuell gehalten und entsprechend angepasst werden. Der Grundsatz, dass diese Tarife sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt sein müssen, wird durch die neuen Artikel weder verbessert noch konkretisiert, sondern erschwert. Eine weitere Einschränkung mittels der Vorgaben von Art 59c wird dazu führen, dass eine Gesamterneuerung und eine grundsätzliche Anpassung verunmöglicht werden.

Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme der FMH an.

Art. 75a Gesamtziele

Ablehnung

Unsere grundsätzlichen Zweifel an der Wirksamkeit von Kostenzielen haben wir in den generellen Bemerkungen geäußert.

Auf Verordnungsebene ist wenn schon nur inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.

Art. 75b Ziele für die Kostengruppen

Ablehnung

Die Einführung des Tardoc für ambulante Behandlungen regelt eigentlich bereits Kostenziele, womit sich eine Regulierung an dieser Stelle erübrigt.

Art. 75c Mitglieder

Ablehnung

Als logische Konsequenz unserer Ausführungen schlagen wir einen Verzicht auf eine neue Kommission vor und empfehlen, dem BAG die Aufgabe des Kostenmonitorings zu übergeben. Entsprechend können die vorgeschlagenen Artikel 75 c – f ersatzlos gestrichen werden.

Die Qualitätsziele können nämlich sehr wohl der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission überlassen werden, sie kann auch ein Qualitätsmonitoring übernehmen.

Die Überschneidungen und damit Koordinationsaufwände liessen sich somit einfach vermeiden.

Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen

Ablehnung

Siehe Antwort zu 75c

Art. 75e Organisation

Ablehnung

Siehe Antwort zu 75c

Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission

Ablehnung

Siehe Antwort zu 75c

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Monika Reber'.

Monika Reber
Co-Präsidentin mfe

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sébastien Jotterand'.

Sébastien Jotterand
Co-Präsident mfe

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Wir schliessen uns vollständig den Argumenten der FMH zu diesen Bestimmungen an. Die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person widerspricht dem Verhältnismässigkeitsprinzip und ist datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen. Für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages werden wohl kaum Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Die neu gestalteten Abschnitte zu «Tarif» stellen in unseren Augen eine Verkomplizierung mit Eingriff in die Tarifautonomie dar. Auch wenn es sinnvoll ist, der Genehmigungsbehörde ein klares Zeitfenster zur Bearbeitung zu definieren. Ebenso ist es sicher sinnvoll, dass Tarife aktuell gehalten und entsprechend angepasst werden. Der Grundsatz, dass diese Tarife sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt sein müssen, wird durch die neuen Artikel weder verbessert noch konkretisiert, sondern erschwert. Eine weitere Einschränkung mittels der Vorgaben von Art 59c wird dazu führen, dass eine Gesamterneuerung und eine grundsätzliche Anpassung verunmöglicht werden.</p> <p>Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme der FMH an.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Unsere grundsätzlichen Zweifel an der Wirksamkeit von Kostenzielen haben wir in den generellen Bemerkungen geäussert.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist wenn schon nur inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Die Einführung des Tardoc für ambulante Behandlungen regelt eigentlich bereits Kostenziele, womit sich eine Regulierung an dieser Stelle erübrigt.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Als logische Konsequenz unserer Ausführungen schlagen wir einen Verzicht auf eine neue Kommission vor und empfehlen, dem BAG die Aufgabe des Kostenmonitorings zu übergeben. Entsprechend können die vorgeschlagenen Artikel 75 c – f ersatzlos gestrichen werden.</p> <p>Die Qualitätsziele können nämlich sehr wohl der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission überlassen werden, sie kann auch ein Qualitätsmonitoring übernehmen.</p> <p>Die Überschneidungen und damit Koordinationsaufwände liessen sich somit einfach vermeiden.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	Siehe Antwort zu 75c

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>2 Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>
Begründung	Siehe Antwort zu 75c

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	Siehe Antwort zu 75c

ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>ospita lehnt die Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung und damit die Umset-zung der neuen Artikel 54 ff. nKVG in der vorliegenden Form ab.</p> <p>Die Vorlage:</p> <ul style="list-style-type: none">-schafft Rechtsunsicherheit für die Leistungserbringer-führt zu Doppelspurigkeiten aufgrund bereits bestehender Zuständigkeiten-konkurrenziert und schwächt bewährte Organisationen und Institutionen der Qualitätssi-cherung-zentralisiert, "beplant" und bürokratisiert die Gesundheitsversorgung noch stärker im EDI/BAG, statt Wettbewerb zuzulassen-verteuert die medizinisch-therapeutische Leistungserbringung weiter und schafft neue tariflich nicht gedeckte Administrationskosten-ist unzulänglich koordiniert mit anderen Revisionen zur gleichen Thematik-vermischt einmal mehr die Rollen und schafft damit gefährliches Potenzial für neue Rol-lenkonflikte. <p>Die Verordnungsänderung ist unter der Massgabe der Zweckmässigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit so schlank wie möglich neu zu gestalten. In der vorgelegten Form droht die Be-stimmung entweder eine nutzlose Bürokratieaufblähung zu werden oder dann zur Vorstufe der Rati-onierung in der Gesundheitsversorgung.</p> <p>ospita hatte sich gemeinsam mit zahlreichen anderen Akteuren des Gesundheitswesens gegen die Kos-tenbremse-VI gestellt, die in der Eidg. Abstimmung vom 9. Juni 2024 von Volk und Ständen äusserst deutlich abgelehnt wurde. Die Methodik der KVG-Revision zu Art. 54 nKVG, die vom Parlament als indi-rekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-VI beschlossen wurde und die der vorliegenden KVV-Revision zugrunde liegt, unterliegt denselben Risiken wie die Volksinitiative:</p> <ul style="list-style-type: none">-Starre Grenzen (ob sie nun Kostenziele oder Kostendach genannt werden), führen – wenn sie ernst genommen werden - zu langen Wartezeiten und zur Rationierung im Gesundheitswesen und damit letztlich direkt zur Zweiklassenmedizin.-Kostenziele würden die Tarifpartner zwingen, die heute schon nicht kostendeckenden Leistungs-entschädigungen noch stärker künstlich zu drücken. Wirtschaftlich effizient und qualitativ hoch-stehend arbeitende Spitäle würden noch stärker gegenüber Spitälern mit Zugang zu Subventio-nen diskriminiert.-Verschiedene Studien haben belegt, dass die Gesundheitsausgaben primär durch Mengenaus-weitungen steigen. Diese Thematik wird durch die Vorlage nicht adressiert.

Anhang: 250415_Stellungnahme_ospita_def.pdf

per email an:

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

Bern/Zürich, 15. April 2025

Stellungnahme zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Damen und Herren

ospita lehnt die Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung und damit die Umsetzung der neuen Artikel 54 ff. nKVG in der vorliegenden Form ab.

Die Vorlage:

- schafft Rechtsunsicherheit für die Leistungserbringer
- führt zu Doppelspurigkeiten aufgrund bereits bestehender Zuständigkeiten
- konkurrenziert und schwächt bewährte Organisationen und Institutionen der Qualitätssicherung
- zentralisiert, "beplant" und bürokratisiert die Gesundheitsversorgung noch stärker im EDI/BAG, statt Wettbewerb zuzulassen
- verteuert die medizinisch-therapeutische Leistungserbringung weiter und schafft neue tariflich nicht gedeckte Administrationskosten
- ist unzulänglich koordiniert mit anderen Revisionen zur gleichen Thematik
- vermischt einmal mehr die Rollen und schafft damit gefährliches Potenzial für neue Rollenkonflikte.

Die Verordnungsänderung ist unter der Massgabe der Zweckmässigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit so schlank wie möglich neu zu gestalten. In der vorgelegten Form droht die Bestimmung entweder eine nutzlose Bürokratieaufblähung zu werden oder dann zur Vorstufe der Rationierung in der Gesundheitsversorgung.

*

ospita hatte sich gemeinsam mit zahlreichen anderen Akteuren des Gesundheitswesens gegen die Kostenbremse-VI gestellt, die in der Eidg. Abstimmung vom 9. Juni 2024 von Volk und Ständen äusserst deutlich abgelehnt wurde. Die Methodik der KVG-Revision zu Art. 54 nKVG, die vom Parlament als indirekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-VI beschlossen wurde und die der vorliegenden KVV-Revision zugrunde liegt, unterliegt denselben Risiken wie die Volksinitiative:

- Starre Grenzen (ob sie nun Kostenziele oder Kostendach genannt werden), führen – wenn sie ernst genommen werden - zu langen Wartezeiten und zur Rationierung im Gesundheitswesen und damit letztlich direkt zur Zweiklassenmedizin.

- Kostenziele würden die Tarifpartner zwingen, die heute schon nicht kostendeckenden Leistungsentschädigungen noch stärker künstlich zu drücken. Wirtschaftlich effizient und qualitativ hochstehend arbeitende Spitäler würden noch stärker gegenüber Spitälern mit Zugang zu Subventionen diskriminiert.
- Verschiedene Studien haben belegt, dass die Gesundheitsausgaben primär durch Mengenausweitungen steigen. Diese Thematik wird durch die Vorlage nicht adressiert.

Im Weiteren erlauben wir uns Kommentare zu den folgenden einzelnen Bestimmungen:

Art. 75a Abs. 1

Sowohl der Gesetzestext als auch der Verordnungsentwurf sprechen vielfach von «Kostenzielen». Es ist jedoch nirgends definiert, in welcher Messgrösse und/oder Form solche Kostenziele definiert werden (absolute Zahlen? Steigerungsraten pro Jahr? Steigerung im Verhältnis zum LK? etc.). Die Messgrösse sollte – gerade im Hinblick auf die entsprechende Planungsmöglichkeit der Kantone – eindeutig definiert werden.

Art. 75a Abs. 2

Die Aufzählung der namentlich zu berücksichtigenden Elemente bei der Festlegung von Kostenzielen ist durch die folgenden Punkte zu ergänzen:

- regionale und/oder sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede
- Folgeaufwände der Regulierung durch Bund und Kantone

Art. 75a Abs. 3

Es erschliesst sich uns nicht, inwiefern die Kostenziele (vermutlich finanziell ausgedrückt) mit den Qualitätszielen des Bundesrats koordiniert werden können. Die Qualitätsziele umfassen zum Beispiel generisch abgefasste Zielsetzungen wie z.B.:

- «K1 - Die Errichtung einer Just Culture in der Schweiz ist vorangeschritten.»
- «G1 - Die Leadership für Qualität der Leistungen aller Akteure auf allen Ebenen des Systems wird verstärkt.»

Es wäre auszuführen, wie eine solche Koordination zwischen quantitativen und qualitativen Grössen gelingen soll.

Art. 75b

Der Bundesrat räumt in den Erläuterungen zur KVV-Revision selbst ein, dass mit den aufgeführten Kostengruppen nicht sämtliche durch die OKP entgoltenen Kosten abgedeckt sind. Damit signalisiert er, dass es auch Gesundheitsakteure gibt, die nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterstellt werden sollen. Dies ist aus Sicht der Leistungserbringer der aufgeführten Kostengruppen eine nicht tolerierbare Diskriminierung.

Weiter ist nicht ersichtlich, weshalb beispielsweise pro Kostengruppe pauschale Kostenziele vorgegeben werden sollen. Beispielsweise ist in zahlreichen Versorgungsplanungen der Kantone unbestritten, dass

der Bedarf für die Sektoren der stationären Rehabilitation und Psychiatrie in den kommenden Jahren ansteigen wird, was mitunter Kostenfolgen haben wird. Da nur eine Kostengruppe «stationäre Behandlungen» existiert, müsste also diese Differenzierung zwingend ebenfalls abgebildet werden. Deshalb ist die Ergänzung von Art. 75a Abs. 2 um sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede von zentraler Bedeutung.

Art. 75c

Der Vorschlag der Zusammensetzung der Kommission lässt befürchten, dass diese ein gravierendes Governance-Problem aufweisen wird: Die vorgeschlagenen «Vertretungen» lassen erwarten, dass die Kommissionsmitglieder in erster Linie die Interessen ihrer «Herkunftsgruppe» vertreten müssen, statt als Expert/innen dem Bundesrat zur Verfügung zu stehen.

Die Rollen sind strikte zu trennen: Entweder

- ist die Kommission zusammenzusetzen aus unabhängigen Expert/innen (mit klaren Mandatsverboten im Gesundheitswesen und bei den betroffenen Behörden)
- oder aber die Kommission setzt sich zusammen aus Interessenvertreter/innen. Dann müssten die beiden Finanzierungsseiten der OKP – Rechnungssteller (Leistungserbringer) und Patient/innen einerseits und Bezahler andererseits (Versicherer und Kantone) paritätisch in der Kommission vertreten sein, mit Stichtentscheid eines/r unabhängigen Präsidenten/in.

Art. 75d

Die Kommission soll gemäss Entwurf «eine kontinuierliche und systematische Überwachung der Kosten» einrichten. Gleichzeitig befindet sich aktuell als eine der Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket I die Umsetzung von Art. 47c KVG in Arbeit, welche besagt, dass Tarifpartner bei Abschluss von Tarifverträgen nach Art. 43 Abs. 4 KVG ein «gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erkläraren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen» vorsehen müssen. In ressourcenintensiven Arbeiten der Tarifpartner wird aktuell eine Systematik entwickelt, wie dieser Vorgabe Rechnung getragen werden kann. Es ist völlig unklar, wie sich die zusätzliche Kostenüberwachung der im Entwurf vorgeschlagenen Kommission zu diesen Arbeiten nach Art. 47c KVG verhalten wird. Die Doppelspurigkeit ist offenkundig und muss durch entsprechenden Verzicht in der KVV bei den Aufgaben der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgelöst werden.

Zudem soll die Kommission gemäss der gesetzlichen Vorgabe (Art. 54c nKVG) «Empfehlungen zu den Massnahmen» ab, wobei nicht spezifiziert ist, welche Massnahmen gemeint sind und an wen diese Empfehlungen gerichtet werden. Gemäss der vorliegenden Verordnung soll sie aber «Empfehlungen zuhanden des Bundesrats und der Tarifpartner» abgeben. Worauf diese Empfehlungen abzielen, was sie bewirken sollen und wie diese vermittelt werden, bleibt völlig offen und voraussichtlich der ersten Kommissionsbesetzung überlassen.

*

Wir danken für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Bei Rückfragen steht Ihnen Guido Schommer gerne unter +41 79 300 51 45 oder guido.schommer@ospita.ch zur Verfügung.

Wir grüssen Sie freundlich.

ospita – Die Schweizer Gesundheitsunternehmen



Dr. Beat Walti
Präsident
Nationalrat



Guido Schommer
Generalsekretär

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Absatz 1: Sowohl der Gesetzestext als auch der Verordnungsentwurf sprechen vielfach von «Kostenzielen». Es ist jedoch nirgends definiert, in welcher Messgrösse und/oder Form solche Kostenziele definiert werden (absolute Zahlen? Steigerungsraten pro Jahr? Steigerung im Verhältnis zum LK? etc.). Die Messgrösse sollte – gerade im Hinblick auf die entsprechende Planungsmöglichkeit der Kantone – eindeutig definiert werden.</p> <p>Absatz 2: Die Aufzählung der namentlich zu berücksichtigenden Elemente bei der Festlegung von Kostenzielen ist durch die folgenden Punkte zu ergänzen: -regionale und/oder sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede -Folgeaufwände der Regulierung durch Bund und Kantone</p> <p>Absatz 3: Es erschliesst sich uns nicht, inwiefern die Kostenziele (vermutlich finanziell ausgedrückt) mit den Qualitätszielen des Bundesrats koordiniert werden können. Die Qualitätsziele umfassen zum Beispiel generisch abgefasste Zielsetzungen wie z.B.: -«K1 - Die Errichtung einer Just Culture in der Schweiz ist vorangeschritten.» -«G1 - Die Leadership für Qualität der Leistungen aller Akteure auf allen Ebenen des Systems wird verstärkt.» Es wäre auszuführen, wie eine solche Koordination zwischen quantitativen und qualitativen Grössen gelingen soll.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Der Bundesrat räumt in den Erläuterungen zur KVV-Revision selbst ein, dass mit den aufgeführten Kostengruppen nicht sämtliche durch die OKP entgoltenen Kosten abgedeckt sind. Damit signalisiert er, dass es auch Gesundheitsakteure gibt, die nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterstellt werden sollen. Dies ist aus Sicht der Leistungserbringer der aufgeführten Kostengruppen eine nicht tolerierbare Diskriminierung.</p> <p>Weiter ist nicht ersichtlich, weshalb beispielsweise pro Kostengruppe pauschale Kostenziele vorgegeben werden sollen. Beispielsweise ist in zahlreichen Versorgungsplanungen der Kantone unbestritten, dass der Bedarf für die Sektoren der stationären Rehabilitation und Psychiatrie in den kommenden Jahren ansteigen wird, was mitunter Kostenfolgen haben wird. Da nur eine Kostengruppe «stationäre Behandlungen» existiert, müsste also diese Differenzierung zwingend ebenfalls abgebildet werden. Deshalb ist die Ergänzung von Art. 75a Abs. 2 um sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede von zentraler Bedeutung.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Der Vorschlag der Zusammensetzung der Kommission lässt befürchten, dass diese ein gravierendes Governance-Problem aufweisen wird: Die vorgeschlagenen «Vertretungen» lassen erwarten, dass die Kommissionsmitglieder in erster Linie die Interessen ihrer «Herkunftsgruppe» vertreten müssen, statt als Expert/innen dem Bundesrat zur Verfügung zu stehen.</p> <p>Die Rollen sind strikte zu trennen: Entweder</p> <ul style="list-style-type: none"> -ist die Kommission zusammenzusetzen aus unabhängigen Expert/innen (mit klaren Mandatsverboten im Gesundheitswesen und bei den betroffenen Behörden) -oder aber die Kommission setzt sich zusammen aus Interessenvertreter/innen. Dann müssten die beiden Finanzierungsseiten der OKP – Rechnungssteller (Leistungserbringer) und Patient/innen einerseits und Bezahler andererseits (Versicherer und Kantone) paritätisch in der Kommission vertreten sein, mit Stichentscheid eines/r unabhängigen Präsidenten/in.

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Die Kommission soll gemäss Entwurf «eine kontinuierliche und systematische Überwachung der Kosten» einrichten. Gleichzeitig befindet sich aktuell als eine der Massnahmen aus dem Kostendämpfungspaket I die Umsetzung von Art. 47c KVG in Arbeit, welche besagt, dass Tarifpartner bei Abschluss von Tarifverträgen nach Art. 43 Abs. 4 KVG ein «gemeinsames Monitoring der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Mengen-, Volumen- und Kostenentwicklungen» vorsehen müssen. In ressourcenintensiven Arbeiten der Tarifpartner wird aktuell eine Systematik entwickelt, wie dieser Vorgabe Rechnung getragen werden kann. Es ist völlig unklar, wie sich die zusätzliche Kostenüberwachung der im Entwurf vorgeschlagenen Kommission zu diesen Arbeiten nach Art. 47c KVG verhalten wird. Die Doppelspurigkeit ist offenkundig und muss durch entsprechenden Verzicht in der KVV bei den Aufgaben der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgelöst werden.</p> <p>Zudem soll die Kommission gemäss der gesetzlichen Vorgabe (Art. 54c nKVG) «Empfehlungen zu den Massnahmen» ab, wobei nicht spezifiziert ist, welche Massnahmen gemeint sind und an wen diese Empfehlungen gerichtet werden. Gemäss der vorliegenden Verordnung soll sie aber «Empfehlungen zuhanden des Bundesrats und der Tarifpartner» abgeben. Worauf diese Empfehlungen abzielen, was sie bewirken sollen und wie diese vermittelt werden, bleibt völlig offen und voraussichtlich der ersten Kommissionsbesetzung überlassen.</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	<p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Im Namen von Physioswiss, der Schweizer Physiotherapie Verband, bedanken wir uns für die Möglichkeit Stellung nehmen zu dürfen. Physioswiss steht Grundsätzlich der Einführung der Kostenziele kritisch gegenüber, möchte aber dennoch zur Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags einen konstruktiven Beitrag leisten. Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass die Versorgungssicherheit an erster Stelle stehen muss.</p> <p>Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Anliegen.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BfS zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Zu Art. 28 Abs. 1: Anlässlich der Vernehmlassung betreffend Änderung KVG "Sicherstellung des Prinzips der einmaligen Erhebung der Daten" wurde festgehalten, dass alle Daten an das BfS geliefert werden sollen, damit eine mehrfache Lieferung von Daten nicht mehr notwendig ist.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. Die Repräsentativität ist im Einzelfall zu prüfen. b. Sie beruhen auf einem kohärenten sachgerechten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Zu Abs. 2 lit. a): Es muss im Einzelfall sichergestellt werden, dass diejenigen Parteien, welche die Leistungserbringer bzw. die Versicherer vertreten auch tatsächlich die Interessen einer Mehrheit repräsentieren.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b): Die Tarifstrukturen müssen immer zu einer sachgerechten Tarifierung führen.</p>

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Zu Abs. 1 lit. e) bereits heute wird von den ambulanten Leistungserbringern eine Kostenfolgeschätzung verlangt. Es ist nicht klar, was das Ziel dieser Änderung ist.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 Die Tarifpartner müssen in einem Abstand von 2 bis 3 Jahren überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen. 2 Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen. 3 Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.
Begründung	Zu Abs. 1: Das Kriterium der Regelmässigkeit ist zu wenig klar und wird nicht definiert. Dies betrifft bereits die Verordnung vor der Anpassung. Physioswiss verlangt, dass diese Revision KVV genutzt werden soll, um dieses Kriterium zu definieren. Eine Überprüfung in einem Abstand von 2 bis 3 Jahren wäre unserer Ansicht nach sinnvoll. Wird nicht genauer festgelegt, in welchen Abständen ein Tarif überprüft werden muss, so bleibt realistischweise nur die Kündigung, wenn ein Tarif, der längstens nicht mehr sachgerecht ist, geändert werden muss.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	1 1Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus. 2 Sie berücksichtigen: a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. 3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.
Begründung	Physioswiss ist der Ansicht, dass die Aufzählung nach Absatz 2 abschliessend sein muss. Die Kostenziele bringen für die Leistungserbringer:innen sowie für ihre Verbände potenziell grosse Auswirkungen mit sich. Es soll nicht die Möglichkeit offenstehen, dass nachträglich für weitere Gruppen von Leistungserbringer:innen Kostenziele definiert werden.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bundesrat legt Kostenziele in folgenden Kostengruppen fest: a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	Physioswiss ist der Ansicht, dass auch hier die Aufzählung abschliessend sein muss. Die Kostenziele bringen für die Leistungserbringer:innen sowie für ihre Verbände potenziell grosse Auswirkungen mit sich. Es soll nicht die Möglichkeit offenstehen, dass nachträglich für weitere Gruppen von Leistungserbringer:innen Kostenziele definiert werden.

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus zehn Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.drei Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Naturwissenschaften und die Medizin. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Zu Abs. 2 lit. a): Es ist nicht sachgerecht, wenn die Leistungserbringer:innen mit nur einer einzigen Person in der Kommission vertreten werden. Im Gegensatz zu den anderen weiteren Akteuren wie in den Ziffern b. bis e. genannt, haben die verschiedenen Leistungserbringer:innen (und ihre Verbände) nicht immer dieselben Interessen. In gewissen Fragen dürften die Ansichten auch gegensätzlich sein. Es ist deshalb nicht angemessen, wenn sämtliche Leistungserbringer:innen nur durch eine Person in der Kommission vertreten werden sollen. Es sollte mindestens verschiedene Vertreter bestimmt werden für die folgenden drei Bereiche: Ambulanten nicht-ärztlichen Leistungserbringer:innen, ambulante ärztliche Leistungserbringer:innen sowie stationären Leistungserbringer:innen.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. f) es muss genauer definiert werden, welche Qualifikationen "Personen aus der Wissenschaft" erfüllen müssen. Nach der Auffassung von Physioswiss wäre eine angemessene Qualifikation eine universitäre Ausbildung an einer naturwissenschaftlichen Fachrichtung mit und relevanter Berufserfahrung.</p>
Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. sie überwacht die Versorgungssicherheit. d. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. Die Berechnungen, die den Empfehlungen zugrunde liegen müssen immer auf aktuellen Daten und Tarifen basieren. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Neben der Überwachung der Kosten soll die Kommission auch die Versorgungssicherheit überblicken. Ausserdem muss gewährleistet werden, dass Empfehlungen der Kommission immer auf aktuellen Daten basieren.</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>·Die Kostenziele sollten dem EDI als Radar für die Kostenentwicklung dienen. Es bleibt abzuwar-ten, ob mit den Kosten- und Qualitätsziele das Kostenwachstum in der obligatorischen Kranken-pflegeversicherung (OKP) eingedämmt werden kann. Die Herleitung von Vierjahres-Kostenzielen ist aufgrund der Prognoseunsicherheit mit grossen Herausforderungen verbunde. Es ist daher sinnvoll zu prüfen, Kostenziele im Rahmen von Bandbreiten festzulegen. Es ist zudem darauf zu achten, dass es zu keinen Rationierungen kommen darf und sich der bürokratische Mehrauf-wand in engen Grenzen halten soll.</p> <p>·Es sind keine Massnahmen im Sinne von Sanktionen bei Nichterreicherung der Kosten- und Quali-tätsziel vorgesehen. Der Gesetzgeber hat dies explizit nicht vorgesehen. Die Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) gibt Empfehlungen zur Kostenent-wicklung und zu kostendämpfenden Massnahmen ab. Trotz der einschränkenden gesetzlichen Vorgaben ist von einer gewissen Wirkung auszugehen, die die Kommission entsprechend nutzen soll. Das BAG sollte daher verpflichtet werden, nach Festlegung der ersten Kostenziele eine Wir-kungs-Evaluation vorzunehmen.</p> <p>·Die vorgesehenen Kostengruppen zur Festlegung der Kostenziele unterstützt prio.swiss grund-sätzlich, auch wenn nicht alle Kostengruppen berücksichtigt werden. Gemäss erläuterndem Be-richt ist die Aufzählung nicht abschliessend so dass weitere Kostengruppen je nach Kostenent-wicklung hinzugenommen werden können. Aus Sicht von prio.swiss sollten möglichst alle Kos-tengruppe (wie bspw. Labore oder die Physiotherapie) und zumindest die grossen Amtstarife berücksichtigt werden. Des Weiteren verweisen wir auf mögliche Doppelspurigkeiten einerseits mit Art. 58 KVG (Qualität) und andererseits mit dem in den Tarifverträgen umzusetzenden ge-meinsamen Monitoring der Mengen- und Kostenentwicklung mit Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Entwicklungen (Art. 47c KVG). Die vorgesehene Koordination gemäss dem erläuternden Bericht bei den Qualitätszielen ist zentral. Für die Umsetzung der Kosten- und Qualitätsziele sollten soweit möglich bestehende Instrumente und Daten genutzt werden. Neue Strukturen sind nur in Bereichen notwendig, in denen noch keine geeigneten Instrumente exis-tieren. Ebenso sollten soweit möglich Synergien zwischen den bestehenden Kommissionen bzw. Gremien und der neuen EKKQ genutzt werden.</p> <p>·Aus Sicht von prio.swiss ist es nicht nachvollziehbar, warum sich die Verordnungsänderungen ausschliesslich auf die Pauschalen im stationären Bereich (DRG) bezieht, obwohl im neuen Arzttarif auch vermehrt ambulante Pauschalen vorgesehen sind.</p>

Anhang: 2500501_prio.swiss_Stellungnahme_KVV_Aenderung_Kosten- und Qualitaetsziele.pdf

prio.swiss, Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern

Per E-Mail an:

- gever@bag.admin.ch
- tarife-grundlagen@bag.admin.ch
- Online-Tool «Consultations»

Bern, 1. Mai 2025

**Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)
(Kosten- und Qualitätsziele); Stellungnahme prio.swiss**

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 29. Januar 2025 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur erwähnten KVV-Änderung teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Gerne nehmen wir dazu wie folgt Stellung.

- Die Kostenziele sollten dem EDI als Radar für die Kostenentwicklung dienen. Es bleibt abzuwarten, ob mit den Kosten- und Qualitätsziele das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eingedämmt werden kann. Die Herleitung von Vierjahres-Kostenzielen ist aufgrund der Prognoseunsicherheit mit grossen Herausforderungen verbunden. Es ist daher sinnvoll zu prüfen, Kostenziele im Rahmen von Bandbreiten festzulegen. Es ist zudem darauf zu achten, dass es zu keinen Rationierungen kommen darf und sich der bürokratische Mehraufwand in engen Grenzen halten soll.
- Es sind keine Massnahmen im Sinne von Sanktionen bei Nichterreichung der Kosten- und Qualitätsziel vorgesehen. Der Gesetzgeber hat dies explizit nicht vorgesehen. Die Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) gibt Empfehlungen zur Kostenentwicklung und zu kostendämpfenden Massnahmen ab. Trotz der einschränkenden gesetzlichen Vorgaben ist von einer gewissen Wirkung auszugehen, die die Kommission entsprechend nutzen soll. Das BAG sollte daher verpflichtet werden, nach Festlegung der ersten Kostenziele eine Wirkungs-Evaluation vorzunehmen.
- Die vorgesehenen Kostengruppen zur Festlegung der Kostenziele unterstützt prio.swiss grundsätzlich, auch wenn nicht alle Kostengruppen berücksichtigt werden. Gemäss erläuterndem Bericht ist die Aufzählung nicht abschliessend, so dass weitere Kostengruppen je nach Kostenentwicklung hinzugenommen werden können. Aus Sicht von prio.swiss sollten möglichst alle Kostengruppen (wie bspw. Labore oder die Physiotherapie) und zumindest die grossen Amtstarife berücksichtigt werden. Des Weiteren verweisen wir auf mögliche Doppelspurigkeiten einerseits mit

Art. 58 KVG (Qualität) und andererseits mit dem in den Tarifverträgen umzusetzenden gemeinsamen Monitoring der Mengen- und Kostenentwicklung mit Korrekturmassnahmen bei nicht erklär-
baren Entwicklungen (Art. 47c KVG). Die vorgesehene Koordination gemäss dem erläuternden
Bericht bei den Qualitätszielen ist zentral. Für die Umsetzung der Kosten- und Qualitätsziele soll-
ten soweit möglich bestehende Instrumente und Daten genutzt werden. Neue Strukturen sind
nur in Bereichen notwendig, in denen noch keine geeigneten Instrumente existieren. Ebenso
sollten soweit möglich Synergien zwischen den bestehenden Kommissionen bzw. Gremien und
der neuen EKKQ genutzt werden.

- Aus Sicht von prio.swiss ist es nicht nachvollziehbar, warum sich die Verordnungsänderungen
ausschliesslich auf die Pauschalen im stationären Bereich (DRG) bezieht, obwohl im neuen
Arzttarif auch vermehrt ambulante Pauschalen vorgesehen sind.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	I.		
	Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
	Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.		
	Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 19943 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 20004 (HMG)		

3 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 19975 (RVOG),		
Art. 28 Daten der Versicherer 1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 <u>Buchstaben a–e</u> KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 <u>Buchstaben a–e</u> KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 <u>Buchstaben a–e</u> KVG regelmässig pro -versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 <u>Buchstaben a–e</u> KVG erforderlich ist <u>und die Anonymität der versicherten Person gewahrt bleibt</u> . Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten	Es ist sinnvoll, dass der Bund diejenigen Daten erhält, die er benötigt, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu verbessern. Allerdings sollen aggregierte Daten verwendet werden und nur in ganz wenigen und begründeten Ausnahmefällen davon abgewichen werden. Eine Ergänzung der Absätze 1 und 6 um die Buchstaben d und e gemäss Art. 21 Abs. 2 KVG ergänzt die Verordnung um die angepassten gesetzlichen Vorgaben und ist folgerichtig.

4 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
		nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	
	3. Kapitel: Tarife und Preise		
	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag		
Art. 59c Tarifgestaltung ¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht: a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. ² Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge ¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen: a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. ² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:	a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der <u>tarifierten Leistungen</u> decken. <u>Nicht eindeutig zuordenbare Kosten können mit einem Intransparenz-Abzug versehen werden.</u>	Es gibt viele zwar ausgewiesene Kosten, deren Transparenz aber zweifelhaft ist.

5 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren. ³ Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.	a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. ³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.		Zu a: prio.swiss begrüsst die Aufnahme der Repräsentativität.
	Art. 59c^{bis} Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.		

6 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>Art. 59^cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <p>a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;</p> <p>b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag;</p> <p>c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG;</p>		Grundsätzlich einverstanden, Präzisierungsvorschlag bei Bst. f

7 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs;</p> <p>e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten;</p> <p>f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings.</p> <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geltenden Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>f. die Regelung des Monitorings der Entwicklung der Mengen, Volumen und Kosten sowie der Korrekturnahmen nach Artikel 47c KVG.</p>	<p>Bst. f. soll sich an das Wording gemäss Art. 47c KVG orientieren.</p> <p>Es ist zu präzisieren, was unter «vor- und nachgelagerten Bereiche» konkret gemeint ist.</p> <p>Der Vorschlag entspricht im DRG-Bereich der heutigen Praxis. Unklar ist, wie sich dies auf den ambulanten Bereich (Stichwort neuer Arzttarif inkl. ambulante Pauschalen) auswirken würde.</p>

8 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>Art. 59c^{quater} Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} sinngemäss an.</p>		
Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten		

9 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
<p>¹ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten. Der Tarifvertrag muss die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs beinhalten. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen namentlich folgende Unterlagen eingereicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode; b. die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung; c. die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche. 	<p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59c^{bis}, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>		

10 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
<p>² Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung beizulegen sind ergänzende Unterlagen über die Anforderungen, die die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.</p> <p>³ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat die Anpassungen des Tarifvertrags, namentlich jene der Tarifstruktur oder der Anwendungsmodalitäten, zur Genehmigung unterbreiten.</p> <p>⁴ Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.</p>			

11 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	Gliederungstitel vor Art. 59f		
	1a. Abschnitt Datenbekanntgabe		
	Gliederungstitel nach Art. 75		
	3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung		
	1. Abschnitt Kostenziele		
	<p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <p>a. die Entwicklung der Morbidität;</p> <p>b. den medizinisch-technischen Fortschritt;</p>		<p>Die Einführung von neuen Begriffen wie insbesondere „notwendige Kosten“ zur Deckung (...), «medizinischer Bedarf» und «qualitativ hochstehend und zweckmässig» ist nicht nachvollziehbar. Aus Sicht von prio.swiss ist unklar, warum neue Begrifflichkeiten verwendet werden sollen.</p> <p>Im erläuternden Bericht wird von möglichst günstigen Kosten gesprochen. Weitere Formulierung finden sich im Gesetz/Verordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Art. 32 KVG: wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich Art. 49 Abs.6 KVV: Ausrichtung am effizienten Leistungserbringer

12 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>c. <u>die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung;</u></p> <p>d. <u>das Effizienzpotenzial.</u></p> <p>³ <u>Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</u></p>	<p>⁴ Für die Kostenziele kann der Bundesrat Bandbreiten festlegen.</p>	<p>d) prio.swiss ist mit der Aufnahme des Effizienzpotentials grundsätzlich einverstanden. Der Begriff „Effizienzpotential“ ist klar zu definieren auch im Sinne einer vernünftigen Operationalisierung.</p> <p>Mit der Festlegung einer Bandbreite können übermässige Kostensteigerungen besser abgefedert werden, da diese nicht jährlich angepasst werden können. Generell ist festzuhalten, dass die Fixierung von Vierjahres-Zielen kaum praktikabel und mit vielen Ungewissheiten verbunden ist.</p>

13 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p><u>Art. 75b Ziele für die Kosten- gruppen</u></p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <p>a. <u>stationäre Behandlungen;</u></p> <p>b. <u>ambulante Behandlungen im Spital;</u></p> <p>c. <u>ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals;</u></p> <p>d. <u>Arzneimittel;</u></p> <p>e. <u>Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.</u></p>	<p>f. <u>Laboratorien</u></p> <p>g. <u>Physiotherapie</u></p>	<p>Da Labore und Physiotherapie verordnete Leistungen sind, sollen diese ebenfalls berücksichtigt werden.</p>
MEG/PGU	<p>2. Abschnitt: Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>		
	<p><u>Art. 75c Mitglieder</u></p>		<p>Das Mitwirken von wissenschaftlichen Expertinnen und Experten ist durchaus zu begrüssen. Weder aus dem Vernehmlassungstext noch aus</p>

14 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <p>a. eine Person die Leistungserbringer;</p> <p>b. eine Person die Kantone;</p> <p>c. eine Person die Versicherer;</p> <p>d. eine Person die Versicherten;</p> <p>e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission;</p> <p>f. drei Personen die Wissenschaft.</p>	<p>a1. eine Person die ambulanten Leistungserbringer</p> <p>a2. eine Person die stationären Leistungserbringer</p> <p>b....</p> <p>c. Zwei Personen die Versicherer</p> <p>d.....</p> <p>e.....</p> <p>f.</p>	<p>den Erläuterungen geht hervor, um welche Art von Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler es sich handeln soll.</p> <p>Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass diese mit drei Sitzen in der Kommission vertreten sind. Für die Definition von Kostenzielen sind insbesondere die Versicherer wie auch Leistungserbringer wichtig und besitzen ein vertieftes Fachwissen, damit Kostenziele auch umsetzbar und messbar werden.</p> <p>Es wird daher vorgeschlagen, bei der Zusammensetzung eine Anpassung vorzunehmen: zwei Versicherervertreter sowie zwei Vertreter der Leistungserbringer zu bestellen. Seitens Leistungserbringer ist dabei wichtig, dass der ambulante wie auch stationäre Bereich durch je eine Person vertreten wird.</p> <p>Auch wenn dadurch die Kommission aus 10 Mitgliedern besteht, wird diese erfahrungsgemäss weiterhin ausreichend effizient handeln und rasch eingreifen können.</p>

15 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse in der Ökonometrie und des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Auch könnte geprüft werden, ob die neue Kommission auch aus Vertretern von bestehenden Kommissionen zusammengesetzt werden könnte. So könnten Synergien zwischen den bestehenden Kommissionen optimal genutzt werden.</p> <p>Mit Absatz drei wird gewährleistet, dass die Einsitz nehmenden Personen eine hohe Fachkompetenz im Bereich der Kosten- und Datenmanagement inkl. Statistik im Gesundheitswesen haben sollten- unabhängig davon, ob sie bspw. die Versicherer oder die Leistungserbringer vertreten.</p>
	<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p>		<p>Die Kommission hat keine Entscheidungsbefugnis, was nachvollziehbar ist. Dennoch werden ihr Arbeiten namentlich in der Überwachung der Kosten übertragen, die einen gewissen Handlungsspielraum und insbesondere Ressourcen benötigen.</p> <p>Es geht weder aus den Ausführungen in den Erläuterungen noch aus dem Verordnungstext hervor, mit</p>

16 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>		<p>welchen Mitteln und Ressourcen dies umzusetzen ist.</p> <p>Das Nutzen bestehender Datensammlungen und damit die Vermeidung von Doppelspurigkeiten wird begrüsst.</p>
	<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p>		

17 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>		
	<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>		<p>Die Koordination mit der Qualitätskommission wird begrüsst und als wichtig erachtet. Mit der Einsitznahme eines Mitglieds der Qualitätskommission ist diese auch gewährleistet.</p> <p>Zu prüfen ist, ob ein Mitglied der EKKQ in der EQK Einsitz nehmen, um das Gegenrecht zu gewährleisten.</p>
	<p>II.</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</i></p> <p>Zu- stän- diges</p> <p>Ausserparlamentarische Kommission</p>		

18 / 20

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag prio.swiss	Bemerkungen
	<p>De- parte- ment t EDI</p> <p>...</p> <p>Eidgenössische Kommis- sion für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Kranken- pflegeversicherung</p>		
	III.		
	Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.		

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

prio.swiss



Marco Romano
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Philippe Gubler
Projektleiter Gesundheitspolitik

Für Rückfragen: Philippe Gubler
Direktwahl: 058 521 26 09
philippe.gubler@prio.swiss

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Es ist sinnvoll, dass der Bund dieje-nigen Daten erhält, die er benötigt, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu verbes-ern. Allerdings sollen aggregierte Daten verwendet werden und nur in ganz wenigen und begründeten Ausnahmefällen davon abgewichen werden.</p> <p>Eine Ergänzung der Absätze 1 und 6 um die Buchstaben d und e gemäss Art. 21 Abs. 2 KVG ergänzt die Ver-ordnung um die angepassten ge-setzlichen Vorgaben und ist folge-richtig.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Es gibt viele zwar ausgewiesene Kosten, deren Transparenz aber zweifelhaft ist.</p> <p>Zu a: prio.swiss begrüsst die Auf-nahme der Repräsentativität.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>
Begründung	<p>Grundsätzlich einverstanden, Präzi-sierungsvorschlag bei Bst. f</p> <p>Bst. f. soll sich an das Wording ge-mäss Art. 47c KVG orientieren.</p> <p>Es ist zu präzisieren, was unter «vor- und nachgelagerten Bereiche» konkret gemeint ist.</p> <p>Der Vorschlag entspricht im DRG-Bereich der heutigen Praxis. Unklar ist, wie sich dies auf den ambulan-ten Bereich (Stichwort neuer Arztta-rif inkl. ambulante Pauschalen) auswirken würde.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Die Einführung von neuen Begriffen wie insbesondere „notwendige Kosten“ zur Deckung (...), «medizinischer Bedarf» und «qualitativ hochstehend und zweckmässig» ist nicht nachvollziehbar. Aus Sicht von prio.swiss ist unklar, warum neue Begrifflichkeiten verwendet werden sollen.</p> <p>Im erläuternden Bericht wird von möglichst günstigen Kosten gesprochen. Weitere Formulierung finden sich im Gesetz/Verordnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 32 KVG: wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich • Art. 49 Abs.6 KVV: Ausrichtung am effizienten Leistungserbringer <p>d) prio.swiss ist mit der Aufnahme des Effizienzpotentials grundsätzlich einverstanden. Der Begriff „Effizienzpotenzial“ ist klar zu definieren auch im Sinne einer vernünftigen Operationalisierung.</p> <p>Mit der Festlegung einer Bandbreite können übermässige Kostensteigerungen besser abgefedert werden, da diese nicht jährlich angepasst werden können. Generell ist festzuhalten, dass die Fixierung von Vierjahres-Zielen kaum praktikabel und mit vielen Ungewissheiten verbunden ist.</p>
Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Da Labore und Physiotherapie verordnete Leistungen sind, sollen diese ebenfalls berücksichtigt werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Das Mitwirken von wissenschaftli-chen Expertinnen und Experten ist durchaus zu begrüßen. Weder aus dem Vernehmlassungstext noch aus den Erläuterungen geht hervor, um welche Art von Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler es sich han-deln soll.</p> <p>Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass diese mit drei Sitzen in der Kommission vertreten sind. Für die Definition von Kostenzielen sind insbesondere die Versicherer wie auch Leistungserbringer wichtig und besitzen ein vertieftes Fachwissen, damit Kostenziele auch umsetzbar und messbar werden.</p> <p>Es wird daher vorgeschlagen, bei der Zusammensetzung eine Anpas-sung vorzunehmen: zwei Versi-cherervertreter sowie zwei Vertreter der Leistungserbringer zu bestellen. Seitens Leistungserbringer ist dabei wichtig, dass der ambulante wie auch stationäre Bereich durch je eine Person vertreten wird.</p> <p>Auch wenn dadurch die Kommission aus 10 Mitgliedern besteht, wird diese erfahrungsgemäss weiterhin ausreichend effizient handeln und rasch eingreifen können.</p> <p>Auch könnte geprüft werden, ob die neue Kommission auch aus Vertre-tern von bestehenden Kommissio-nen zusammengesetzt werden könnte. So könnten Synergien zwi-schen den bestehenden Kommissio-nen optimal genutzt werden.</p> <p>Mit Absatz drei wird gewährleistet, dass die Einsitz nehmenden Perso-nen eine hohe Fachkompetenz im Bereich der Kosten– und Datenma-nagement inkl. Statistik im Gesund-heitswesen haben sollten– unab-hängig davon, ob sie bspw. die Ver-sicherten oder die Leistungserbrin-ger vertreten.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Die Kommission hat keine Entscheidungsbefugnis, was nachvollziehbar ist. Dennoch werden ihr Arbeiten namentlich in der Überwachung der Kosten übertragen, die einen gewissen Handlungsspielraum und insbesondere Ressourcen benötigen.</p> <p>Es geht weder aus den Ausführungen in den Erläuterungen noch aus dem Verordnungstext hervor, mit welchen Mitteln und Ressourcen dies umzusetzen ist.</p> <p>Das Nutzen bestehender Datensammlungen und damit die Vermeidung von Doppelspurigkeiten wird begrüsst.</p>

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Die Koordination mit der Qualitätskommission wird begrüsst und als wichtig erachtet. Mit der Einsitznahme eines Mitglieds der Qualitätskommission ist diese auch gewährleistet.</p> <p>Zu prüfen ist, ob ein Mitglied der EKKQ in der EQK Einsitz nehmen, um das Gegenrecht zu gewährleisten.</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Zustimmung
Begründung:	<p>pro-salute.ch, seit 2020 die Stimme der Patientinnen und Patienten, der Konsumentinnen und Konsumenten und der Prämienzahlenden, dankt Ihnen für die Einladung vom 29. Januar 2025, zum oben erwähnten Geschäft Stellung zu nehmen.</p> <p>Mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) «Massnahmen zur Kostendämpfung – Vorgabe von Kosten- und Qualitätszielen», wurde die Regelung eingeführt, wonach der Bundesrat die Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer für einen Zeitraum von vier Jahren festlegt. Wir freuen uns, dass mit dieser Gesetzesrevision die Perspektive der Versicherten ausdrücklich in die Zielfindungen einfließen wird. pro-salute.ch ist bestrebt, diesem Auftrag bestmöglich nachzukommen.</p> <p>Wir unterstützen die vorgeschlagenen Anpassungen der Verordnung. Zu vier spezifischen Aspekten regen wir nachfolgend Ergänzungen und Präzisierungen an.</p> <p>Wir verzichten auf Kommentare zu den Tarifstrukturen und den Grundsätzen für Tarifverträge (Art. 59c-59d), da auch künftig nicht vorgesehen ist, dass Vertretungen der Versicherten und der Patientinnen zu Vertragspartnern bei der Tarifgestaltung werden. Es ist aus unserer Sicht sachgerecht, dass die Vertragspartner bei Tarifverträgen die Organisationen der Versicherer und der Leistungserbringenden sind und dass der Bund eingreifen kann, wenn keine Einigung erzielt wird.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Wir verzichten auf Kommentare zu den Tarifstrukturen und den Grundsätzen für Tarifverträge (Art. 59c-59d), da auch künftig nicht vorgesehen ist, dass Vertretungen der Versicherten und der Patientinnen zu Vertragspartnern bei der Tarifgestaltung werden. Es ist aus unserer Sicht sachgerecht, dass die Vertragspartner bei Tarifverträgen die Organisationen der Versicherer und der Leistungserbringenden sind und dass der Bund eingreifen kann, wenn keine Einigung erzielt wird.
Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Siehe Kommentar zu Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge.
Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Siehe Kommentar zu Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Siehe Kommentar zu Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Siehe Kommentar zu Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>pro-salute.ch unterstützt die Formulierung zu den Gesamtzielen und der zu berücksichtigenden Aspekte.</p> <p>Artikel 54a nKVG gibt den Kantonen die Möglichkeit, eigene Kostenziele festzulegen, wobei die Versicherer, die Versicherten und die Leistungserbringer vorgängig anzuhören sind. Wie kann und will der Bund sicherstellen, dass die Kantone diese Anhörungen tatsächlich durchführen? Müsste die aktualisierte Verordnung KVV zu, KVG Art. 54a (neu) nicht auch einen Anwendungsmodus definieren? Anregung: Ergänzung in der KVV: Berichterstattungspflicht der Kantone zuhanden des Bundes, zur Darlegung ihrer Kosten- und Qualitätsziele samt Darlegung des Entscheidungswegs mit den Anhörungen, in Erfüllung von KVG Art. 54a.</p> <p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen, pflegerischen, Beraterischen und therapeutischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	Eine umfassende Betrachtung, nicht nur des medizinisch-technischen, sondern auch des pflegerischen, Beraterischen und therapeutischen Fortschritts, stellt sicher, dass alle Aspekte der medizinischen Versorgung abgedeckt werden.

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen und weiteren Leistungserbringenden ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Auch weitere akkreditierte Fachpersonen anderer Berufsgruppen (z.B. Apotheker*innen, Hebammen) haben gemäss Gesetz gewisse Rechte, kassenpflichtige Anordnungen zu treffen. Mit dem Kostendämpfungspaket 2 (Schlussabstimmungen in den Räten am 21.3.2025; Vernehmlassungsfrist läuft) sind entsprechende Beschlüsse gefasst worden. Es ist nicht nur aus Kostensicht, sondern auch aus Sicht der Qualität oft berechtigt, dass nebst Ärztinnen und Ärzten weitere akkreditierte Fachpersonen Leistungen vornehmen bzw. anordnen, die in der OKP versichert sind.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus neun Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.zwei Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Die Versicherten sind die gesamte Bevölkerung. Oft wird nur an die Perspektive «Patient und Patientin» gedacht. Es gibt jedoch auch viele gesunde, aktuell nicht behandlungsbedürftige Personen mit Interesse an der Erfüllung der Aufgaben dieser Kommission und entsprechender Kompetenz. Wenn sie zu zweit vertreten sind, lässt sich eine gewisse Diversität erreichen: Z.B. unterschiedliche Sprachregion, Perspektive Konsument:in und Perspektive Patient:in.</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
<p>Begründung:</p>	<p>Gerne nutzen wir die Möglichkeit, zu den vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) mit Kosten- und Qualitätszielen Stellung zu nehmen.</p> <p>Wir nehmen als Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin Stellung.</p> <p>Die Vorlage ist die Folge des indirekten Gegenvorschlages zur Kostenbremseinitiative (Volksinitiative vom 10.03.2020 «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»), die am 9. Juni 2024 von Volk und Ständen überaus klar (62.8% und 18 Stände) abgelehnt wurde. Wir haben uns zusammen mit dem Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe stark gegen diese Initiative engagiert.</p> <p>Den indirekten Gegenvorschlag, den Bundesrat und Parlament der Initiative gegenübergestellt haben, beurteilen wir ebenso kritisch. Insbesondere die Kostenziele sind für uns der falsche Ansatz, um gesundheitspolitisch zu steuern. Zudem ist der vorgeschlagene Weg dazu weder in der Lage, zu steuern, noch, in geeignetem Mass Einfluss zu nehmen auf die Entwicklung des Gesundheitssystems, geschweige denn auf dessen Kosten. Was die Qualitätsziele betrifft, so erachten wir den Art. 58 KVG und die damit verbundenen Dispositionen, insbesondere die Eidgenössische Qualitätskommission mit ihren Aufgaben, als genügend. Weitere Zuständigkeiten, die sich überschneiden und damit zu Koordinationsbedarf führen, sind ein Unding und müssen vermieden werden.</p> <p>In einer politischen Steuerung ist letztlich der Sinn von Zielvorgaben im Kostenbereich, diese durchzusetzen und in der Folge auch Mengen zu beschränken und Plafonds einzuführen. Zwar wird in der Gesetzesvorlage explizit (noch) kein Automatismus vorgesehen, wonach Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden könnten, sobald ein Kostenziel überschritten wäre. Trotzdem werden natürlich dem Bund zusätzliche Kompetenzen eingeräumt, dies letztlich in Beschränkung der Kompetenzen von Kantonen und der Tarifpartner. Doch selbst mit den zusätzlichen Kompetenzen können die in der Effizienzpotentialstudie von WIG und Intras beschriebenen Ineffizienzen weder erkannt noch bekämpft werden.</p> <p>Dass das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung mit verschiedenen konkreten Massnahmen bei den Tarifen und den Laboranalysen gebremst werden soll, ist aus der Parlamentsdebatte klar. Die wieder aufgeflamten Diskussionen um die Vertragsfreiheit bei den Laboren spricht Bände, die Diskussionen im Kostendämpfungspaket 2 haben erst gerade einen Abschluss gefunden, gewisse Widersprüche zu dieser Vorlage wurden dort bereits moniert.</p> <p>Die neue ambulante Tarifstruktur wird erst eingeführt, ist einer strikten Kostenneutralität unterstellt und sollte an sich Garant genug sein, dass die Kosten zumindest in diesem Bereich nicht überborden.</p> <p>Kurz: es laufen sehr viele Prozesse parallel, eine Koordination und Evaluation über das Gesamte ist eigentlich kaum möglich, obwohl dringend nötig.</p> <p>Eigentlich müssten mit den neuen Bestimmungen systematische Überlegungen dazu entstehen, welches Kostenwachstum in den einzelnen Bereichen der obligatorischen Krankenversicherung angemessen sei. Dies ist die postulierte Ausgangslage in den Gesamtzielen gemäss Art. 75a. Wer diese Grundlagen wirklich erarbeitet, bleibt offen. Wir hegen die Befürchtung, dass mit den neuen Zielen (und der damit verbundenen Steuerungslogik) das bestehende KVG-System mit planwirtschaftlichen Eingriffen sowie einer überkomplizierten und bürokratischen Kostensteuerung übersteuert wird.</p> <p>Der zweite Teil der beabsichtigten Steuerung über Kostenziele fehlt weitgehend, da dazu, im Moment jedenfalls, auch keine politischen Mehrheiten bestehen. Ausser unverbindlichen Empfehlungen der neu zu schaffenden Kommission, gestützt auf eine neu aufzubauende Überwachung der Kosten, werden keine weiteren Resultate zu erwarten sein.</p> <p>Dass solche Zielsetzungen an sich die Transparenz erhöhen und die Tarifpartnerschaft stärken, wie seinerzeit beabsichtigt, stellen wir in Abrede. Wir sehen eher die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten mittelfristig unter den Kostenvorgaben leiden werden, weil deren Definition und Durchsetzung in logischer Konsequenz die Versorgung einschränken, genannt seien hier z.B. Globalbudgets.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Wir schliessen uns vollständig den Argumenten der FMH zu diesen Bestimmungen an. Die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person widerspricht dem Verhältnismässigkeitsprinzip und ist datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen. Für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages werden wohl kaum Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Die neu gestalteten Abschnitte zu «Tarif» stellen in unseren Augen eine Verkomplizierung mit Eingriff in die Tarifautonomie dar. Auch wenn es sinnvoll ist, der Genehmigungsbehörde ein klares Zeitfenster zur Bearbeitung zu definieren. Ebenso ist es sicher sinnvoll, dass Tarife aktuell gehalten und entsprechend angepasst werden. Der Grundsatz, dass diese Tarife sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt sein müssen, wird durch die neuen Artikel weder verbessert noch konkretisiert, sondern erschwert. Eine weitere Einschränkung mittels der Vorgaben von Art 59c wird dazu führen, dass eine Gesamterneuerung und eine grundsätzliche Anpassung verunmöglicht werden. Im Übrigen schliessen wir uns der Stellungnahme der FMH an.</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Unsere grundsätzlichen Zweifel an der Wirksamkeit von Kostenzielen haben wir in den generellen Bemerkungen geäussert. Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Als logische Konsequenz unserer Ausführungen schlagen wir einen Verzicht auf eine neue Kommission vor und empfehlen, dem BAG die Aufgabe des Kostenmonitorings zu übergeben. Entsprechend können die vorgeschlagenen Artikel 75 c – f ersatzlos gestrichen werden.</p> <p>Die Qualitätsziele können nämlich sehr wohl der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission überlassen werden, sie kann auch ein Qualitätsmonitoring übernehmen.</p> <p>Die Überschneidungen und damit Koordinationsaufwände liessen sich somit einfach vermeiden.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	Siehe Antwort zu 75c

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf. 2 Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.
Begründung	Siehe Antwort zu 75c.

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission. 2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Siehe Antwort zu 75c

scienceindustries

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>scienceindustries lehnt die Vorlage entschieden ab und unterstützt die Eingaben von economiesuisse und Interpharma.</p> <p>Die vorgeschlagene Revision der KVV in ihrer aktuellen Form erhöht den administrativen Aufwand, führt zu neuen bürokratischen Hürden und fördert Doppelspurigkeiten. Statt Effizienzgewinne zu erzielen, riskiert sie Mehrkosten Governance-Probleme und schafft letztlich Versorgungsrisiken. scienceindustries fordert daher eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage.</p>

Anhang: 25-04-30_Stellungnahme_scienceindustries_Vdef.pdf

per E-Mail:
Eidgenössisches Departement des Innern EDI

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

Zürich, 30. April 2025

Stellungnahme: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV - Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin Baume-Schneider
Sehr geehrte Damen und Herren

scienceindustries ist der Wirtschaftsverband der Schweizer Industrien Chemie, Pharma und Life Sciences. Wir vertreten die wirtschaftspolitischen Interessen von rund 250 in der Schweiz tätigen Unternehmen aus den genannten und verwandten Branchen gegenüber staatlichen Behörden, der Öffentlichkeit und internationalen Organisationen. Zu unseren Mitgliedern zählen Firmen, die von der eingangs erwähnten Änderung direkt betroffen sein werden.

scienceindustries lehnt die Vorlage entschieden ab und unterstützt die Eingaben von economiesuisse und Interpharma.

Keine separaten Ziele pro Kostenblock

Die Einführung von **separaten Zielen pro Kostenblock**, insbesondere im Bereich der Arzneimittel, ist aus industrie- und gesundheitspolitischer Sicht **klar abzulehnen**. Die eidgenössischen Räte haben im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative explizit entschieden, auf solche separaten Zielvorgaben zu verzichten, die der Bundesrat ausdrücklich einführen wollte (vgl. Fahne). Der Verordnungsentwurf (vgl. Art. 75b VE-KVV) widerspricht diesem klaren politischen Entscheid, wenn er nun vorsieht, dass - zusätzlich zu den Zielen für die Gesamtkosten - auch Kostenziele für definierte Kostengruppen festzulegen sind. Diese **Kostengruppen lehnt scienceindustries entschieden ab**. Die Vorlage untergräbt nicht nur die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses, sondern schafft auch zusätzliche Regulierungsrisiken. Kostenziele pro Kostengruppe vorzuschlagen, wird die Probleme bei der Festlegung von Gesamtkostenzielen noch verschärfen. Zudem führen Innovationen zu Verschiebungen der relativen Kostengewichte pro Kostengruppe, welche eine Kommission nicht vorhersehen kann. Schliesslich fördern Kostenziele pro Kostengruppe das Silodenken und machen damit die Versorgung ineffizienter.

Bereits heute wird der Bereich der Arzneimittel durch ein System von Preiskontrollen, durch die Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sowie der Erstellung der Spezialitätenliste separat reguliert. Die **Schaffung einer weiteren übergeordneten Zielvorgabe für Arzneimittel steht in Widerspruch zu diesen bestehenden Mechanismen** und riskiert, die Versorgungssicherheit, den Zugang zu Innovationen und die Gleichbehandlung in der Grundversorgung zu gefährden. Ein solches Vorgehen birgt eine hohe Gefahr der Innovationshemmung, insbesondere in Bereichen, in denen

neue Therapieformen anfangs höhere Kosten verursachen, aber langfristig Einsparungen und Verbesserungen der Versorgung bewirken. Daher halten wir eine ganzheitliche Betrachtung der Kostenentwicklung für zielführender, bei der die Wechselwirkungen der verschiedenen Leistungsbereiche abgewogen werden. Die pharmazeutische Industrie trägt bereits heute durch regelmässige Preissenkungen und regulatorisch bedingte Einsparungen substanziell zur Kostendämpfung bei, weshalb sich weitere Massnahmen über Zielregulierungen in diesem Bereich nicht zielführend sein werden und sich auch nicht rechtfertigen.

Qualitätsziele müssen angemessen berücksichtigt werden

Ein weiteres **zentrales Anliegen ist die stärkere und klarere Berücksichtigung von Qualitätszielen**. Während die Vorlage eine detaillierte Ausarbeitung zu den Kostenzielen vorsieht, bleiben die Qualitätsziele vage formuliert und unzureichend operationalisiert. Eine wirksame Steuerung des Gesundheitssystems muss jedoch beide Elemente gleichwertig berücksichtigen. Es braucht präzise Definitionen und messbare Qualitätsindikatoren, insbesondere zur Bewertung patientenrelevanter Therapieergebnisse, zur Einhaltung medizinischer Leitlinien und zur Nutzung digitaler Technologien. Wenngleich die Kosten im Gesundheitswesen im Auge zu behalten sind, darf dies nicht auf Kosten der Versorgungsqualität geschehen. Denn eine einseitige Fokussierung auf Kostenziele ohne gleichwertige Qualitätsgrundlagen würde zu einer Verzerrung der Anreize im System führen. **scienceindustries fordert deshalb in Übereinstimmung mit dem Parlament, dass die Qualitätsziele in der Verordnung deutlicher und verbindlicher berücksichtigt werden.** Es ist entscheidend, dass die Qualität der medizinischen Versorgung genauso messbar und in die Zielsetzung aufgenommen wird wie die Kosten, um sicherzustellen, dass die angestrebten Einsparungen nicht zu Lasten der Patientenversorgung gehen. Praktikable Vorgaben zur Messung der Qualitätsziele werden unabdingbar sein, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Qualität sicherzustellen.

Kommissionen und Governance

Die Schaffung einer neuen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) wirft Fragen zur Governance und zur Schnittstellenklärung mit bestehenden Gremien auf. Bereits heute bestehen mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) und der Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zwei etablierte Institutionen mit entsprechenden Mandaten. **Die Einführung einer zusätzlichen EKKQ birgt das Risiko von Doppelspurigkeiten und erhöhter Komplexität.**

Wichtig ist aus unserer Sicht, dass eine allfällige neue Kommission über eine fachlich und institutionell ausgewogene Zusammensetzung verfügt. Entweder erfolgt eine Besetzung mit unabhängigen Expertinnen und Experten unter Ausschluss institutioneller Interessenvertretungen oder es wird eine paritätische Repräsentation der verschiedenen Akteursgruppen (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, Industrie) mit einem unabhängigen Präsidium vorgesehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pharmaindustrie nicht als Leistungserbringer im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) klassifiziert wird, jedoch als bedeutender Stakeholder im Gesundheitswesen ebenfalls über einen Sitz in der Kommission verfügen wird, sollte an einem separaten Kostenziel für Arzneimittel festgehalten werden.

Die vorgeschlagene Revision der KVV in ihrer aktuellen Form erhöht den administrativen Aufwand, führt zu neuen bürokratischen Hürden und fördert Doppelspurigkeiten. Statt Effizienzgewinne zu erzielen, riskiert sie Mehrkosten, Governance-Probleme und schafft letztlich Versorgungsrisiken. **scienceindustries fordert daher eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse



Stephan Mumenthaler
Direktor



Jürg Granwehr
Bereichsleiter Pharma & Recht

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none">a. die Entwicklung der Morbidität;b. den medizinisch-technischen Fortschritt;c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung;d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Ein weiteres zentrales Anliegen ist die stärkere und klarere Berücksichtigung von Qualitätszielen. Während die Vorlage eine detaillierte Ausarbeitung zu den Kostenzielen vorsieht, bleiben die Qualitätsziele vage formuliert und unzureichend operationalisiert. Eine wirksame Steuerung des Gesundheitssystems muss jedoch beide Elemente gleichwertig berücksichtigen. Es braucht präzise Definitionen und messbare Qualitätsindikatoren, insbesondere zur Bewertung patientenrelevanter Therapieergebnisse, zur Einhaltung medizinischer Leitlinien und zur Nutzung digitaler Technologien. Wenngleich die Kosten im Gesundheitswesen im Auge zu behalten sind, darf dies nicht auf Kosten der Versorgungsqualität geschehen. Denn eine einseitige Fokussierung auf Kostenziele ohne gleichwertige Qualitätsgrundlagen würde zu einer Verzerrung der Anreize im System führen. Die Gesundheitsindustrie fordert deshalb in Übereinstimmung mit dem Parlament, dass die Qualitätsziele in der Verordnung deutlicher und verbindlicher berücksichtigt werden. Es ist entscheidend, dass die Qualität der medizinischen Versorgung genauso messbar und in die Zielsetzung aufgenommen wird wie die Kosten, um sicherzustellen, dass die angestrebten Einsparungen nicht zu Lasten der Patientenversorgung gehen. Praktikable Vorgaben zur Messung der Qualitätsziele werden unabdingbar sein, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Qualität sicherzustellen.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Die Einführung von separaten Zielen pro Kostenblock, insbesondere im Bereich der Arzneimittel, ist aus industrie- und gesundheitspolitischer Sicht klar abzulehnen. Die eidgenössischen Räte haben im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Initiative explizit entschieden, auf solche separaten Zielvorgaben zu verzichten, die der Bundesrat ausdrücklich einführen wollte (vgl. Fahne). Der Verordnungsentwurf (vgl. Art. 75b VE-KVV) widerspricht diesem klaren politischen Entscheid, wenn er nun vor-sieht, dass - zusätzlich zu den Zielen für die Gesamtkosten - auch Kostenziele für definierte Kostengruppen festzulegen sind. Diese Kostengruppen lehnt scienceindustries entschieden ab. Die Vorlage unter-gräbt nicht nur die Glaubwürdigkeit des politischen Prozesses, sondern schafft auch zusätzliche Regulie-rungsrisiken. Kostenziele pro Kostengruppe vorzuschlagen, wird die Probleme bei der Festlegung von Gesamtkostenzielen noch verschärfen. Zudem führen Innovationen zu Verschiebungen der relativen Kostengewichte pro Kostengruppe, welche eine Kommission nicht vorhersehen kann. Schliesslich för-dern Kostenziele pro Kostengruppe das Silodenken und machen damit die Versorgung ineffizienter.</p> <p>Bereits heute wird der Bereich der Arzneimittel durch ein System von Preiskontrollen, durch die Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sowie der Erstellung der Spezialitätenliste separat reguliert. Die Schaffung einer weiteren übergeordneten Zielvorgabe für Arz-neimittel steht in Widerspruch zu diesen bestehenden Mechanismen und riskiert, die Versorgungssicher-heit, den Zugang zu Innovationen und die Gleichbehandlung in der Grundversorgung zu gefährden. Ein solches Vorgehen birgt eine hohe Gefahr der Innovationshemmung, insbesondere in Bereichen, in denen neue Therapieformen anfangs höhere Kosten verursachen, aber langfristig Einsparungen und Verbesse-rungen der Versorgung bewirken. Daher halten wir eine ganzheitliche Betrachtung der Kostenentwick-lung für zielführender, bei der die Wechselwirkungen der verschiedenen Leistungsbereiche abgewogen werden. Die pharmazeutische Industrie trägt bereits heute durch regelmässige Preissenkungen und regulatorisch bedingte Einsparungen substanziell zur Kostendämpfung bei, weshalb sich weitere Mass-nahmen über Zielregulierungen in diesem Bereich nicht zielführend sein werden und sich auch nicht rechtfertigen.</p>

Titel	2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die Schaffung einer neuen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) wirft Fragen zur Governance und zur Schnittstellenklärung mit bestehenden Gremien auf. Bereits heute bestehen mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) und der Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) zwei etablierte Institutionen mit entsprechenden Mandaten. Die Einführung einer zusätzlichen EKKQ birgt das Risiko von Doppelspurigkeiten und erhöhter Komplexität.</p> <p>Wichtig ist aus unserer Sicht, dass eine allfällige neue Kommission über eine fachlich und institutionell ausgewogene Zusammensetzung verfügt. Entweder erfolgt eine Besetzung mit unabhängigen Expertin-nen und Experten unter Ausschluss institutioneller Interessenvertretungen oder es wird eine paritätische Repräsentation der verschiedenen Akteursgruppen (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, Industrie) mit einem unabhängigen Präsidium vorgesehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pharmaindustrie nicht als Leistungserbringer im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) klassifiziert wird, jedoch als bedeutender Stakeholder im Gesundheitswesen ebenfalls über einen Sitz in der Kommission verfü-gen wird, sollte an einem separaten Kostenziel für Arzneimittel festgehalten werden.</p>

senesuisse

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Es ist kein Geheimnis, dass senesuisse gegen unnötige Gesetzesvorschriften kämpft. Dieser Gegenvorschlag zu einer für den Wahlkampf eingesetzten Volksinitiative fällt genau in diese Kategorie der zu vermeidenden Ausuferung von Gesetzgebung.</p> <p>Wir sind überzeugt, dass gesetzliche Vorgaben zu Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht eine bessere Wirtschaftlichkeit geschweige denn Qualität bewirken, sondern aufgrund der damit verursachten Aufwände eher das Gegenteil: Weil mit der zusätzlichen Bürokratie stets personeller Aufwand verursacht wird, steigen insgesamt die Kosten bei Versicherern /Verwaltung und auch Leistungserbringern, was gerade im Bereich der Qualität kontraproduktiv ist, weil dann weniger Zeit für die Patient:innen bleibt.</p> <p>Nach Annahme von EFAS ist nun auch die Pflege den Regelungen zu Tarifverträgen unterstellt. Sie wurde verständlicherweise bei der Ausarbeitung der vorgelegten Verordnung kaum berücksichtigt, wie insbesondere die Kriterienwahl zur Festlegung der Kostenziele zeigt. Entsprechend beantragen wir Anpassungen, sofern die Vorlage auch in diesem Bereich umgesetzt werden muss.</p>

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Die Vorlage wurde vom Parlament verabschiedet, also ist sie bedauerlicherweise umzusetzen.</p> <p>Wir geben aber zu bedenken, dass die Erhebung/Auswertung von noch mehr und noch detaillierteren Daten nicht die Qualität der Leistungserbringung steigert, geschweige denn die Kosten senkt, sondern primär zu mehr Aufwand für alle Beteiligten führt. Das hehre Ziel der Vorlage wird nicht durch umfassendere Datenbasis und deren Bearbeitung /Auswertung erreicht, sondern mit Fokus der Leistungserbringer auf ihre Kernaufgabe. Deshalb muss darauf geachtet werden, dass zumindest nur das notwendige Minimum an Erhebung und Auswertung von Daten erfolgt.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Wir begrüßen die Neustrukturierung zu den Tarifen und Preisen, welche mehr Klarheit schafft.</p> <p>Auch das neu eingeführte Kriterium der Repräsentativität ist sinnvoll: Bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen mit schweizweiten Tarifstrukturen sollen nicht bloss Vertretungen eines Teils der Leistungserbringer oder Versicherer unterzeichnen dürfen (mit entsprechenden Partikularinteressen).</p> <p>Für die Umsetzung von EFAS ist noch zu klären, dass Abs. 1 Bst. c («Kostenneutralität») keine Bedeutung hat, zumal es sich nicht um einen "Wechsel des Tarifmodells" handelt, sondern eine Neuschaffung von Tarifverträgen, welche aber natürlich auf den bisher ausgewiesenen Pflegekosten (SOMED- und Spitex-Statistik) beruhen muss.</p> <p>Insgesamt darf die Neuregelung nicht einen Röhrenblick auf die Kosten bewirken, immerhin ist im Gesetz genauso prominent die Vorgabe einer "qualitativ hochstehenden Versorgung" verankert.</p>

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Es ist korrekt, dass bei der Schaffung von Pauschaltarifen auch die Art und Intensität der Leistung zu berücksichtigen sind. Dies gilt im Bereich der Pflege besonders für Menschen mit Demenz oder psychiatrischen Erkrankungen, bei welchen mehr Zeit für die gleichen Pflegeleistungen benötigt wird. Ebenso entspricht es dem Willen des Parlaments, dass bei der Finanzierung von Palliativpflege die Umstände besser berücksichtigt werden und somit Mehraufwände zu berücksichtigen sind.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Der im Entwurf unterbreitete Inhalt fokussiert auf die Tarifverträge in bereits bestehenden Bereichen wie Spital oder Ärzteschaft. Welche Inhalte für das Genehmigungsgesuch des neuen Tarifvertrags der Pflege (Pflegeheim, Spitex, Freiberufliche) nötig und sinnvoll sind, ist noch zu klären.

Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	Eine regelmässige Überprüfung der Tarife ist aufgrund der sich verändernden Umstände sicherlich sinnvoll, der dafür vorgesehene Zeitrahmen sollte allerdings adäquat lange ausgestaltet sein (keine übermässige Bürokratie). Das Ziel muss sein, dass Tarifverträge aktuell bleiben, also bei grösseren Veränderungen zeitnah angepasst werden. Deshalb sollte zusätzlich ein Zeitrahmen definiert werden, innert welcher Frist die Tarifverträge von der zuständigen Behörde genehmigt resp. abgelehnt werden müssen.

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die demografische und gesellschaftliche Entwicklung inkl. Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. die Entwicklung bezüglich Erkrankungen und Unterstützungsbedarf im Alter. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Absatz 1 und namentlich die darin enthaltene Aufnahme der Formulierung, wonach die notwendigen Kosten für eine qualitativ hochstehende Versorgung zu decken seien, ist zu begrüßen.</p> <p>Im Absatz 2 ist hingegen ersichtlich, dass die Erarbeitung dieser Vorlage vor der Annahme von EFAS erfolgt ist und somit die Pflege nicht berücksichtigt wurde. In diesem Bereich ist von den genannten Kriterien sicherlich der vorgeschlagene Bst. c einschlägig (wirtschaftliche Entwicklung und Lohn-/Preisentwicklung), unter Berücksichtigung der Pflegeinitiative namentlich die Lohnentwicklung ("bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen"). Für die Entwicklung der Pflegekosten sind andere Faktoren viel bedeutender, insbesondere etwa die demografische und gesellschaftliche Entwicklung (inkl. Haushaltsgrösse und Unterstützungsmöglichkeit in der Familie) sowie die Entwicklung von Krankheiten (v.a. Demenz) und des Unterstützungsbedarfs (bestimmend für die Notwendigkeit eines Pflegeheimetrtritts). Zudem ist in der Pflege - entgegen den Ausführungen im erläuternden Bericht - das Effizienzpotenzial nicht "beachtlich", sondern sehr klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen können nicht digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden.</p> <p>Absatz 3 ist zu begrüßen, namentlich auch der Verzicht auf weitere Regelungen.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Es ist wichtig, dass die Kostengruppen getrennt betrachtet werden und somit der Bundesrat eigenständige Ziele für die verschiedenen Leistungsbereiche festlegt. Dies zeigt unsere obige Rückmeldung zu Art. 75a Abs. 2, wonach für die Entwicklung der Pflegekosten im Pflegeheim oder zu Hause andere Faktoren massgeblich sind als bei einer medizinischen Kurzintervention.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. zwei Personen die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Wie im erläuternden Bericht korrekt festgehalten ist, können solche Kommissionen aus bis zu 15 Personen bestehen und ist in der vorgeschlagenen Zusammensetzung die Diversität der vielen verschiedenen Leistungserbringer zu wenig berücksichtigt. Weil auch die Zahler der Leistungen (Versicherer und Kantone) mit zwei Personen vertreten sind, beantragen wir die Vertretung der Leistungserbringer durch ebenfalls zwei Personen, um das Gleichgewicht zu halten.</p> <p>Aufgrund der Breite des Themas wäre es auch denkbar, die Grösse der Kommission auf die Maximalzahl von 15 Mitgliedern zu erweitern, um möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	<p>Beim Monitoring der Kosten ist das Abstützen auf bestehende Daten und Instrumente sehr wichtig. Entsprechend ist der Verzicht auf ein neues Überwachungssystem korrekt, Doppelspurigkeiten und Mehrfacherfassungen sind zu vermeiden.</p> <p>Ohnehin zweifeln wir am Nutzen von detaillierter Überwachung und Auswertung von (in der Regel bereits veralteten) Daten. Wie etwa die Covid-Pandemie eindrücklich gezeigt hat, bestehen zu viele Unsicherheiten. Rückwärtsgerichtete Zahlen sagen nur wenig über die künftige Entwicklung aus, wie man etwa auch am Beispiel der Folgen von Gesetzesrevisionen (z. B. Pflegeinitiative für Freiberufliche) oder Gerichtsentscheiden (z. B. Angehörigenpflege).</p>

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Zustimmung
Begründung:	<p>Unsere Stellungnahme erfolgt als betroffene Stakeholder ergänzend zur Stellungnahme von prio.swiss. Wir möchten insbesondere auf folgende Punkte hinweisen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Einkaufsgesellschaften sind insbesondere durch die Anpassungen bei Art. 59c ff KVV betroffen. Unsere Anmerkungen bzw. Anpassungsvorschläge zielen darauf ab, dass der Genehmigungs-/ Überprüfungsprozess bei Tarifverträgen nicht noch weiter verkompliziert wird.• So sind wir damit einverstanden, dass die Regelungen in Art.59c KVV zwar dahingehend präzisiert werden, dass in Bezug auf gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen Tarifverträge analog zum bisherigen Vorgehen des BAG präzisiert werden. Eine Formulierung, die aber auch auf kantonaler Ebene Repräsentativität vorschreibt, lehnen wir ab, da damit unkompliziertes und sachgerechtes Agieren auf kantonaler Ebene erschwert würde.• Wenn, wie in Art.59cquater KVV, Aufgaben der Genehmigungsbehörde neu definiert werden sollen, dann sollte die Regelung in sich stimmig sein.

Anhang: 2025-04-29_Stellungnahme EKGs_ts_css_hsk zu Kostenu.Quaitätsziele.pdf



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

Solothurn, den 29.April 2025

Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele); Stellungnahme von HSK, CSS und tarifsuisse ag

Sehr geehrte Frau Bundesrätin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir - HSK, CSS und tarifsuisse ag -bedanken uns für die Möglichkeit, zu den vorgesehenen Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kosten- und Qualitätsziele) Stellung nehmen zu können. Unsere Stellungnahme erfolgt als betroffene Stakeholder ergänzend zur Stellungnahme von prio.swiss. Wir möchten insbesondere auf folgende Punkte hinweisen:

- Die Einkaufsgesellschaften sind insbesondere durch die Anpassungen bei Art.59c ff KVV betroffen. Unsere Anmerkungen bzw. Anpassungsvorschläge zielen darauf ab, dass der Genehmigungs-/ Überprüfungsprozess bei Tarifverträgen nicht noch weiter verkompliziert wird.
- So sind wir damit einverstanden, dass die Regelungen in Art.59c KVV zwar dahingehend präzisiert werden, dass in Bezug auf gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen Tarifverträge analog zum bisherigen Vorgehen des BAG präzisiert werden. Eine Formulierung, die aber auch auf kantonaler Ebene Repräsentativität vorschreibt, lehnen wir ab, da damit unkompliziertes und sachgerechtes Agieren auf kantonaler Ebene erschwert würde.
- Wenn, wie in Art.59cquater KVV, Aufgaben der Genehmigungsbehörde neu definiert werden sollen, dann sollte die Regelung in sich stimmig sein.

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	I.		
	Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
	Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.		
	Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 19943 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 20004 (HMG)		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 19975 (RVOG),		
Art. 28 Daten der Versicherer 1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–c KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 <u>Buchstaben a–e</u> KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 <u>Buchstaben a–e</u> KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.		
	3. Kapitel: Tarife und Preise		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKs	Bemerkungen
	1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag		
Art. 59c Tarifgestaltung ¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 des Gesetzes prüft, ob der Tarifvertrag namentlich folgenden Grundsätzen entspricht: a. Der Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Der Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. ² Die Vertragsparteien müssen die Tarife regelmässig überprüfen und anpassen, wenn die Erfüllung der Grundsätze nach Absatz 1 Buchstaben a und b nicht mehr gewährleistet ist. Die zuständigen Behörden	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge ¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen: a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. ² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen: a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.	Tarifverträge über gesamtschweizerische einheitliche Tarifstrukturen , müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen: a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen	Anmerkung zum Einleitungssatz: Wortwahl neu entspricht der Wortwahl im erläuternden Bericht, S. 6 und sollte, da klarer, so auch in die KVV übernommen werden. Zu a.

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKs	Bemerkungen
sind über die Resultate der Überprüfungen zu informieren. ³ Die zuständige Behörde wendet die Absätze 1 und 2 bei Tariffestsetzungen nach den Artikeln 43 Absatz 5, 47 oder 48 des Gesetzes sinngemäss an.	b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. ³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.	<u>Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</u> b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. ³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.	Wir begrüßen die Aufnahme der Repräsentativität bei gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen. Die Präzisierung spiegelt die bisherige Haltung des BAG bei gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen. Ohne Präzisierung- damit die Formulierung im Entwurf „Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten“ - könnte der Text auch dahingehend verstanden werden, dass betreffend Tarifstrukturen zB. in regionalen Pauschalen gemäss Art.43 Abs.5 quater KVG Repräsentativität gefordert wird. Dies wird abgelehnt, da sonst Verträge einzelner Leistungserbringer mit einzelnen Einkaufsgesellschaften verunmöglicht würden.
	Art. 59c^{bis} Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	Intensität der Leistung zu differenzieren.		
	<p>Art. 59^cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; 		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	<ul style="list-style-type: none"> d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geltenden Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	<p>Art. 59c^{quater} Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} sinngemäss an.</p>		<p>Zu Abs. 2: Hier redet man einerseits von einer Tariffestsetzung (durch den Regierungsrat eines Kantons?) und andererseits von einer Genehmigung durch den Bundesrat.</p> <p>Es ist unklar, warum hier die Festsetzung und die Genehmigung unter dem Titel „Aufgaben der Genehmigungsbehörde“ geregelt werden sollen und welche Rolle der Bundesrat</p>

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
			<p>betreffend „Festsetzung“ allenfalls haben soll. Zudem entspricht der Satz „Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} sinngemäss an.“ bereits dem 2.Satz von Absatz 1 „Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59c^{bis} entspricht“.</p> <p>Vorschlag: Satz 2 streichen</p>
<p>Art. 59d Leistungsbezogene Pauschalen</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat nach den Artikeln 46 Absatz 4 und 49 Absatz 2 des Gesetzes den Tarifvertrag zur Genehmigung unterbreiten. Der Tarifvertrag muss die einheitliche Tarifstruktur und die Anwendungsmodalitäten des Tarifs beinhalten. Zusammen mit dem Gesuch um Genehmigung müssen</p>	<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59c^{bis}, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p>		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
<p>namentlich folgende Unterlagen eingereicht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode; b. die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung; c. die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche. <p>² Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten. Dem Gesuch um Genehmigung beizulegen sind ergänzende Unterlagen über die</p>	<p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
<p>Anforderungen, die die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.</p> <p>³ Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat die Anpassungen des Tarifvertrags, namentlich jene der Tarifstruktur oder der Anwendungsmodalitäten, zur Genehmigung unterbreiten.</p> <p>⁴ Der Bezug zur Leistung, der nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes herzustellen ist, muss eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung erlauben.</p>			
	Gliederungstitel vor Art. 59f		
	1a. Abschnitt Datenbekanntgabe		
	Gliederungstitel nach Art. 75		
	3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung		
	1. Abschnitt Kostenziele		
	Art. 75a Gesamtziele		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	<p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>		<p>Zu Abs.2d. Der Begriff „Effizienzpotenzial“ ist klar zu definieren.</p>

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	<p>Art. 75b Ziele für die Kosten-gruppen</p> <p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 		
MEG/PGU	<p>2. Abschnitt: Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der</p>		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	obligatorischen Krankenpflegeversicherung		
	<u>Art. 75c Mitglieder</u> ¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. ² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten: a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft.		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.		
	<u>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</u> ¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen. ² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	<p>a. Sie richtet eine <u>systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten</u> ein.</p> <p>b. Sie <u>überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</u></p> <p>c. Sie <u>gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</u></p> <p>³ <u>Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</u></p>		
	<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ <u>Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</u></p>		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKS	Bemerkungen
	<p>² <u>Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</u></p>		
	<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ <u>Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</u></p> <p>² <u>Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</u></p>		
	<p>II.</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</i></p> <p><u>Zu-</u> <u>Ausserparlamentarische</u> <u>stän-</u> <u>Kommission</u> <u>diges</u></p>		

Geltendes Recht	Vorentwurf	Vorschlag EGKs	Bemerkungen
	De- parte- ment t EDI ... Eidgenössische Kommis- sion für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Kranken- pflegeversicherung		
	III. Diese Verordnung tritt am ... in Kraft.		

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Einkaufsgemeinschaft HSK AG

tarifsuisse ag

CSS Kranken- Versicherung AG



Eliane Kreuzer
Geschäftsführerin



Roger Scherrer
Geschäftsführer



i.V. Gernot Stirnimann
Leiter Tarife & Grundlagen KVG

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>
Begründung	<p>Anmerkung zum Einleitungssatz: Wortwahl neu entspricht der Wortwahl im erläuternden Bericht, S. 6 und sollte, da klarer, so auch in die KVV übernommen werden. Zu a. Wir begrüßen die Aufnahme der Repräsentativität bei gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen. Die Präzisierung spiegelt die bisherige Haltung des BAG bei gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen. Ohne Präzisierung- damit die Formulierung im Entwurf „Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten“ - könnte der Text auch dahingehend verstanden werden, dass betreffend Tarifstrukturen zB. in regionalen Pauschalen gemäss Art.43 Abs.5 quater KVG Repräsentativität gefordert wird. Dies wird abgelehnt, da sonst Verträge einzelner Leistungserbringer mit einzelnen Einkaufsgesellschaften verunmöglicht würden.</p>
Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	<p>Zu Abs. 2: Hier redet man einerseits von einer Tariffestsetzung (durch den Regierungsrat eines Kantons?) und andererseits von einer Genehmigung durch den Bundesrat. Es ist unklar, warum hier die Festsetzung und die Genehmigung unter dem Titel „Aufgaben der Genehmigungsbehörde“ geregelt werden sollen und welche Rolle der Bundesrat betreffend „Festsetzung“ allenfalls haben soll. Zudem entspricht der Satz „Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.“ bereits dem 2. Satz von Absatz 1 „Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht“. Vorschlag: Satz 2 streichen</p>

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	Zu Abs.2d. Der Begriff „Effizienzpotenzial“ ist klar zu definieren.

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Ablehnung
Begründung:	<p>Wir schliessen uns den Stellungnahmen der nationalen Dachverbände H+, Artiset und Spitex Schweiz vollumfänglich an und ergänzen diese um kantonale Perspektiven.</p> <p>Grundsätzliche Haltung Die vaka begrüsst Bestrebungen, die Effizienz im Gesundheitswesen zu stärken und die Versorgungsqualität zu sichern. Der Weg dorthin liegt aus unserer Sicht in der Stärkung der integrierten Versorgung, in der Erweiterung des Handlungsspielraums der Leistungserbringer sowie in einer deutlichen Reduktion des bürokratischen Aufwands. Die vorliegende Revision geht jedoch in die gegenteilige Richtung. Insbesondere befürchten wir eine massive Zunahme administrativer Belastungen für die Institutionen, ohne dass ein entsprechender Nutzen für die Versorgung entsteht. Der Ausbau administrativer Aufgaben hat in den vergangenen Jahren massiv zugenommen und weitere Ausweitungen im Bereich Bürokratie können wir nicht mehr zulassen. Die einseitige Fokussierung auf Kostenziele greift aus unserer Sicht eindeutig zu kurz und blendet wichtige Entwicklungen wie den demografischen Wandel, medizinischen Fortschritt und politisch gewollte Verlagerungen in die ambulante Versorgung aus.</p> <p>Die vaka lehnt starre Kostenziele ab Die vaka lehnt die Festlegung von Kostenzielen ab. In den Akutspitälern, den Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken, den Rehabilitationskliniken, den Pflegeinstitutionen und den Spitexorganisationen erfolgen die Leistungen auf ärztliche Anordnung. Teilweise muss sogar eine vorgängige Kostengutsprache eingeholt werden (Rehabilitation). Eine aktive Steuerung der Fallzahlen durch die Institutionen selbst ist nur begrenzt möglich. Die pauschale Begrenzung der Kostenentwicklung gefährdet die medizinisch notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten und die betriebswirtschaftliche Grundlage vieler Institutionen. Dazu gibt es in der Zwischenzeit eindrucksvolle Erfahrungen und Rückmeldungen aus anderen Ländern. So zeigt das Beispiel des National Health Service (NHS) in Grossbritannien besonders eindrücklich, welche weitreichenden Folgen ambitionierte Kosten- und Leistungsziele im Gesundheitswesen haben können. Ab dem Jahr 2010 wurde der NHS mit einem strikten Sparprogramm konfrontiert: Ziel war es, jährlich mehrere Milliarden Pfund einzusparen – trotz steigender Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels und zunehmender chronischer Erkrankungen. Die Kliniken mussten daher mit immer knapperen Mitteln wirtschaften und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten. Diese Entwicklung hatte gravierende Auswirkungen auf die Leistungserbringer. Viele Krankenhäuser gerieten in finanzielle Schwierigkeiten, weil die staatlich festgelegten Pauschalen nicht mehr den tatsächlichen Behandlungskosten entsprachen. Investitionen in Infrastruktur, Technik und Personal wurden reduziert oder ganz aufgeschoben. Besonders betroffen war das Pflegepersonal: Arbeitsdruck und Überstunden nahmen massiv zu, viele Mitarbeitende verließen den NHS. In der Folge blieben zehntausende Stellen unbesetzt – insbesondere in der Pflege. Allein im Jahr 2018 meldete der Royal College of Nursing über 40'000 offene Pflegepositionen. Die Auswirkungen zeigten sich auch auf Seiten der Patienten. Wartelisten für Behandlungen wuchsen dramatisch an, Notaufnahmen waren überfüllt, und es kam wiederholt zu Fällen vermeidbarer Todesfälle. Der ursprüngliche Gedanke der Effizienzsteigerung wurde damit konterkariert: Der Sparzwang führte nicht zu einer besseren, sondern zu einer überforderten und unterversorgten Gesundheitsstruktur. Das Beispiel des NHS macht deutlich, dass Kosten- und Leistungsziele im Gesundheitswesen die Qualität der Versorgung, die Innovationskraft und die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe nachhaltig gefährden.</p> <p>Auswirkungen auf die Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen sind besonders von der demografischen Entwicklung betroffen. Die steigende Zahl multimorbider, hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen sowie der politisch gewollte</p>

Grundsatz «ambulant vor stationär» führen zu einem Anstieg der Leistungen, der politisch gewollt ist und in Kauf genommen werden muss. Diese gesellschaftlichen Realitäten müssen bei der Festlegung von Zielen zwingend berücksichtigt werden. Eine rein kostenzentrierte Betrachtung würde den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung nicht gerecht.

Kritische Bewertung der EKKQ

Die Schaffung einer neuen Eidgenössischen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) sehen wir kritisch. Die Aufgaben der EKKQ überschneiden sich mit denen der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK), was zu Doppelspurigkeiten und zusätzlichem administrativen Aufwand für die Leistungserbringer und die Verwaltung führt. Eine klare Abgrenzung der Aufgaben sowie eine enge Koordination zwischen EKKQ und EQK sind zwingend erforderlich, um Ineffizienzen und zusätzliche Kosten zu vermeiden.

Breitere Vertretung der Leistungserbringer

In der EKKQ muss die Vielfalt der Leistungserbringer angemessen vertreten sein. Mindestens zwei bis drei Vertreterinnen oder Vertreter müssen die verschiedenen Versorgungssettings – von Akutspitälern über Rehabilitationskliniken bis hin zu Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen – abbilden.

Anforderungen an die Tarifverhandlungen

Die vaka fordert, dass Tarifverhandlungen weiterhin auf dem Grundsatz basieren, dass Tarife die tatsächlichen, transparent ausgewiesenen Kosten decken müssen. Eine willkürliche Tarifbegrenzung durch den Bundesrat lehne wir entschieden ab. Nur eine kosten-deckende Finanzierung stellt die nachhaltige Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sicher.

Fazit

Die vaka ist der Ansicht, dass die Vorlage grundlegend überarbeitet werden muss. Die geplanten Massnahmen dürfen nicht zu einer faktischen Rationierung von Leistungen und zu einer Schwächung der Grundversorgung führen. Kostenentwicklungen müssen im Kontext gesellschaftlicher, medizinischer und politischer Realitäten bewertet werden. Zu-dem müssen neue Vorgaben administrativ schlank gestaltet und auf bestehende Strukturen abgestimmt werden. Die entstehenden Kosten für die Leistungserbringer sind in einer Regulierungsfolgeabschätzung klar auszuweisen und durch den Bund zu vergüten.

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

Freundliche Grüsse

vaka

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer

Beilage: Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Beilage: Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln der geplanten KVV-Revision

Art. 28 KVV – Erweiterung der Datenerhebung

Die Datenerhebung darf die Leistungserbringer nicht unverhältnismässig belasten. Das Once-only-Prinzip (jede Information nur einmal erfassen) sowie die Nutzung bestehender Datenquellen müssen strikt eingehalten werden.

Art. 59c ff. KVV – Grundsätze für Tarifverträge

Tarife müssen die effektiv anfallenden Kosten decken, nicht nur „höchstens“. Die vorgeschlagene Formulierung führt zu Rechtsunsicherheit und gefährdet die wirtschaftliche Tragfähigkeit vieler Institutionen.

Wir fordern die klare Formulierung:

„Der Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung bei effizienter Erbringung.“

Art. 59cter KVV – Anforderungen an Tarifstrukturverträge

Die Begrifflichkeit „einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche“ ist

unklar.
Diese Passage muss präzisiert oder gestrichen werden, um Interpretationsspielräume zu vermeiden, insbesondere im stationären Bereich, wo eine saubere Abgrenzung zentral ist.

Art. 75a KVV – Definition und Grundlagen der Kosten- und Qualitätsziele
Die Aufzählung der Einflussfaktoren ist unvollständig. Zusätzlich zu Wirtschaftsentwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt müssen demografische Veränderungen, Patientenverhalten sowie politisch gewollte Strukturveränderungen (z.B. ambulant vor stationär) berücksichtigt werden.

Art. 75b KVV – Kostenziele für spezifische Leistungserbringergruppen
Dieser Artikel muss gestrichen werden. Eine Trennung der Kostenziele nach Leistungs-erbringergruppen würde die integrierte Versorgung untergraben und ist im KVG nicht ausreichend abgestützt.

Art. 75c KVV – Eidgenössische Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ)
Wir lehnen die Schaffung einer zusätzlichen Kommission ab, da sie administrativen Mehr-aufwand verursacht und Doppelspurigkeiten mit der EQK schafft. Falls die Kommission bestehen bleibt, fordern wir mindestens zwei bis drei Vertreter der Leistungserbringer, um die Breite der Versorgung abzubilden.

Art. 75d KVV – Aufgaben der EKKQ
Die EKKQ soll ausschliesslich auf bestehenden, offiziellen Daten aufbauen. Eine eigene Datenerhebung durch die EKKQ lehnen wir entschieden ab, um neuen administrativen Aufwand zu vermeiden.

Art. 75f KVV – Zusammenarbeit zwischen EKKQ und EQK
Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der beiden Kommissionen müssen klar getrennt werden.
Eine Vermischung von Kostenüberwachung und Qualitätsmessung würde unnötige Verwirrung stiften und den administrativen Aufwand weiter erhöhen.

Anhang: Stellungnahme_Kosten und Qualität KVV_vaka.pdf

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

Aarau, 5. Mai 2025

Stellungnahme der vaka – Gesundheitsverband Aargau zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Sehr geehrte Frau Bundesrätin, sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) betreffend Kosten- und Qualitätsziele Stellung nehmen zu dürfen. Die vaka vertritt die Interessen der Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, Psychiatrien, Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen im Kanton Aargau. Vertreten sind 163 Institutionen verschiedener Grösse mit rund 30'000 Mitarbeitenden.

Wir schliessen uns den Stellungnahmen der nationalen Dachverbände H+, Artiset und Spitex Schweiz vollumfänglich an und ergänzen diese um kantonale Perspektiven.

Grundsätzliche Haltung

Die vaka begrüsst Bestrebungen, die Effizienz im Gesundheitswesen zu stärken und die Versorgungsqualität zu sichern. Der Weg dorthin liegt aus unserer Sicht in der Stärkung der integrierten Versorgung, in der Erweiterung des Handlungsspielraums der Leistungserbringer sowie in einer deutlichen Reduktion des bürokratischen Aufwands. Die vorliegende Revision geht jedoch in die gegenteilige Richtung. Insbesondere befürchten wir eine massive Zunahme administrativer Belastungen für die Institutionen, ohne dass ein entsprechender Nutzen für die Versorgung entsteht. Der Ausbau administrativer Aufgaben hat in den vergangenen Jahren massiv zugenommen und weitere Ausweitungen im Bereich Bürokratie können wir nicht mehr zulassen. Die einseitige Fokussierung auf Kostenziele greift aus unserer Sicht eindeutig zu kurz und blendet wichtige Entwicklungen wie den demografischen Wandel, medizinischen Fortschritt und politisch gewollte Verlagerungen in die ambulante Versorgung aus.

Die vaka lehnt starre Kostenziele ab

Die vaka lehnt die Festlegung von Kostenzielen ab. In den Akutspitälern, den Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken, den Rehabilitationskliniken, den Pflegeinstitutionen und den Spitexorganisationen erfolgen die Leistungen auf ärztliche Anordnung. Teilweise muss sogar eine vorgängige Kostengutsprache eingeholt werden (Rehabilitation). Eine aktive Steuerung der Fallzahlen durch die Institutionen selbst ist nur begrenzt möglich. Die pauschale Begrenzung der Kostenentwicklung gefährden die medizinisch notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten und die betriebswirtschaftliche Grundlage vieler

Institutionen. Dazu gibt es in der Zwischenzeit eindrückliche Erfahrungen und Rückmeldungen aus anderen Ländern. So zeigt das Beispiel des National Health Service (NHS) in Grossbritannien besonders eindrücklich, welche weitreichenden Folgen ambitionierte Kosten- und Leistungsziele im Gesundheitswesen haben können. Ab dem Jahr 2010 wurde der NHS mit einem strikten Sparprogramm konfrontiert: Ziel war es, jährlich mehrere Milliarden Pfund einzusparen – trotz steigender Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels und zunehmender chronischer Erkrankungen. Die Kliniken mussten daher mit immer knapperen Mitteln wirtschaften und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten.

Diese Entwicklung hatte gravierende Auswirkungen auf die Leistungserbringer. Viele Krankenhäuser gerieten in finanzielle Schwierigkeiten, weil die staatlich festgelegten Pauschalen nicht mehr den tatsächlichen Behandlungskosten entsprachen. Investitionen in Infrastruktur, Technik und Personal wurden reduziert oder ganz aufgeschoben. Besonders betroffen war das Pflegepersonal: Arbeitsdruck und Überstunden nahmen massiv zu, viele Mitarbeitende verließen den NHS. In der Folge blieben zehntausende Stellen unbesetzt – insbesondere in der Pflege. Allein im Jahr 2018 meldete der Royal College of Nursing über 40'000 offene Pflegepositionen.

Die Auswirkungen zeigten sich auch auf Seiten der Patienten: Wartelisten für Behandlungen wuchsen dramatisch an, Notaufnahmen waren überfüllt, und es kam wiederholt zu Fällen vermeidbarer Todesfälle. Der ursprüngliche Gedanke der Effizienzsteigerung wurde damit konterkariert: Der Sparzwang führte nicht zu einer besseren, sondern zu einer überforderten und unterversorgten Gesundheitsstruktur.

Das Beispiel des NHS macht deutlich, dass Kosten- und Leistungsziele im Gesundheitswesen die Qualität der Versorgung, die Innovationskraft und die Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe nachhaltig gefährden.

Auswirkungen auf die Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen

Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen sind besonders von der demografischen Entwicklung betroffen. Die steigende Zahl multimorbider, hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen sowie der politisch gewollte Grundsatz «ambulant vor stationär» führen zu einem Anstieg der Leistungen, der politisch gewollt ist und in Kauf genommen werden muss. Diese gesellschaftlichen Realitäten müssen bei der Festlegung von Zielen zwingend berücksichtigt werden. Eine rein kostenzentrierte Betrachtung würde den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung nicht gerecht.

Kritische Bewertung der EKKQ

Die Schaffung einer neuen Eidgenössischen Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ) sehen wir kritisch. Die Aufgaben der EKKQ überschneiden sich mit denen der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK), was zu Doppelspurigkeiten und zusätzlichem administrativen Aufwand für die Leistungserbringer und die Verwaltung führt.

Eine klare Abgrenzung der Aufgaben sowie eine enge Koordination zwischen EKKQ und EQK sind zwingend erforderlich, um Ineffizienzen und zusätzliche Kosten zu vermeiden.

Breitere Vertretung der Leistungserbringer

In der EKKQ muss die Vielfalt der Leistungserbringer angemessen vertreten sein. Mindestens zwei bis drei Vertreterinnen oder Vertreter müssen die verschiedenen Versorgungssettings – von Akutspitälern über Rehabilitationskliniken bis hin zu Pflegeinstitutionen und Spitexorganisationen – abbilden.

Anforderungen an die Tarifverhandlungen

Die vaka fordert, dass Tarifverhandlungen weiterhin auf dem Grundsatz basieren, dass Tarife die tatsächlichen, transparent ausgewiesenen Kosten decken müssen. Eine willkürliche Tarifbegrenzung durch den Bundesrat lehnen wir entschieden ab. Nur eine kostendeckende Finanzierung stellt die nachhaltige Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung sicher.

Fazit

Die vaka ist der Ansicht, dass die Vorlage grundlegend überarbeitet werden muss. Die geplanten Massnahmen dürfen nicht zu einer faktischen Rationierung von Leistungen und zu einer Schwächung der Grundversorgung führen. Kostenentwicklungen müssen im Kontext gesellschaftlicher, medizinischer und politischer Realitäten bewertet werden. Zudem müssen neue Vorgaben administrativ schlank gestaltet und auf bestehende Strukturen abgestimmt werden. Die entstehenden Kosten für die Leistungserbringer sind in einer Regulierungsfolgeabschätzung klar auszuweisen und durch den Bund zu vergüten.

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

Freundliche Grüsse

vaka

Dr. Hans Urs Schneeberger
Geschäftsführer

Beilage: Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Beilage: Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln der geplanten KVV-Revision

Art. 28 KVV – Erweiterung der Datenerhebung

Die Datenerhebung darf die Leistungserbringer nicht unverhältnismässig belasten. Das Once-only-Prinzip (jede Information nur einmal erfassen) sowie die Nutzung bestehender Datenquellen müssen strikt eingehalten werden.

Art. 59c ff. KVV – Grundsätze für Tarifverträge

Tarife müssen **die effektiv anfallenden Kosten** decken, nicht nur „höchstens“. Die vorgeschlagene Formulierung führt zu Rechtsunsicherheit und gefährdet die wirtschaftliche Tragfähigkeit vieler Institutionen.

Wir fordern die klare Formulierung:

„Der Tarif deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung bei effizienter Erbringung.“

Art. 59cter KVV – Anforderungen an Tarifstrukturverträge

Die Begrifflichkeit „einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche“ ist unklar. Diese Passage muss präzisiert oder gestrichen werden, um Interpretationsspielräume zu vermeiden, insbesondere im stationären Bereich, wo eine saubere Abgrenzung zentral ist.

Art. 75a KVV – Definition und Grundlagen der Kosten- und Qualitätsziele

Die Aufzählung der Einflussfaktoren ist unvollständig. Zusätzlich zu Wirtschaftsentwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt müssen **demografische Veränderungen**, **Patientenverhalten** sowie **politisch gewollte Strukturveränderungen** (z.B. ambulant vor stationär) berücksichtigt werden.

Art. 75b KVV – Kostenziele für spezifische Leistungserbringergruppen

Dieser Artikel muss gestrichen werden. Eine Trennung der Kostenziele nach Leistungserbringergruppen würde die integrierte Versorgung untergraben und ist im KVG nicht ausreichend abgestützt.

Art. 75c KVV – Eidgenössische Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring (EKKQ)

Wir lehnen die Schaffung einer zusätzlichen Kommission ab, da sie administrativen Mehraufwand verursacht und Doppelspurigkeiten mit der EQK schafft. Falls die Kommission bestehen bleibt, fordern wir mindestens **zwei bis drei Vertreter der Leistungserbringer**, um die Breite der Versorgung abzubilden.

Art. 75d KVV – Aufgaben der EKKQ

Die EKKQ soll ausschliesslich auf bestehenden, offiziellen Daten aufbauen. Eine eigene Datenerhebung durch die EKKQ lehnen wir entschieden ab, um neuen administrativen Aufwand zu vermeiden.

Art. 75f KVV – Zusammenarbeit zwischen EKKQ und EQK

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der beiden Kommissionen müssen **klar getrennt** werden.

Eine Vermischung von Kostenüberwachung und Qualitätsmessung würde unnötige Verwirrung stiften und den administrativen Aufwand weiter erhöhen.

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	--

Anhang: ätg-stellungnahme-kvv-kosten-und-qualitaetsziele_final.pdf



Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/consultations)
Stand 24.04.2025 / Ansprechperson ÄTG: Dr. med. Alex Steinacher / praesident@aerzte-tg.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?

☐ Zustimmung
 ☐ Eher Zustimmung
 ☐ Neutrale Haltung
 ☒ Eher Ablehnung
 ☐ Ablehnung
 ☐ Verzicht auf Stellungnahme

Die ÄTG dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Präsident der ÄTG nimmt wie folgt Stellung:

Die ÄTG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.

Die ÄTG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.

Ärztesgesellschaft Thurgau
CH-8500 Frauenfeld · Telefon +41 52 720 16 81 · admin@aerzte-tg.ch · www.aerzte-tg.ch

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme ÄTG
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung
Ersatz eines Ausdrucks	

Ärztegesellschaft Thurgau

Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	
Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG), Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der ÄTG eingegeben, weist die ÄTG darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der ÄTG dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist. Die ÄTG bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.
3. Kapitel: Tarife und Preise	
1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag	

Ärztegesellschaft Thurgau

<p>Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge</p> <p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens <u>deckt</u> die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens <u>deckt</u> die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag: Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern: 2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, Sie sind sie von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</u></p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf <u>wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kriterien. Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

	<p>Begründung:</p> <p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die</p>
--	--

Ärztegesellschaft Thurgau

	<p>Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

	<p>Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>				
<p>Art. 59ceter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat ¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung: Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde ¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

<p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>				
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f</p> <p>1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>					
<p>Gliederungstitel nach Art. 75</p> <p>3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p>					

Ärztegesellschaft Thurgau

<p>1. Abschnitt Kostenziele</p> <p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;</u> d. das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial; e. die demografische Entwicklung. <p>Begründung:</p> <p>Die ÄTG lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infrass behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

	<p>einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die ÄTG explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>				
<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag: --</p> <p>Begründung: Die ÄTG lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

	<p>und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>				
<p>2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>					
<p>Art. 75c Mitglieder ¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. ² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

<p>b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft.</p> <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die ÄTG fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die ÄTG betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>
--	---

Ärztegesellschaft Thurgau

<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p> <p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Ärztegesellschaft Thurgau

	<p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p> <p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>						
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</p> <table border="1"> <tr> <td>Zuständiges Departement</td><td>Ausserparlamentarische Kommission</td></tr> </table> <p>EDI ...</p> <p>Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>	Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission						
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung						

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
Begründung:	--

Anhang: Stellungnahme-kvv-kosten-und-qualitaetsziele_KÄG SG_20250425.pdf



Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/consultations)
Stand 25.04.2025 / Ansprechperson KÄG SG: Diana Kühne-Pasini / diana.kuehne@aerzte-sg.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?
<input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Eher Zustimmung <input type="checkbox"/> Neutrale Haltung <input checked="" type="checkbox"/> Eher Ablehnung <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> Verzicht auf Stellungnahme
Die Kantonale Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen (KÄG SG) dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Die Geschäftsleitung der KÄG SG nimmt wie folgt Stellung:
<p>Die KÄG SG spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die KÄG SG erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p>

KÄG SG · Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen
Generalsekretariat · Gewerbestrasse 6 · CH-9242 Oberuzwil · Telefon +41 71 955 05 76 · info@aerzte-sg.ch · www.aerzte-sg.ch

Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme KÄG SG
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung
Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	

KÄG SG · Ärztgesellschaft des Kantons St. Gallen

Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG); auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),	
Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandsminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die KÄG SG darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der KÄG SG dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist. Die KÄG SG bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.
3. Kapitel: Tarife und Preise	
1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag	
Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung

KÄG SG · Ärztgesellschaft des Kantons St. Gallen

<p>¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung </div> <p>Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c:</p> <p>Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag:</p> <p>Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen. <p>Änderungsantrag:</p> <p>Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern:</p> <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <p>a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur, Sie sind sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.</p> <p>Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen:</p> <p>lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche <u>und betriebswirtschaftliche</u> Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u></p> <p>Begründung:</p>
--	--

KÄG SG · Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen

	<p>Zu Abs. 1 lit. a und b:</p> <p>Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c:</p> <p>Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a:</p> <p>Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b:</p> <p>Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p>
--	---

KÄG SG · Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen

	<p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

KÄG SG · Ärztgesellschaft des Kantons St. Gallen

	<p>künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>				
<p>Art. 59ceter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat ¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (<i>Diagnosis Related Groups</i>) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Begründung: Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde ¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag: 1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 43 KVG und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

KÄG SG · Ärztgesellschaft des Kantons St. Gallen

	<p>dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung: Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>								
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f</p> <p>1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>									
<p>Gliederungstitel nach Art. 75</p> <p>3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p> <p>1. Abschnitt Kostenziele</p>									
<p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung						

KÄG SG · Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen

<p>notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> die Entwicklung der Morbidität; den medizinisch-technischen Fortschritt; die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; das Effizienzpotenzial. <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Änderungsantrag: Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer;</u> das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial; die demografische Entwicklung. <p>Begründung: Die KÄG SG lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab. Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infrass behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die</p>
---	---

KÄG SG · Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen

	Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die KÄG SG explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.
Art. 75b Ziele für die Kostengruppen Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest: <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause. 	Ersatz eines Ausdrucks <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Enthaltung </div> <div> <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung </div> </div> Änderungsantrag: -- Begründung: Die KÄG SG lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist. Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDO und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen. Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches

KÄG SG · Ärztgesellschaft des Kantons St. Gallen

	<p>Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>
2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Art. 75c Mitglieder ¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. ² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten: <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. ³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement so-	Ersatz eines Ausdrucks <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Enthaltung </div> <div> <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung </div> </div> Änderungsantrag: -- Begründung: Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht

KÄG SG · Ärztgesellschaft des Kantons St. Gallen

<p>wie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die KÄG SG fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die KÄG SG betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>								
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <p>a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein.</p> <p>b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						

KÄG SG · Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen

<p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>								
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input checked="" type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input checked="" type="checkbox"/>	Enthaltung	<input type="checkbox"/>	Ablehnung						
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Zustimmung mit Anpassung</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enthaltung</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ablehnung</td></tr></table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p>	<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung
<input type="checkbox"/>	Zustimmung	<input type="checkbox"/>	Zustimmung mit Anpassung						
<input type="checkbox"/>	Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/>	Ablehnung						

KÄG SG · Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen

	<p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p><i>Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</i></p> <hr/> <p>Zuständiges Departement Ausserparlamentarische Kommission</p> <hr/> <p>EDI ...</p> <p> Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich AGZ

Rückmeldung zum 1.Erlass: Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Erlass Nr.1 Generelle Stellungnahme

Rückmeldung zur Gesamtvorlage	Eher Ablehnung
-------------------------------	----------------

Begründung:

Die AGZ dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der AGZ nimmt wie folgt Stellung:
Die AGZ spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.
Die AGZ erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, dass der gesetzliche Leistungsanspruch nicht durch Massnahmen tangiert werden darf, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung der Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.
Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage ist fokussiert auf OKP-Kostenziele. Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.
Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.
Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.
Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.
Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Stellungnahme im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens
an das Eidgenössische Departement des Innern EDI via Plattform [Consultations \(admin.ch\)](https://www.admin.ch/consultations)
Ansprechperson FMH: Dr. Iris Herzog-Zwittler / iris.herzog@fmh.ch

Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (Kosten- und Qualitätsziele)

Generelle Stellungnahme

Was halten Sie generell von diesem Erlass / Konzept / Dokument?	
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Eher Zustimmung <input type="checkbox"/> Neutrale Haltung <input checked="" type="checkbox"/> Eher Ablehnung <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> Verzicht auf Stellungnahme
Die AGZ dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Der Zentralvorstand der AGZ nimmt wie folgt Stellung:	
<p>Die AGZ spricht sich ganz grundsätzlich gegen die schwergewichtige Fokussierung auf Kostensparziele der sozialen Krankenversicherung OKP durch immer mehr Regulierung aus. Der Gesetzgeber gibt den gesetzlichen Rahmen vor und hat hierfür auch die Verantwortung zu tragen. Die in dieser Form vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle ist nicht möglich und es gibt für die vorgeschlagenen Massnahmen weder gesicherte Informationen und Evidenz noch eine Regulierungsfolgenabschätzung.</p> <p>Die AGZ erachtet es als Kernaufgabe des Gesundheitswesens und der Politik, der Schweizer Bevölkerung jederzeit nicht nur ein bezahlbares, sondern zugleich auch ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsversorgungssystem zur Verfügung zu stellen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung weist darauf hin, der gesetzliche Leistungsanspruch dürfe nicht durch Massnahmen tangiert werden, weil gerade das Versicherungsprinzip verletzt würde. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde zudem nie eine absolute Obergrenze der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehenden Kosten festgelegt (BGE 145 V 116). Zudem sichert die Grundversicherung dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspricht dem Versicherungsprinzip die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.</p> <p>Das Kernstück der vorliegenden Vorlage - angeknüpft an die Gesetzesvorlage - ist fokussiert auf OKP-Kostenziele, Behandlungsqualität und Patientensicherheit finden sich in keiner Weise in den Massnahmen der Vorlage. Sparübungen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Behandlungsqualität sind strikte abzulehnen.</p> <p>Wir erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Falls nach Inkraftsetzung von Kostensparzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, wird es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Wie die Erfahrung in anderen Ländern zeigt, müssen generelle Kürzungen von Kostenblöcken mehrheitlich von den Leistungserbringern durch entsprechende Rationierung umgesetzt</p>	
<p>NORDSTRASSE 15 · CH-8006 ZÜRICH · T +41 (0)44 421 14 14 · F +41 (0)44 421 14 15 · INFO@AGZ-ZH.CH · WWW.AERZTE-ZH.CH</p>	

werden. Dazu sind unsere Mitglieder nicht bereit, denn dies kann und wird die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der sozialen Grundversicherung OKP gefährden. Der Gesetzgeber wird dafür die Verantwortung nicht übernehmen wollen bzw. diese erfahrungsgemäss auf die Leistungserbringer abschieben. Kostensenkungen und ein sogenanntes „Globalbudget“ gehen unweigerlich zulasten der Qualität und der medizinischen Versorgung und gefährden damit die Patientensicherheit.

Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Ein durch diese Massnahmen verursachter zusätzlicher administrativer Aufwand für Ärztinnen und Ärzte lehnen wir entschieden ab.

Zu einer hohen Qualität gehören auch adäquate Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, um die Attraktivität des Arztberufes und den Verbleib in diesem zu sichern, so dass für eine nachhaltige Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung im Sinne der Patientensicherheit genügend Fachkräfte und Nachwuchs zur Verfügung stehen.

Dass der finanzielle Aspekt weit über jenen der Qualität gestellt wird, ist auch aus der Zusammensetzung der Kommission ersichtlich, welche kaum aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besteht und die ärztliche Perspektive in den Hintergrund drängt. Entscheide ohne Einbindung der Kompetenz der Ärzteschaft führen zu einer weiteren Verlagerung der Qualität weg von der medizinischen Fachexpertise. Dies bedeutet auch, dass in der Folge die Patienteninteressen bei den Entscheiden sekundär werden und die Patientensicherheit in Gefahr ist.

Detaillierte Stellungnahme

Vernehmlassungsvorlage	Stellungnahme AGZ
I Die Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:	Ersatz eines Ausdrucks <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung
Ersatz eines Ausdrucks Im ganzen Erlass wird der Ausdruck «des Gesetzes» ersetzt durch «KVG», wo er dieses Gesetz bezeichnet.	
Ingress gestützt auf Artikel 81 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG);	

auf Artikel 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG), auf Artikel 82 Absatz 2 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000 (HMG) und auf Artikel 46a des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997 (RVOG),	
Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6 ¹ Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben: ⁶ Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung Begründung: Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die AGZ darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der AGZ dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist. Die AGZ bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.
3. Kapitel: Tarife und Preise	
1. Abschnitt: Tarifgestaltung und Fallbeitrag	
Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge	Ersatz eines Ausdrucks <input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung <input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung

Seite 3 von 14

¹ Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen: a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen.	Änderungsanträge zu lit. a, b und c von Art. 59c: Im Bewusstsein, dass unser nachfolgender Antrag einen bereits in Kraft getretenen Passus des Art. 59c Abs. 1 betrifft, stellen wir auf Grund der inhaltlichen Dringlichkeit folgenden Antrag: Abs. 1 Die Formulierung von Art. 59c Abs.1: lit. a, b und c soll neu wie folgt lauten: In Art. 59c Abs. 1 lit. a und b. ist das Wort höchstens zu streichen und in lit. c ist das Wort «unwirtschaftlich» einzufügen: a. Ihr Tarif darf höchstens deckt die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken . b. Ihr Tarif darf höchstens deckt die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken . c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine <u>unwirtschaftlichen</u> Mehrkosten verursachen.
² Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen: a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien.	Änderungsantrag: Absatz 2 und lit. a ist wie folgt zu ändern: 2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten , müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen: a. <u>beruhen sie auf einer einzigen gesamtschweizerischen Tarifstruktur. Sie sind sie</u> von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind.
³ Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.	Abs. 2 lit. b ist wie folgt zu ergänzen: lit. b: Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche <u>und betriebswirtschaftliche</u> Kriterien. <u>Sie basieren auf Daten, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstrukturen anwenden müssen.</u>
	Begründung: Zu Abs. 1 lit. a und b: Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung

Seite 4 von 14

	<p>umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.</p> <p>Zu Abs. 1 lit. c: Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).</p> <p>Zu Abs. 2 und lit. a: Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen Tarifverträge.</p> <p>Zu Abs. 2 lit. b: Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.</p> <p>Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von einigen Spitälern.</p> <p>Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und</p>
--	---

Seite 5 von 14

	<p>nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.</p> <p>Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.</p>				
<p>Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag zu Art. 59cbis: Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife nach Art. 49 Abs. 1 KVG und nach Art. 43 Abs. 4 KVG sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.</p> <p>Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Seite 6 von 14

<p>Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat</p> <p>¹ Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <p>a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien;</p> <p>b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag;</p> <p>c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG;</p> <p>d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs;</p> <p>e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten;</p> <p>f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings.</p> <p>² Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>³ Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Begründung:</p> <p>Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.</p>
<p>Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>² Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p> <p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach <u>Artikel 43 KVG</u> und Artikel 59c Absatz 1 KVV entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p>

Seite 7 von 14

	<p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an <u>und berücksichtigt die übergeordneten Grundsätze nach Artikel 43 KVG</u>. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoß gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>
<p>Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten</p> <p>¹ Die Tarifpartner müssen regelmässig überprüfen, ob die Tarife die Grundsätze der Artikel 59c und 59cbis, soweit anwendbar, erfüllen.</p> <p>² Sie informieren die zuständigen Behörden über die Resultate dieser Überprüfungen.</p> <p>³ Sie nehmen nötige Anpassungen vor und unterbreiten sie der zuständigen Behörde zur Genehmigung.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input type="checkbox"/> Ablehnung</p>
<p>Gliederungstitel vor Art. 59f</p> <p>1a. Abschnitt Datenbekanntgabe</p>	
<p>Gliederungstitel nach Art. 75</p> <p>3a. Kapitel Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p> <p>1. Abschnitt Kostenziele</p>	
<p>Art. 75a Gesamtziele</p> <p>¹ Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>² Sie berücksichtigen namentlich:</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <p><input type="checkbox"/> Zustimmung <input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</p> <p><input type="checkbox"/> Enthaltung <input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</p> <p>Änderungsantrag:</p>

Seite 8 von 14

<p>a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial.</p> <p>³ Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>	<p>Die Buchstaben c und d sowie neu Buchstabe e von Art. 75a Abs. 2 (neu) sind wie folgt zu ergänzen:</p> <p>c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung <u>im Allgemeinen, aber auch die Lohnkostenentwicklung und die Entwicklung der übrigen Kosten der Leistungserbringer</u>;</p> <p>d. das <u>nachgewiesene</u> Effizienzpotenzial-;</p> <p>e. die demografische Entwicklung.</p> <p>Begründung: Die AGZ lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab. Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden. Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die AGZ explizit darauf</p>
--	---

Seite 9 von 14

<p>Art. 75b Ziele für die Kostengruppen Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <p>a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.</p>	<p>hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p> <p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag: --</p> <p>Begründung: Die AGZ lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Seite 10 von 14

	<p>Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden</p> <p>Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>				
2. Abschnitt Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung					
<p>Art. 75c Mitglieder</p> <p>¹ Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>² Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. eine Person die Leistungserbringer; b. eine Person die Kantone; c. eine Person die Versicherer; d. eine Person die Versicherten; e. eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f. drei Personen die Wissenschaft. <p>³ Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement so-</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Seite 11 von 14

<p>wie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>	<p>aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die AGZ fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die AGZ betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>				
<p>Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen</p> <p>¹ Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>² Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. 	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input checked="" type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				

Seite 12 von 14

<p>c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab.</p> <p>³ Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p> <p>.</p>				
<p>Art. 75e Organisation</p> <p>¹ Die Kommission legt ihre Organisation und ihre Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung fest, die der Genehmigung des EDI bedarf.</p> <p>² Das BAG führt das Sekretariat der Kommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input checked="" type="checkbox"/> Enthaltung	<input type="checkbox"/> Ablehnung				
<p>Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission</p> <p>¹ Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p> <p>² Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>--</p> <p>Begründung:</p> <p>Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar.</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung				
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung				

Seite 13 von 14

	<p>Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele.</p> <p>Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.</p>								
<p>II</p> <p>Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 19986 wird wie folgt geändert:</p> <p>Ziff. 1.1., zusätzlicher Eintrag unter «EDI»</p> <table> <tr> <td>Zuständiges Departement</td> <td>Ausserparlamentarische Kommission</td> </tr> <tr> <td>EDI</td> <td>... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung</td> </tr> </table>	Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission	EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung	<p>Ersatz eines Ausdrucks</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung</td> <td><input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enthaltung</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung</td> </tr> </table> <p>Änderungsantrag:</p> <p>Begründung:</p>	<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung	<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung
Zuständiges Departement	Ausserparlamentarische Kommission								
EDI	... Eidgenössische Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung								
<input type="checkbox"/> Zustimmung	<input type="checkbox"/> Zustimmung mit Anpassung								
<input type="checkbox"/> Enthaltung	<input checked="" type="checkbox"/> Ablehnung								

Seite 14 von 14

Erlass Nr.1 Detaillierte Stellungnahme

Titel	Ersatz eines Ausdrucks
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 28 Abs. 1 Einleitungssatz und Abs. 6
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Versicherer müssen dem BAG zur Erfüllung der Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG regelmässig pro versicherte Person folgende Daten weitergeben:</p> <p>6 Zur Aufwandminderung kann das BAG die Daten nach Absatz 1 mit anderen Datenquellen verknüpfen, sofern dies zur Erfüllung seiner Aufgaben nach Artikel 21 Absatz 2 Buchstaben a–e KVG erforderlich ist. Zur Erfüllung weiterer Aufgaben darf es die Daten nach Absatz 1 nur mit anderen Datenquellen verknüpfen, wenn die Daten anonymisiert wurden.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Wie bereits im Rahmen der Vernehmlassung Kostendämpfung Massnahmenpaket 2 seitens der FMH eingegeben, weist die AGZ darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person aus Sicht der AGZ dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspricht und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen ist. Die AGZ bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt werden. Die Datenlieferung muss an das Bundesamt für Statistik (BFS) erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasst.</p>

Titel	Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Tarifverträge müssen namentlich folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ihr Tarif darf höchstens die transparent ausgewiesenen Kosten der Leistung decken. b. Ihr Tarif darf höchstens die für eine effiziente Leistungserbringung erforderlichen Kosten decken. c. Ein Wechsel des Tarifmodells darf keine Mehrkosten verursachen. <p>2 Tarifverträge, die eine Tarifstruktur enthalten, müssen zudem folgenden Grundsätzen entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie sind von Parteien zu vereinbaren, die für die von ihnen betroffenen Leistungserbringer und Versicherer repräsentativ sind. b. Sie beruhen auf einem kohärenten Tarifmodell und stützen sich auf wirtschaftliche Kriterien. <p>3 Die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen müssen Bestandteil der Tarifverträge bilden.</p>

Begründung

Begründung:

Zu Abs. 1 lit. a und b:

Es ist erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssen.

Zu Abs. 1 lit. c:

Gemäss Gebhard Eugster (SBVR Soziale Sicherheit - EUGSTER, Krankenversicherung, N 1121) gibt es kein Prinzip des KVG, wonach jede Tarifrevision kostenneutral zu erfolgen hätte. Ein absolutes Prinzip würde praktisch zu einer Art Leistungskontingentierung mit dem Ergebnis eines Tarifstopps führen und müsste alle Bemühungen, Tarifverträge regelmässig zu

revidieren, infolge von Verhandlungsblockaden im Keim ersticken. Nach der Rechtsprechung sei das Kostenneutralitätsgebot zwar eine zwingende Vorgabe

des KVG, allerdings einzig im engen Anwendungsbereich von Art. 59c Abs. 1 lit.

c KVV (Tarifmodellwechsel mit unwirtschaftlichen Mehrkosten).

Zu Abs. 2 und lit. a:

Im Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 11.4018 Darbellay Christophe vom 30. September 2011 geht es um die Frage der Repräsentativität bei Tarifen, die auf einer einzigen gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen und vom Bundesrat genehmigt werden müssen. Es ging dabei nicht um jegliche im KVG möglichen

Tarifverträge.

Zu Abs. 2 lit. b:

Gemäss Art. 43 Abs. 7, 1. Satz KVG kann der Bundesrat Grundsätze für eine wirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur sowie für die Anpassung der Tarife aufstellen.

Im erläuternden Bericht (S. 7) wird das Erfordernis der Kohärenz vom Prinzip der Sachgerechtigkeit abgeleitet. Die Sachgerechtigkeit erfordert unseres Erachtens auch, dass Tarife auf Daten basieren, die für diejenigen Leistungserbringer repräsentativ sind, die diese Tarifstruktur anwenden müssen. Derzeit ist das nicht der Fall bei den ambulanten Pauschalen, denn die

Berechnung der ambulanten Pauschalen beruht ausschliesslich auf Daten von

einigen Spitälern.

Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssen, wird wohl von allen geteilt. Nur ist es erforderlich,

dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten

bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Art. 59c

Abs. 1 lit. a und b) gedeckt werden müssen.

Des Weiteren zu Absatz 2 lit. b: die Tarifstruktur sollte sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssen über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt

erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen können und sie ihre Leistungen effizient erbringen. Die geleistete Arbeit hat einen bestimmten Wert. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft, welche einen wichtigen, mit Risiken behafteten Beruf zugunsten unserer kranken Patientinnen und Patienten ausübt, durch eine derartige Bestimmung gezwungen wird, im Hamsterrad immer schneller zu rennen, während der Tarif entsprechend immer weiter sinkt.

Titel	Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	Der Bezug zur Leistung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG ist so herzustellen, dass der Tarif nach Art und Intensität der Leistung differenziert wird. Pauschaltarife sind nach Art und Intensität der Leistung zu differenzieren.
Begründung	Begründung: Diese Bestimmung ist für die Präzisierung der Kriterien, die stationäre Pauschalen nach Art. 49 Abs. 1 KVG erfüllen müssen. Angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von amb. Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär in Umsetzung von EFAS, ist es sinnvoll, dass dieser neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit erlangt.

Titel	Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Ist nach den Artikeln 43 Absatz 5, 46 Absatz 4 oder 49 Absatz 2 KVG der Bundesrat für die Genehmigung des Tarifvertrags zuständig, so muss das Genehmigungsgesuch von allen Vertragsparteien unterzeichnet sein und namentlich folgende Unterlagen und Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ein Exemplar des Tarifvertrags unterzeichnet von allen Vertragsparteien; b. die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag; c. gegebenenfalls die Schreiben an die Organisationen, welche die Interessen der Versicherten auf kantonaler oder auf Bundesebene vertreten, und deren Stellungnahmen nach Artikel 43 Absatz 4 KVG; d. die Berechnungsgrundlagen und die Berechnungsmethode des Tarifs; e. die Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten; f. eine ausführliche Beschreibung des nach Artikel 47c KVG einzurichtenden Monitorings. <p>2 Für leistungsbezogene Pauschalen muss die Schätzung nach Absatz 1 Buchstabe e die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG geregelten Bereiche umfassen, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche.</p> <p>3 Im Falle eines auf einem Patienten-Klassifikationssystem vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) basierenden leistungsbezogenen Vergütungsmodells muss der Tarifvertrag zusätzlich das Kodierungshandbuch sowie ein Konzept zur Kodierrevision enthalten.</p>
Begründung	Begründung: Bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 lit. e.) sollten auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Titel	Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Genehmigungsbehörde im Sinne von Artikel 46 Absatz 4 KVG prüft, ob der Tarifvertrag den Grundsätzen nach Artikel 59c Absatz 1 entspricht. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so prüft dieser zusätzlich, ob der Vertrag den Grundsätzen nach den Artikeln 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis entspricht.</p> <p>2 Setzt die zuständige Behörde die Tarife fest, so wendet sie die Grundsätze nach Artikel 59c Absatz 1 an. Obliegt die Genehmigung dem Bundesrat, so wendet dieser zusätzlich die Artikel 59c Absätze 2 und 3 und 59cbis sinngemäss an.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die Genehmigungsbehörde hat zu prüfen, ob nicht aufgrund einer ungenügenden Tarifierung von Pflichtleistungen die Versorgung mit diesen Leistungen nicht mehr sichergestellt werden kann, da diese nicht mehr erbracht werden (hiermit würde ein Verstoss gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es muss darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p>
Titel	Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten
Akzeptanz	Zustimmung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75a Gesamtziele
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Zur Festlegung der für die gesamten Kosten geltenden Kostenziele für die Leistungen (Art. 54 und 54a KVG) gehen der Bundesrat und die Kantone von den notwendigen Kosten zur Deckung des medizinischen Bedarfs in der Art und Weise einer qualitativ hochstehenden und zweckmässigen gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten aus.</p> <p>2 Sie berücksichtigen namentlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Entwicklung der Morbidität; b. den medizinisch-technischen Fortschritt; c. die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung; d. das Effizienzpotenzial. <p>3 Der Bundesrat koordiniert die Kostenziele mit den Qualitätszielen nach Artikel 58 KVG.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die AGZ lehnt Art. 75a KVV ausdrücklich ab.</p> <p>Auf Verordnungsebene ist inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen sind.</p> <p>Die Kosten umfassen gemäss Kommentar nicht nur den durch die Prämien und die Kostenbeteiligung der Versicherten finanzierten Teil, sondern auch die Kofinanzierung oder die Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden.</p> <p>Dabei müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.</p> <p>In Absatz 2 findet sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigenden Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 wird festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarvt mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollen.</p> <p>Die seitens Infrass behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential werden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen erachten wir, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gelten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht.</p> <p>Mit Art. 75a Abs. 3 KVV wird inhaltlich das KVG übersteuert. Wenn die KVV-Änderungen auf den Art. 58 KVG verweisen, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Art. 58a KVG hat, hier weist die AGZ explizit darauf hin, dass eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar ist bzw. dargelegt werden muss, welche Implikationen dieser Verweis im KVV auf Art. 58 KVG mit sich bringt.</p>

Titel	Art. 75b Ziele für die Kostengruppen
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>Der Bundesrat legt Kostenziele namentlich in folgenden Kostengruppen fest:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. stationäre Behandlungen; b. ambulante Behandlungen im Spital; c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals; d. Arzneimittel; e. Pflege im Pflegeheim oder zu Hause.
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die AGZ lehnt die Verankerung der Kostenziele für Kostengruppen ab. Kostenziele sind unseres Erachtens in einem offenen Gesundheitswesen, wo die medizinisch erforderlichen Leistungen jederzeit erbracht werden sollen, generell wenig zielführend. Wir beantragen zudem, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung von Kostenzielen durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Für die Kostengruppen unter Ziffer b. ambulante Behandlungen im Spital und Ziffer c. ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals gibt die dynamischen Kostenneutralität bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten Pauschen defacto strenge Kostenziele vor. Für die Jahre 2026, 2027 und 2028 ist hier jeweils ein Wachstum von nur 1.5% erlaubt. Entsprechende Massnahmen bei Überschreitung - nämlich die Rückzahlung und deren Umsetzung - nämlich anhand der Preisanpassung mit externem Faktor sind bereits beschlossen.</p> <p>Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden. Wenn der Bundesrat und die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele unter Berücksichtigung der in Artikel 75a Absatz 2 aufgeführten Faktoren auf höhere Kostenziele kommen (mögliches Kostenwachstum > 1.5% jährlich), dann muss zwingend der mögliche Wachstumskorridor für die dynamische Kostenneutralität angepasst werden. Die Politik fordert ausdrücklich die Förderung der Ambulantisierung. Die Gefahr besteht, dass mit zunehmender Ambulantisierung den Anbietern von ambulanten Leistungen eine Mengenausweitung vorgeworfen wird. Dieser Trugschluss darf nicht erfolgen.</p> <p>Eine abschliessende Kategorisierung der Kostengruppen würde der Komplexität nicht gerecht. Als Beispiel einer wesentlichen Nichtberücksichtigung möchten wir hier Verbrauchsmaterial und technische Einrichtungen (MedTech) anführen. Die Preise für Verbrauchsmaterial und technische Geräte bzw. deren regulatorisch geforderte Wartung oder Validierung sind in den letzten fünf Jahren sprunghaft stark gestiegen. Zudem besteht eine Tendenz, nach 10 Jahren das Gerät als „End of lifetime“ zu klassifizieren, weitere Wartungen daher als kaum machbar zu deklarieren und so einen Neukauf zu provozieren. Die Einpreisung in die technischen Leistungen müsste daher laufend angepasst oder die Preisentwicklung der MedTech-Industrie mit in die Kostenkontrolle integriert werden.</p>

Titel	Art. 75c Mitglieder
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	<p>1 Der Bundesrat wählt das Präsidium und die weiteren Mitglieder der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.</p> <p>2 Die Kommission besteht aus acht Mitgliedern; davon vertritt respektive vertreten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a.eine Person die Leistungserbringer; b.eine Person die Kantone; c.eine Person die Versicherer; d.eine Person die Versicherten; e.eine Person die Eidgenössische Qualitätskommission; f.drei Personen die Wissenschaft. <p>3 Die Mitglieder der Kommission müssen über grosse Fachkompetenzen im Bereich der Kosten der Leistungserbringung, ein grosses Wissen im Kostenmanagement sowie gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems verfügen.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Die EKKQ wird als Verwaltungskommission nach Art. 8a Abs. 2 der RVOV (Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung; 172.010.1) eingerichtet. Als solche hat sie «beratende und vorbereitende Funktion» nicht aber Entscheidungskompetenzen. In Art. 75d werden die Aufgaben und Kompetenzen umschrieben und festgehalten, dass sie Empfehlungen zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen abgeben soll.</p> <p>Eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens wird im Erläuternden Bericht zu Art. 75c Abs. 2 in Aussicht gestellt. Dies ist aber weder</p> <p>in den Art. 75a und b geregelt, noch findet sich eine solche Regelung in den Art. 75c bis Art. 75f zur EKKQ.</p> <p>Wir beantragen deshalb, dass zwingend eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchzuführen ist.</p> <p>Bezüglich der Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring (Art. 75c) stellt die AGZ fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen ist, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier ist die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und muss dementsprechend korrigiert werden.</p> <p>Die AGZ betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ ist von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.</p>

Titel	Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen
Akzeptanz	Zustimmung mit Anpassung
Gegenvorschlag	<p>1 Die Kommission gibt Empfehlungen ab zur Kostenentwicklung und den zu deren Eindämmung zu treffenden Massnahmen.</p> <p>2 Sie hat namentlich folgende Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sie richtet eine systematische und kontinuierliche Überwachung der Kosten ein. b. Sie überwacht die Entwicklung der Leistungsbereiche gestützt auf die Kostengruppen nach Artikel 75b. c. Sie gibt basierend auf der Kostenüberwachung Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner ab. <p>3 Zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 nutzt sie die Datensammlungen im Gesundheitsbereich, insbesondere jene des BAG, des BFS und der Eidgenössischen Qualitätskommission.</p>
Begründung	<p>Begründung:</p> <p>Ganz im Sinne von WZW beantragen wir, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden müssen.</p> <p>Art. 75d Abs. 3. Aus unserer Sicht haben hier keine Daten aus der EQK Platz, da</p> <p>in Absatz 2 keine Aufgaben zur Qualität verankert sind</p>

Titel	Art. 75e Organisation
Akzeptanz	Enthaltung
Gegenvorschlag	--
Begründung	--

Titel	Art. 75f Koordination mit der Eidgenössischen Qualitätskommission
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	1 Die Kommission stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der Eidgenössischen Qualitätskommission. 2 Sie koordiniert ihre Arbeiten mit der Eidgenössischen Qualitätskommission.
Begründung	Begründung: Grundsätzlich scheint die Abgrenzung zwischen Eidgenössischer Qualitätskommission (EQK) und den entsprechenden Qualitätszielen auf der einen Seite und der Eidgenössischen Kommission für Kosten und Qualitätsziele (EKKQ) und den entsprechenden Kosten- und Qualitätszielen nicht klar. Ausserdem wird aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich, warum diese unter dem Titel "Kosten- und Qualitätsziele" laufen. Ersichtlich sind nur Kostenziele. Absatz 1 lautet "Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK." Es ist nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Art. 58a KVG hat.

Titel	II
Akzeptanz	Ablehnung
Gegenvorschlag	Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 wird wie folgt geändert: Ziff. 1.1, zusätzlicher Eintrag unter «EDI»
Begründung	--