



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Bern, 26. November 2025

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

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Inhalt

1	Einleitung	3
1.1	Handlungsbedarf und Ziele	3
1.2	Vernehmlassung	4
2	Stellungnahmen	4
3	Übersicht.....	4
4	Zusammenfassung der Stellungnahmen zur Änderung der KVV	5
4.1	Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	5
4.2	Stellungnahmen zu Artikel 28 Absatz 1 und Absatz 6 KVV	9
4.3	Stellungnahmen générales sur la tarification	10
4.4	Stellungnahmen zu Artikel 59c KVV	11
4.5	Stellungnahmen zu Artikel 59c ^{bis} KVV	13
4.6	Stellungnahmen zu Artikel 59c ^{ter} KVV.....	14
4.7	Stellungnahmen zu Artikel 59c ^{quater} KVV.....	16
4.8	Stellungnahmen zu Artikel 59d KVV	16
4.9	Stellungnahmen zu Artikel 75a KVV	17
4.10	Stellungnahmen zu Artikel 75b KVV	22
4.11	Stellungnahmen zu Artikel 75c KVV	24
4.12	Stellungnahmen zu Artikel 75d KVV	28
4.13	Stellungnahmen zu Artikel 75e KVV	29
4.14	Stellungnahmen zu Artikel 75f KVV	30
4.15	Stellungnahmen zu Anhang 2 RVOV.....	30
4.16	Weitere Punkte.....	31
5	Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer	31

1 Einleitung

1.1 Handlungsbedarf und Ziele

Am 29. September 2023 verabschiedete das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG¹) zur Einführung von Kosten- und Qualitätszielen. Diese Änderung des KVG wurde als indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)²» vorgelegt, die das Volk am 9. Juni 2024 abgelehnt hat.

Vorgesehen ist eine Änderung des KVG in den folgenden Bereichen:

- die Festlegung von Zielen betreffend das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Diese Kosten- und Qualitätsziele werden nach vorgängiger Anhörung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone und der Leistungserbringer vom Bundesrat jeweils für vier Jahre festgelegt. Berücksichtigt werden bei der Festlegung Faktoren wie die demografische Entwicklung, die Entwicklung der Wirtschaft, Löhne und Preise, den medizinischen Fortschritt sowie das vorhandene Effizienzpotenzial. Diese Ziele sollen das Kostenwachstum in der OKP auf ein effizientes Mass beschränken und die Transparenz über die Kostenentwicklung stärken.
- die Möglichkeit zur Festlegung eigener Kosten- und Qualitätsziele für die Kantone, wobei sie die Vorgaben des Bundesrates berücksichtigen und die Versicherer, Versicherten und Leistungserbringer vorgängig anhören;
- die Schaffung einer Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring, welche die Kostenentwicklung überwacht und zuhanden des Bundes und der Tarifpartner Empfehlungen zu geeigneten Massnahmen abgibt;
- die Möglichkeit, auch zum Zweck der Festlegung von Kostenzielen nach Artikel 54 nKVG sowie der Messung von Qualitätszielen und der Kosteneffizienz, die Daten pro versicherte Person weiterzugeben.

In Zusammenhang mit der Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen wurden die Bestimmungen zur Tarifgestaltung wie folgt angepasst:

- Tarifverträge müssen innerhalb eines Jahres nach Einreichung geprüft werden. Eine einmalige Fristverlängerung ist möglich.
- Wenn ein Tarifvertrag die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt und die Tarifpartner ihn nicht selbst anpassen oder kündigen, kann die zuständige Genehmigungsbehörde eine Anpassung verlangen. Gelingt es den Tarifpartnern nicht, innerhalb eines Jahres einen angepassten Tarifvertrag abzuschliessen, so legt die Genehmigungsbehörde nach Anhörung der Beteiligten den Tarif fest. Bei der Ausübung ihrer Befugnisse kann die zuständige Behörde bei nationalen Tarifstrukturen, die sich als nicht mehr sachgerecht erweisen, differenzierte Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern festsetzen.

Darüber hinaus wurden verschiedene Änderungen in anderen Bereichen des KVG vorgenommen, etwa betreffend die Health Technology Assessments (HTA) und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen:

- Leistungen, die nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmäßig oder wirtschaftlich sind, müssen auf der Grundlage eines evidenzbasierten Verfahrens nach transparenten Kriterien und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen evaluiert werden. Leistungen, die gemäss diesem Verfahren die genannten Kriterien nicht erfüllen, werden von der OKP nicht vergütet. Bezüglich

¹ SR 832.10

² Message relatif à l'initiative populaire « Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé (initiative pour un frein aux coûts) » et au contre-projet indirect (modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie), FF 2021 2819

der Wirtschaftlichkeit der Leistungen sollen Versicherer und Leistungserbringer in den Tarifverträgen Massnahmen zur Sicherstellung einer zweckmässigen Intervention und des Gebots der Wirtschaftlichkeit vorsehen.

Die Umsetzung der Änderung des KVG erfordert eine Anpassung der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)³ und von Anhang 2 der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 (RVOV)⁴. Diese Änderung soll namentlich den rechtlichen Rahmen für die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele, die Zusammensetzung, Aufgaben und Kompetenzen der neuen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der OKP (EKKQ) sowie deren Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) detaillierter regeln.

Gleichzeitig sollen im Bereich der Tarifgestaltung die Grundsätze, denen Tarifverträge entsprechen müssen, sowie die Anforderungen an die Genehmigungsgesuche ergänzt werden.

1.2 Vernehmlassung

Die Vernehmlassung zu den erarbeiteten Änderungen der KVV wurde vom 29. Januar 2025 bis 6. Mai 2025 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft, der Konsumenten, der Leistungserbringer, der Versicherer und anderer interessierter Kreise durchgeführt.

2 Stellungnahmen

Insgesamt wurden 125 Adressaten angeschrieben. Die Vernehmlassungsunterlagen wurden auch im Internet auf der Webseite des Bundes⁵ veröffentlicht. Im Rahmen der Vernehmlassung sind 88 Stellungnahmen von den folgenden Organisationen und Personen eingegangen:

- 26 Kantonen, der GDK;
- 5 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (Die Mitte, FDP, GRÜNE Schweiz, SPS, SVP);
- 3 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (economiesuisse, SGB, SGV);
- 40 betroffenen Leistungserbringern und Leistungserbringerverbänden resp. -organisationen (AGZ, ARTISET, ASPS, AVASAD, BEKAG, Bündner Ärzteverein, EVS, FMCH, FMH, FSLO, FSP, H+, IGGH-CH, Intergenerika, interpharma, KAeG SG, mfe, OPS, ospita, pädiatrie Schweiz, PÄP, pharmaSuisse, physioswiss, SBK, SHV, senesuisse, SGAIM, SGDV, Spitex Schweiz, SMVS, SSO, SVDE, SVFP, unimed suisce, UNION, vaka, VIPS, VLSS, VSAO, VSVA);
- 3 Versichererverbänden (HSK, prio.swiss, tarifssuisse AG), einer Krankenversicherung (CSS),
- 6 anderen (Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen, Konsumentenforum, OAAT AG, pro-salute.ch, scienceindustries, VASOS).

Drei Organisationen haben auf eine Stellungnahme verzichtet (mtk, Suva und swiss nurse leaders).

Die Liste der Vernehmlassungsteilnehmer (mit den in diesem Bericht verwendeten Abkürzungen) ist im Anhang zu finden.

3 Übersicht

Die **GDK** und die **Mehrheit der Kantone** begrüssen die allgemeine Ausrichtung der Änderung der KVV. Sie begrüssen insbesondere, dass wichtige Faktoren wie die Entwicklung der Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt bei der Festlegung der Kostenziele berücksichtigt werden und dass der Bundesrat keine zusätzlichen Qualitätsziele über diejenigen von Artikel 58 KVG hinaus festlegt. Mehrere Stellungnahmen kritisieren jedoch den Vorschlag des Bundes, im Rahmen des «Entlastungspakets

³ SR 832.102

⁴ SR 172.010.1

⁵ www.fedlex.admin.ch > Vernehmlassungen > Abgeschlossene Vernehmlassungen > 2024 > EDI

2027» die Entwicklung seiner Ausgaben für die Prämienverbilligung nach KVG zu bremsen, indem er sie an die Kostenziele koppelt.

Die Kantone **BE**, **GL** und **TG** stehen der Einführung von Kostenzielen kritischer gegenüber. Sie weisen auf die Frage der praktischen Umsetzbarkeit und die Folgen für die Versorgung hin. Außerdem sind sie der Ansicht, dass die Ziele einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Kantone mit sich bringen würden.

Unter den politischen Parteien unterstützen **die Mitte**, **die FDP**, **die SPS** und **die Grünen** die Vorlage insgesamt. Die Mitte betont, dass alle Akteure des Gesundheitswesens angesichts der stetig steigenden Gesundheitskosten ihre Verantwortung wahrnehmen müssten. Die FDP hingegen betont, dass bürokratischer Aufwand vermieden und die Effizienz des Systems gewahrt werden müsse. Die Grünen und die SPS bedauern das Fehlen verbindlicher Regeln für den Fall der Nichteinhaltung der Kostenziele sowie die mangelnde Verknüpfung mit anderen laufenden Reformen, insbesondere dem Sparprogramm 2027. Die SVP anerkennt die Notwendigkeit der Setzung von Kosten- und Qualitätszielen im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Gesamtkostenrechnung. Sie lehnt jedoch die Schaffung einer neuen Kommission und die Festlegung von Kostenzielen nach Kostengruppen ab.

Einige Dachverbände (**economiesuisse**, **SGV**) lehnen die Vorlage – insbesondere die Schaffung einer neuen Kommission und die Neuregelung der Tarifierung – ab. Sie weisen auf die Unklarheit hinsichtlich der Festlegung der Ziele hin. Der SGB hingegen befürwortet die vorgeschlagenen Änderungen. Er bezweifelt jedoch deren Wirksamkeit, da die Überschreitung der Kostenziele nicht mit verbindlichen Massnahmen verbunden sei und die Kantone weiterhin frei seien, ihre eigenen Ziele festzulegen und umzusetzen.

Die **Versicherer** unterstützen die Vorlage in den Grundzügen, insbesondere die Festlegung von Kostenzielgruppen. Sie weisen darauf hin, dass die vorgesehene Koordination der Qualitätsziele von zentraler Bedeutung sei.

Alle **Leistungserbringer** erkennen die Notwendigkeit der Kostenkontrolle an. Sie befürchten jedoch, dass die vorgeschlagenen Massnahmen die Qualität, die Zugänglichkeit und die Versorgung komplexer Fälle beeinträchtigen. Einige kritisieren insbesondere die Festlegung von Zielen nach Kostengruppen und fordern eine stärkere Vertretung der Leistungserbringer in der neuen Kommission. Sie bestehen zudem darauf, dass alle betroffenen Akteure vor der Festlegung der Ziele konsultiert werden müssen.

Die **Patientenverbände** stehen dem Entwurf kritisch-befürwortend gegenüber. Sie erkennen das Ziel der Kostendämpfung an, warnen jedoch vor der Gefahr der Ausgrenzung oder Einschränkung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für schutzbedürftige Personen. Sie fordern, dass die Kostenziele eng mit Qualitäts- und Gerechtigkeitsstandards abgestimmt werden und soziale Faktoren, Prekarität und Alter als zentrale Elemente der Steuerung berücksichtigt werden.

Die **anderen Akteure** vertreten unterschiedliche, insgesamt jedoch zurückhaltende Standpunkte. Viele von ihnen erkennen die Notwendigkeit einer Kostensteuerung an, befürchten jedoch, dass das Projekt bestimmte Sektoren benachteiligen könnte.

4 Zusammenfassung der Stellungnahmen zur Änderung der KVV

4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

Kantone

Die **GDK** und **AG**, **AI**, **AR**, **BL**, **BS**, **FR**, **GE**, **GR**, **JU**, **LU**, **NE**, **OW**, **SG**, **SH**, **SO**, **TI**, **UR**, **VD**, **VS**, **ZG** stimmen der Ausrichtung der Verordnungsänderung zu. Die **GDK** begrüßt insbesondere, dass wichtige Einflussfaktoren wie die Entwicklung der Morbidität und der medizinisch-technische Fortschritt bei der Festlegung der Kostenziele berücksichtigt werden sollen (vgl. Art. 75a VE-KVV). Sie unterstützt die Haltung des Bundesrats, keine zusätzlichen Qualitätsziele zu erlassen, die über diejenigen zur Sicherung und Förderung der Qualität nach Artikel 58 KVG hinausgehen.

Die GDK und die Kantone lehnen es entschieden ab, dass der Bund im Rahmen des «Entlastungsprogramms 2027» die Entwicklung seiner Ausgaben im Zusammenhang mit der Prämienverbilligung nach KVG durch eine Kopplung an die Kostenziele bremse.

AR weist darauf hin, dass für kleine Kantone die Festlegung und Umsetzung von eigenen Kosten- und Qualitätszielen eine Herausforderung werde. Für eine angemessene Umsetzung sei aufgrund der Komplexität allenfalls eine überkantonale Lösung anzustreben.

BE beurteilt die Einführung von Kostenzielen kritisch. Diese würden top down definiert und es stelle sich die Frage der Praxistauglichkeit und der Konsequenzen für die Versorgung. Zudem generierten diese

einen grossen administrativen Mehraufwand. Es fehle die Gesamtsicht. Abhängigkeiten würden nicht thematisiert, Doppelspurigkeiten nicht analysiert und beseitigt und auch Umsetzungsfragen kaum geklärt.

BL begrüsst die Bestrebungen, die Kosten der Gesundheitsversorgung durch Vorgabe realistischer Ziele zu dämpfen, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. BL fordert daher eine möglichst schlanke und ressourcensparende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben.

GL verzichtet auf eine Stellungnahme.

NE weist darauf hin, dass die Umsetzung der Kostenziele insbesondere für den Bundesrat eine Herausforderung sei. Auch die Kantone stünden von einer Herausforderung, sollten sie von der ihnen im KVG eingeräumten Möglichkeit Gebrauch machen.

NW und **SZ** stimmen der Vorlage zu.

SG lehnt die Verknüpfung der Kostenziele mit dem Bundesbeitrag zur individuellen Prämienverbilligung (IPV) entschieden ab, da es nicht nachvollziehbar und stossend sei, wenn die Kantone mit dem indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative verpflichtet würden, künftig deutlich mehr Mittel für die IPV zur Verfügung zu stellen, während der Bund im Gegenzug im Rahmen des Entlastungspakets 2027 vorsehe, den IPV-Bundesbeitrag zu senken, indem er diesen an die Kostenziele knüpfe.

SH verweist auf die Stellungnahme von H+ bezüglich der Tatsache, dass sicherzustellen sei, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung vollständig gedeckt werden müssten.

TG lehnt diese Änderung in der vorliegenden Fassung, die Einteilung der Kostenziele nach Kostengruppen sowie die Schaffung einer neuen Kommission ab.

ZH begrüsst das Ziel der Vorlage, die Kostenentwicklung bei den Leistungen zulasten der OKP zu bremsen, um den Prämienanstieg für die Versicherten zu dämpfen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **FDP** erachtet gewisse Elemente in der Vorlage als problematisch und sieht bei den Bestimmungen zu den Kostenzielen, der Tarifgestaltung und der Weitergabe von Daten zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren Verbesserungspotential.

Die **GRÜNEN** sind nicht gegen die vorgeschlagene Änderung, haben jedoch zwei Bedenken: Erstens seien die vorgeschlagenen Massnahmen lediglich freiwillig. Diese Reform könne sich daher als unwirksam erweisen, obwohl dringender Handlungsbedarf bestehe, um die Gesundheitsausgaben der Haushalte zu senken. Zweitens sei es inakzeptabel, dass die Sparmassnahmen in dieser Vernehmlassung nicht erwähnt werden. Die Grünen fordern positive Anreize für die Kantone, um die Kosten zu senken, und bekräftigen gleichzeitig, dass das Sparpaket zutiefst ungerecht und ineffizient sei.

Die **Mitte** befürwortet die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen, bedauert jedoch die fehlende Verbindlichkeit. Das Gesetz und die Verordnung würden nämlich keine Regelungen für den Fall enthalten, dass die Ziele nicht eingehalten werden.

Auch die **SPS** erachtet die Festlegung von Kosten- und Qualitätszielen, sowie die damit einhergehenden Verordnungsanpassungen, als Schritt in die richtige Richtung. Sie bemängelt jedoch, dass weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsstufe Minimalziele festgelegt wurden bzw. verfügbar sein werden. Zudem kritisiert sie, dass in den Erläuterungen zur Vorlage ein Hinweis auf die laufende Vernehmlassung zum Sparpaket 2027 fehle, das Anpassungen zum gleichen Thema auf Gesetzebene enthalte.

Die **SVP** erachtet die Umsetzung der Zielorientierung zur Kostendämpfung als wichtig. In Bezug auf die Tarifgestaltung hält sie fest, dass der Fokus einseitig auf den Kostenaspekten und zu wenig auf den Qualitätszielen liege.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse führt aus, dass die im Gesetz vorgeschlagenen Kosten- und Qualitätsziele zu einem administrativen Mehraufwand ohne Nutzen für das Gesundheitswesen führen, weshalb die Verordnungsänderung möglichst schlank und präzise zu halten sei. Die aktuelle Vorlage verschärfe jedoch das Gesetz. Die Bestimmungen zur Tarifgestaltung erachtet economiesuisse als unnötig. Sie würden die Verhandlungen der Tarifpartner erschweren und den Spielraum der Genehmigungsbehörden einschränken.

Der **SGB** kann sich mit den vorgeschlagenen Änderungen der Verordnung einverstanden erklären. Von deren Wirkung verspricht er sich allerdings kaum etwas, denn die beschlossene Revision sei völlig zahnlos und unverbindlich. Der SGB kritisiert die Verknüpfung der bereits beschlossenen KVG-Revision zu den Kosten- und Qualitätszielen mit dem sich nun in Vernehmlassung befindenden «Entlastungspaket 2027» sowie die Tatsache, dass dieses im erläuternden Bericht zur hier vorliegenden KVV-Revision nicht erwähnt werde.

Der **SGV** lehnt den Entwurf ab und weist darauf hin, dass die geplante Änderung nicht nur die Effizienz des Systems gefährde, sondern auch dessen Fähigkeit, sich an die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS** und die **VSÄG** erachten die Einführung von Budgetvorgaben als unverhältnismässige Massnahmen und als nicht zielführend. Sollten nach Inkraftsetzung von Kostenzielen die entsprechenden Toleranzmargen nicht eingehalten werden, würde es unweigerlich zu Kürzungen kommen. Mit den vorliegenden Massnahmen würde weniger Geld für eine qualitativ hochstehende Behandlung der Patientinnen und Patienten, dafür mehr Geld für die Administration eingesetzt werden. Die **AGZ** und die **BEKAG** befürchten zudem, dass die Vorgabe von Kostenzielen die ausreichende Versorgung respektive die Behandlungsqualität der Bevölkerung sowie die Patientensicherheit gefährde.

ARTISET ist der Meinung, dass die Verordnung von Kostenzielen entweder folgenlos bleibe oder sie potenziell zu einem Verteilkampf führe. Da die Vorlage vom Parlament verabschiedet wurde, sei sie bedauerlicherweise umzusetzen. ARTISET fordert, dass eine Evaluation der gesetzlichen Anpassungen z.B. nach zwei Amtszyklen der Kommission (sprich nach 8 Jahren) vorgenommen werde.

Der **SVFP** unterstützt das Ziel der Kostendämmung in der OKP. Es sei jedoch unerlässlich, dass die Qualität und Angemessenheit der therapeutischen Versorgung gewahrt bleibe und der zusätzliche Verwaltungsaufwand im Interesse der Patienten auf das absolut Notwendige beschränkt werde.

ASPS und **senesuisse** beantragen Anpassungen, sofern die Vorlage auch in diesem Bereich umgesetzt werden müsse.

AVASAD unterstützt den Verordnungsentwurf in seiner Gesamtheit. Mehrere Grundsätze, die in den parlamentarischen Debatten zu diesem Thema sowie in den Erläuterungen zum Verordnungsentwurf festgehalten wurden, müssten gemäss AVASAD jedoch in der endgültigen Fassung der Verordnung klar zum Ausdruck kommen.

Das **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** ist der Meinung, dass die vorliegende Verordnungsrevision aufgrund einer viel zu offenen Formulierung des Verordnungstextes mit zahlreichen unklaren Passagen und unbestimmten Rechtsbegriffen und eines spärlichen erläuternden Berichts die Möglichkeit verpasse, einen massiven Zuwachs an Bürokratie, Rechtsunsicherheit und Rechtsstreitigkeiten sowie unter Umständen sogar Systemblockaden zu vermeiden.

Der **EVS** und der **SHV** äussern sich eher zustimmend.

Die **FMCH** sieht die vorgeschlagene Vorlage zu Kosten- und Qualitätszielen kritisch.

Die **FSP**, **H+** und die **Vaka** weisen die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Trotz einigen begrüssenswerten Elementen blieben zu viele Themen und deren Umsetzung unklar.

Die **IGGH-CH** unterstützt grundsätzlich die Zielsetzungen der Vorlage. Sie weist darauf hin, dass die Umsetzung der vorgesehenen Massnahmen differenziert zu erfolgen habe und die Besonderheiten kleiner Leistungserbringer dabei zu berücksichtigen seien. Insbesondere seien auch deren Mitwirkungsmöglichkeiten sicherzustellen.

Intergenerika weist darauf hin, dass bei der Vorlage möglichst darauf hinzuwirken sei, dass das Spannungsfeld zwischen Artikel 47c KVG und den «Kosten- und Qualitätszielen» entschärft werde. Zudem macht Intergenerika weiter darauf aufmerksam, dass der Verordnungstext einige unbestimmte Rechtsbegriffe enthalte, die im erläuternden Bericht nicht im Sinne einer Präzisierung bzw. Konkretisierung definiert würden.

Interpharma lehnt die Vorlage in dieser Form ab, da sie in verschiedenen Punkten Anpassungen als erforderlich erachte.

Mfe und **pädiatrie Schweiz** sehen die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten mittelfristig unter den Kostenvorgaben leiden würden, weil deren Definition und Durchsetzung in logischer Konsequenz die Versorgung einschränkten, genannt seien hier z.B. Globalbudgets.

Die **OPS** ist einverstanden.

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 schaffe Rechtsunsicherheit für die Leistungserbringer, führe zu Doppelprüfung aufgrund bereits bestehender Zuständigkeiten, konkurrenzieren und schwäche bewährte Organisationen und Institutionen der Qualitätssicherung, zentralisiere, «beplane» und bürokratisiere die Gesundheitsversorgung noch stärker im EDI/BAG, statt Wettbewerb zuzulassen, verteuere die medizinisch-therapeutische Leistungserbringung weiter und schaffe neue tariflich nicht gedeckte Administrationskosten. Sie sei unzulänglich koordiniert mit anderen Revisionen zur gleichen Thematik, vermische einmal mehr die Rollen und schaffe damit gefährliches Potenzial für neue Rollenkonflikte.

Die **PAP (SGPP und SMHC)** und die **SGDV** sprechen sich gegen den Fokus auf Kostensparziele in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung durch mehr Regulierungen aus. Für die in der Vorlage vorgesehene nutzenorientierte Kostenkontrolle existierten weder Regulierungsfolgeabschätzungen noch gesicherte Informationen betreffend die vorgeschlagenen Massnahmen.

Gemäss **pharmasuisse** entspreche der vorliegende Vorschlag einem zusätzlichen kostspieligen administrativen Aufwand ohne klar ersichtlichen Mehrwert.

Physioswiss steht der Einführung von Kostenzielen grundsätzlich kritisch gegenüber, möchte aber zur Umsetzung einen konstruktiven Beitrag leisten.

Das Ziel, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen, sei aus Sicht des **SBK** grundsätzlich nachvollziehbar und unterstützenswert. Bei der vorliegenden Vernehmlassungsvorlage gebe es aus Sicht des SBK allerdings einige Bedenken.

Gemäss **Spitex Schweiz** gelte es zu berücksichtigen, dass der Grundsatz ambulant vor stationär politisch gewollt sei und ein Kostenwachstum der ambulanten Pflege, auch aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen und pflegerischen Fortschritts (verbunden mit weniger langen stationären Aufenthalten) zu erwarten und erwünscht sei. Die Spitex Schweiz lehne aber die Verbindung zwischen den Kosten- und Qualitätszielen und den Beiträgen des Bundes an die Prämienverbilligung zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Die **SSO** weist darauf hin, dass sie bis auf einen Punkt grundsätzlich keine Abweichung von den gesetzlichen Vorgaben sähen.

Swiss nurse leaders verzichtet auf eine Stellungnahme.

unimed suis weist die KVV-Revision in der vorliegenden Form zurück. Obwohl sie die Klärung bestimmter Elemente begrüsse, wie z. B. die Präzisierung des Inhalts eines Genehmigungsantrags für Tarifverträge, die dem Bundesrat vorgelegt würden, blieben zu viele Themen hinsichtlich der Auswirkungen ihrer Umsetzung unklar. Die Universitätsspitäler würden nicht «höchstens», sondern generell eine sachgerechte Tarifierung benötigen, um die Qualität weiterhin hochzuhalten. Deshalb sei es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssten.

Vips ist der Ansicht, dass die derzeitige Tarifgestaltung sich stark auf die Kosteneffizienz konzentriere, während klare und verbindliche Qualitätsziele oftmals fehlten. Zudem sei auch sicherzustellen, dass Pauschalen die WZW-Kriterien der Spezialitätenliste nicht unterlaufen würden.

Für den **VSVA** sei die Festlegung von Kostenzielen nach Leistungsbereichen nicht sinnvoll. Sie verhindere die dringend notwendige Ambulantisierung und damit eine effiziente Versorgung. Außerdem fehle dazu eine formelle gesetzliche Grundlage.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die **CSS, HSK, Prio.swiss** und **tarifsuisse** weisen darauf hin, dass darauf zu achten sei, dass es zu keinen Rationierungen komme und sich der bürokratische Mehraufwand in engen Grenzen halte.

Die **Suva** und **MTK** verzichten auf eine Stellungnahme.

Konsumentenverbände

kf ist der Ansicht, dass die vorgeschlagenen Änderungen der KVV über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen würden. Insbesondere für die Anpassungen der Vorschriften zur Tarifgestaltung bestehe keine gesetzliche Grundlage.

Andere Organisationen

Pro-salute.ch begrüsst die Tatsache, dass die Perspektive der Versicherten bei der Zielfindung einfließt und unterstützt die vorgeschlagenen Anpassungen.

Sciencesindustries lehnt die Vorlage in dieser Form ab, da sie in verschiedenen Punkten Anpassungen als erforderlich erachte.

Die **VASOS** begrüsst grundsätzlich die Vorlage. Sie stellt aber kritisch fest, dass vor allem von der Kostenentwicklung die Rede sei.

4.2 Stellungnahmen zu Artikel 28 Absatz 1 und Absatz 6 KVV

Kantone

Gemäss der **GDK** und den Kantonen **AI, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, UR, VS** und **ZG** sei es unerlässlich, dass die Kantone über denselben Zugang zu den Daten verfügen. Dies sei eine Grundvoraussetzung für die Festlegung geeigneter kantonaler Ziele, mit denen das Kostenwachstum kontrolliert oder die Qualität des Gesundheitssystems verbessert werden könne.

Für die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele könne in Zukunft die Schaffung oder Bereitstellung neuer Datenbanken erforderlich sein. Die **GDK** und die Kantone **BL, BS, FR, GE, GR, JU, NE, OW, SG, SH** und **VS** sind der Ansicht, dass die Kantone und die EKKQ daher entsprechende Anträge an das BAG, das BFS oder die EKKQ (im Falle der Kantone) stellen können sollten. Eine entsprechende Verordnungsbestimmung sei in die KVV aufzunehmen.

SO und **TI** unterstützen die Ergänzung.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **FDP** begrüsst grundsätzlich die geplante Regelung zur Weitergabe von Daten zur Messung von Kostenzielen und Qualitätsindikatoren.

Gemäss der **SVP** ist zur Umsetzung der Ziele eine hinreichende Datenbasis zur Überprüfung und Sicherstellung notwendig. Dabei sei seitens Bund besonders drauf zu achten, dass die Datenschutzbestimmungen auch in den Kantonen eingehalten werden.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein** die **FMH**, die **KAeG SG, mfe, pädiatrie Schweiz**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION** der **VLSS** die **VSÄG** und der **VSAO**, weisen darauf hin, dass die Weitergabe von Daten pro einzelnen Leistungserbringer und pro versicherte Person dem Verhältnismässigkeitsprinzip widerspreche und datenschutzrechtlich kritisch zu beurteilen sei. Der **SVDE** bezweifelt zudem, dass - insbesondere auch aus statistischer Sicht - für die angemessene Umsetzung des Gesetzesauftrages Daten pro Leistungserbringer und pro versicherte Person benötigt würden. Die Datenlieferung habe an das Bundesamt für Statistik (BFS) zu erfolgen, weil dieses bereits Gesundheitsdaten und Strukturdaten erfasse. Auch der **EVS**, die **FSLÖ, Physioswiss** und der **SBK** sind der Ansicht, dass die Daten an das BFS zu liefern seien, damit eine Mehrfachlieferung nicht mehr erforderlich sei.

ARTISET, ASPS, senesuisse und **Spitex Schweiz** geben zu bedenken, dass die Erhebung/Auswertung von noch mehr und noch detaillierteren Daten nicht die Qualität der Leistungserbringung steigere, geschweige denn die Kosten senke, sondern primär zu mehr Aufwand für alle Beteiligten führe. Deshalb müsse darauf geachtet werden, dass zumindest nur das notwendige Minimum an Erhebung und Auswertung von Daten erfolge.

Interpharma und **vips** begrüssen die Stossrichtung der Regelung, regen jedoch an, dass diese mit dem Projekt DigiSanté abzustimmen sei und insbesondere der Zugang zu den Daten für die Forschung und Qualitätssicherung zu klären sei.

Gemäss **pharmaSuisse** werde die Verknüpfung der Daten mit anderen Datenquellen durch das BAG zwar begrüsst, jedoch sei die Bestimmung so offen formuliert, dass nicht nachvollziehbar sei, mit welchen Datenquellen die Daten verknüpft würden. Zumindest auf der Ebene der Verordnung solle dies klar definiert werden.

Die **OPS** stimmt zu.

Der **SHV** fragt, welche Kadenz unter dem Begriff «regelmässig» zu verstehen sei.

Die **vaka** weist darauf hin, dass die Datenerhebung die Leistungserbringer nicht unverhältnismässig belasten dürfe und dass das Once-only-Prinzip (jede Information nur einmal erfassen) sowie die Nutzung bestehender Datenquellen strikt eingehalten werden müssten.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

prio.swiss ist mit der Änderung einverstanden. Es sei sinnvoll, dass der Bund diejenigen Daten erhalte, die er benötige, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen zu verbessern. Allerdings sollten aggregierte Daten verwendet werden und es solle nur in ganz wenigen und begründeten Ausnahmefällen davon abgewichen werden.

Andere

/

4.3 Allgemeine Stellungnahmen zur Tarifierung

Kantone

Die **GDK, AI, BL, BS, GE, NE, OW, SG, SH, TI** und **VS** stimmen den Anpassungen in Kapitel 3 Abschnitt 1 «Tarifierung und Fallpauschale» zu, die im Wesentlichen bewährten Verfahren und Standards entsprächen.

Laut **BE** sollen die neuen Artikel 46 Absatz 4^{bis} und 46a N-KVG die Tarifregelungen strukturieren, doch würden dazu wesentliche Ausführungsbestimmungen fehlen. Zwar sei eine Jahresfrist für die Genehmigung von Tarifverträgen vorgesehen, doch komme es oft zu Verzögerungen, die ausserhalb des kantonalen Einflusses lägen. BE hält diese Frist für wirkungslos und fordert eine Klärung der Folgen bei Fristüberschreitung, etwa ob eine automatische Genehmigung eintrete. Auch zu Artikel 46a bleibe unklar, nach welchen Kriterien Tarifverträge als nicht mehr gesetzeskonform gelten würden und wer über die Sachgerechtigkeit nationaler Tarifstrukturen entscheide. Eine blosse Anpassung der Tarifhöhe reiche zur Behebung struktureller Mängel nicht aus – die Tarifstruktur selbst müsse sachgerecht und differenziert gestaltet sein.

SO begrüßt die klarere Strukturierung der Grundsätze der Tarifbildung sowie der Aufgaben der Genehmigungsbehörde. Ebenso unterstützt SO 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.

Gemäss **VD** werfe Artikel 46a KVG mehrere Unklarheiten auf, die einer Präzisierung bedürften. Die Kriterien, nach denen eine Behörde eine Tarifvereinbarung genehmigen oder widerrufen könne, wenn diese nicht mehr den gesetzlichen Anforderungen entspricht, seien nicht ausreichend definiert. Darüber hinaus sei die Möglichkeit eines Kantons, eine Vereinbarung zu widerrufen, eine eminent politische Entscheidung, deren Auswirkungen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vollständig absehbar seien. Mit Inkrafttreten der vorliegenden KVG-Änderung müssten die Kantone allfällige bestehende Tarifverträge widerrufen, was eine grosse Herausforderung sei. Außerdem solle die Stelle genannt werden, die darüber entscheidet, ob eine nationale Tarifstruktur nicht mehr angemessen sei. Schliesslich erscheine es wichtig, die Absicht des Gesetzgebers und die Umsetzung durch die Kantone hinsichtlich der Berechtigung differenzierter Tarife für bestimmte medizinische Fachgebiete oder Gruppen von Leistungserbringern in bestimmten Kantonen zu klären.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Dem **SVFP** zufolge dürfe das Streben nach Tarifikohärenz nicht zu einer übermässigen Vereinheitlichung führen. Die Physiotherapie decke ein breites Spektrum an Versorgungskontexten ab, von der ambulanten Behandlung bis zur spezialisierten Therapie zu Hause. Eine Tarifflexibilität, die der klinischen und regionalen Vielfalt Rechnung trage, sei daher erforderlich.

Andere

/

4.4 Stellungnahmen zu Artikel 59c KVV

Kantone

AI, LU und TI begrüssen sehr die in Artikel 59c Absatz 3 verankerte Ergänzung, dass die Anwendungsmodalitäten der Tarifstrukturen integrierender Bestandteil der Tarifverträge sein müssen, da sie allfällige Missverständnisse verhinderten.

Gemäss **BS** ist es angezeigt, die Tarifgrundsätze dahingehend zu präzisieren, dass sie die transparent ausgewiesenen Kosten zuzüglich der erwarteten Teuerung im Anwendungsjahr decken müssen.

SH ist der Meinung, dass die aktuelle Formulierung in Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe a und b das Risiko berge, dass die tatsächlich anfallenden Kosten für eine effiziente Leistungserbringung unter Umständen nicht vollständig gedeckt würden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG, mfe**, die **SGAIM**, der **SVDE**, der **VLSS**, die **VSÄG**, die **UNION** und der **VSAO** schlagen betreffend Absatz 1 und 2 des Artikels 59c KVV verschiedene Änderungen und neue Formulierungen vor. Es sei erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung umgesetzt werden. Deshalb sei es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung gedeckt werden müssten. Das Erfordernis, dass Tarifverträge resp. Tarifstrukturen «auf wirtschaftlichen Kriterien» beruhen müssten, werde wohl von allen geteilt. Nur sei es erforderlich, dass «wirtschaftliche Tarife» im allgemeinen Sinne umgesetzt werden und nicht einseitig mit dem einzigen Fokus auf die Prämien-/Kostenentwicklung. Deshalb sei es dringend angezeigt, dass die transparent ausgewiesenen Kosten bei effizienter Leistungserbringung (vorstehender Änderungsantrag zu Artikel 59c Absatz 1 Buchstaben a und b) gedeckt werden müssten. Des Weiteren zu Absatz 2 Buchstabe b: Die Tarifstruktur solle sich nicht nur auf wirtschaftliche Kriterien (Gesundheitskosten) sondern auch auf betriebswirtschaftliche Kriterien (adäquate Gestehungskosten) stützen. Leistungserbringer müssten über die Tarife ihre Kosten abgebildet und bezahlt erhalten, wenn sie diese transparent ausweisen könnten und sie ihre Leistungen effizient erbrachten. Die geleistete Arbeit habe einen bestimmten Wert.

Gemäss **ARTISET** sei zu definieren, was unter einer effizienten Leistungserbringung zu verstehen sei. Ferner würden alle Leistungserbringer eine sachgerechte Tarifierung benötigen, um Leistungen in der notwendigen Qualität zu erbringen. Entsprechend gehe ARTISET davon aus, dass die Kostenneutralität für die Umsetzung von EFAS keine Bedeutung habe, zumal es sich nicht um einen «Wechsel des Tarifmodells» handle, sondern eine Neuschaffung von Tarifverträgen, welche aber natürlich auf den bisher ausgewiesenen Pflegekosten (SOMED- und die Spitex-Statistik) beruhen müsse.

Der **SVFP** beantragt, Absatz 1 Buchstabe c zu lockern, um Tarifreformen mit gerechtfertigten Kosten sowie die ausdrückliche Anerkennung der Repräsentativität kleinerer Berufsverbände zu ermöglichen. Er schlägt vor, Artikel 59c Absatz 1 Buchstaben a und b neu zu formulieren.

ASPS und **senesuisse** begrüssen die Neustrukturierung zu den Tarifen und Preisen, welche mehr Klarheit schaffe. Für die Umsetzung von EFAS sei noch zu klären, dass Absatz 1 Buchstabe c («Kostenneutralität») keine Bedeutung habe, zumal es sich nicht um einen «Wechsel des Tarifmodells» handle, sondern eine Neuschaffung von Tarifverträgen, welche aber natürlich auf den bisher ausgewiesenen Pflegekosten (SOMED- und die Spitex-Statistik sowie Kostenrechnungen) beruhen müsse. Insgesamt dürfe die Neuregelung nicht einen Röhrenblick auf die Kosten bewirken, immerhin sei im Gesetz genauso prominent die Vorgabe einer «qualitativ hochstehenden Versorgung» verankert.

Gemäss **EVS** muss die Repräsentativität im Einzelfall beurteilt werden und Absatz 3 sei mit «sachgerechten» Tarifstrukturen zu ergänzen.

Die **FMCH** lehnt die Änderung dieses Artikels ab.

Die **FSLO** fragt, wie und durch wen die Repräsentativität beurteilt werde und schlägt folgende Ergänzung vor: 2c) Die Tarifstruktur bildet die Leistungserbringung sachgerecht ab.

Die **FSP** kritisiert, dass in den vorgeschlagenen Tarifregelungen unklare Rechtsbegriffe verwendet würden, insbesondere der Ausdruck „transparent ausgewiesene Kosten“. Es bleibe offen, was genau darunter zu verstehen sei, wie diese offengelegt werden sollen und wie dies mit dem Datenschutz vereinbar sei. Die fehlende Präzisierung in der Verordnung wird aus Sicht der FSP als verpasste Chance gewertet. Zudem bleibe die Situation neuer Leistungserbringer unberücksichtigt. Da deren Leistungen – etwa in der Pflege oder Psychotherapie – oft nicht mit bisherigen Tätigkeiten vergleichbar seien, müssten ihre

Kosten anders ermittelt werden. Die FSP fordert daher eine klare Definition der „transparent ausgewiesenen Kosten“ sowie eine angemessene Berücksichtigung der besonderen Ausgangslage neuer Anbieter im Tarifsystem.

H+ und **unimedssuisse** begrüssen grundsätzlich die im vorliegenden Entwurf enthaltene Klarstellung, welche Inhalte ein Genehmigungsgesuch an den Bundesrat umfassen müssen. Die in den Artikeln 59c ff. KVV vorgesehenen Regelungen führten jedoch unweigerlich zu zusätzlichen Aufwendungen, die die Kosten der Universitätsspitäler erheblich erhöhten und die Genehmigung und das Inkrafttreten der Tarifverträge weiter verzögerten.

Für **Interpharma** stellt die Integration von Qualitätsanforderungen in die Grundsätze der Tarifverträge sicher, dass neben der Wirtschaftlichkeit die Leistungserbringung hohen Standards entspreche, und das Vertrauen der Patienten gewahrt bleibe.

mfe und **pädiatrie suisse** weisen darauf hin, dass die neu gestalteten Abschnitte zu «Tarif» eine Verkomplizierung mit Eingriff in die Tarifautonomie darstellen würden. Der Grundsatz, dass diese Tarife sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt sein müssen, werde durch die neuen Artikel weder verbessert noch konkretisiert, sondern erschwert. Eine weitere Einschränkung mittels der Vorgaben von Artikel 59c werde dazu führen, dass eine Gesamterneuerung und eine grundsätzliche Anpassung unmöglich werden.

Die **OPS** befürwortet die Änderung dieses Artikels.

Aus Sicht von **pharmasuisse** bringen die vorgeschlagenen Bestimmungen nicht genügend Klarheit. Es bleibe unklar, was unter „transparent ausgewiesenen Kosten“ zu verstehen sei – neben laufenden Kosten sollten auch Investitionen berücksichtigt werden, da ohne diese keine Weiterentwicklung möglich sei. Effizienzkriterien müssten Unterschiede zwischen Leistungserbringern – etwa zwischen Stadt- und Landapoteken – berücksichtigen, da Letztere trotz geringerer Effizienz eine wichtige Rolle im Service Public spielen würden. Die Forderung nach Kostenneutralität bei einem Modellwechsel sei nur tragbar, wenn die Tarife auch an die Teuerung angepasst werden können. Zudem brauche es Spielraum für Innovationen, die langfristig zur Effizienz oder besseren Versorgung beitragen würden. Unklar bleibe zudem der Begriff der „Anwendungsmodalitäten“ in Absatz 3, was in Verhandlungen für Unsicherheit sorge. Schliesslich solle bei der Beurteilung der Billigkeit die ungleiche Ausgangslage verschiedener Leistungserbringer angemessen berücksichtigt werden.

Laut **physio.swiss** müsse im Einzelfall sichergestellt werden, dass diejenigen Parteien, welche die Leistungserbringer bzw. die Versicherer vertreten, auch tatsächlich die Interessen einer Mehrheit repräsentierten. Die Tarifstrukturen müssten immer zu einer sachgerechten Tarifierung führen.

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. Der Passus «höchstens» sei zwar üblich, jedoch sage es implizit aus, dass eben ein tieferer Tarif möglich sei. Dieser reduziere dann u.a. eine effiziente Leistungserbringung.

Die **SGDV** ist dagegen.

Aus Sicht von der **Spitex Schweiz** ist es zwingend, dass ein Tarif kostendeckend sei, so sage es auch die EFAS-Vorlage. Aus diesem Grund sei der Begriff «höchstens» in Artikel 59c Absatz. 1 Buchstabe a und b nicht ausreichend und solle gemäss Antrag ersetzt werden. Buchstabe c besage, dass der Wechsel eines Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen dürfe. Sie würden Wert auf die Feststellung legen, dass die Finanzierung der Spitex-Pflegeleistungen heute nicht einem Tarifmodellunterliege, sondern anderweitig in der KLV geregelt sei. Es handle sich mit der Umsetzung von EFAS um ein völlig neues Tarifmodell und nicht um einen Wechsel. In diesem Sinn habe Buchstabe c keine Bedeutung für die neu zu schaffenden Tarifverträge im Bereich der ambulanten Pflege im Rahmen von EFAS.

Gemäss der **VAKA** müssten Tarife die effektiv anfallenden Kosten decken, nicht nur „höchstens“. Die vorgeschlagene Formulierung führe zu Rechtsunsicherheit und gefährde die wirtschaftliche Tragfähigkeit vieler Institutionen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

CSS, HSK, und tarifsuisse begrüssten 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 z.B. in regionalen Pauschalen gemäss Artikel 43 Absatz 5^{quater} KVG Repräsentativität gefordert werde. Dies werde abgelehnt, da sonst Verträge einzelner Leistungserbringer mit einzelnen Einkaufsgesellschaften verunmöglicht würden.

Prio.swiss bemerkt, dass es viele zwar ausgewiesene Kosten gebe, deren Transparenz aber zweifelhaft sei. Prio.swiss begrüsst die Aufnahme der Repräsentativität.

Andere

Der Bundesrat hat am 30. April 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 ärztlichen Leistungen ein kohärentes Tarifmodell zur Anwendung gebracht hat. Die Ergänzung des Artikels um Buchstabe c sei vor dem Hintergrund zu sehen, dass bei der Tarifierung von Leistungen die für die Ausarbeitung eines kohärenten Tarifmodells erforderlichen Kosten- und Leistungsdaten oft nicht vorlägen. Die rasche Tarifierung der neuen Leistungen sei aber notwendig und der schnellste Weg, damit durch die Anwendung eines Übergangstarifs Kosten- und Leistungsdaten generiert werden könnten. Ohne diese Ergänzung werde es der OAAT nicht möglich sein, dem Anliegen von Verordnungsgeber und Tarifpartner Folge zu leisten und neue Leistungen rasch tarifieren zu können.

Pro-salute.ch verzichtet auf Kommentare zu den Tarifstrukturen und den Grundsätzen für Tarifverträge, da auch künftig nicht vorgesehen sei, dass Vertretungen der Versicherten und der Patientinnen zu Vertragspartnern bei der Tarifgestaltung würden. Es sei aus Sicht von pro-salute.ch sachgerecht, dass die Vertragspartner bei Tarifverträgen die Organisationen der Versicherer und der Leistungserbringenden seien und dass der Bund eingreifen könne, wenn keine Einigung erzielt werde.

4.5 Stellungnahmen zu Artikel 59c^{bis} KVV

Kantone

Gemäss **LU** sei zu überlegen, ob die Präzisierung, dass die «Art und Intensität» der erbrachten Leistungen mit «Komplexität und Umfang» definiert ist, so in der Verordnung (Art. 59c^{bis}) stehen soll.

SH zufolge solle die Differenzierung nach Art und Intensität der Leistung für sämtliche Pauschalen gelten, nicht nur für solche aus dem stationären Bereich. Diese Beschränkung sei aufzuheben.

TG weist formal darauf hin, dass der zweite Satz in Artikel 59c^{bis} im vorliegenden Änderungsentwurf der KVV eine Wiederholung des ersten Satzes sei.

TI stimmt zu.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO** vertreten die Ansicht, dass angesichts der unmittelbar bevorstehenden Einführung von ambulanten Pauschalen und die künftige Gleichbehandlung von ambulant und stationär im Rahmen der Umsetzung von EFAS, der neu formulierte Grundsatz für alle Pauschalen Gültigkeit haben solle.

ASPS und **Spitex Schweiz** finden es korrekt, dass bei der Schaffung von Pauschaltarifen auch die Art und Intensität der Leistung zu berücksichtigen seien. Dies gelte im Bereich der Pflege besonders für Menschen mit Demenz oder psychiatrischen Erkrankungen, bei welchen mehr Zeit für die gleichen Pflegeleistungen benötigt würden. ASPS hält fest, dass es dem Willen des Parlaments entspräche, dass bei der Finanzierung von Palliativpflege die Umstände besser berücksichtigt würden und somit Mehraufwände zu berücksichtigen seien.

Gemäss dem **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** werde nirgends erläutert, was unter „Intensität der Leistung“ zu verstehen sei, respektive nach welchen Kriterien die „Intensität der Leistung“ beurteilt werden soll. Für eine pauschale Vergütung sei nicht die „Intensität“ – was immer damit auch gemeint sei - sondern die Homogenität der Leistung in den Einzelfällen relevant.

Die **FSLO** und die **OPS** befürworten den Entwurf.

Interpharma weist darauf hin, dass die Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen im ambulanten Bereich von Anfang an so zu gestalten seien, dass Fehlanreize und Inkompatibilitäten mit der Spezialitätenliste vermieden würden.

Gemäss **Pharmasuisse** führe die vorgesehene Unterscheidung der Leistungen nach Art und Intensität zu einer erheblichen Komplexitätssteigerung des Abrechnungssystems. Ein derart detailliertes System stehe im klaren Widerspruch zum angestrebten pauschalen Vergütungsansatz, wie er derzeit beispielsweise im ambulanten Bereich mit Pauschalen praktiziert werde. Wenn der Bund weiterhin auf eine pauschale Vergütung setze, müsse er in seiner Regulierung konsequent und kohärent bleiben. Eine gleichzeitige Einführung stark differenzierter Leistungskategorien untergrabe die Logik in diesem System und führe zwangsläufig zu Inkonsistenzen sowie administrativem Mehraufwand. Ohne eine klare und einheitliche Linie drohe ein Systemchaos, das weder für Leistungserbringer noch für Versicherer handhabbar sei.

senesuisse erachtet es als korrekt, dass bei der Schaffung von Pauschaltarifen auch die Art und Intensität der Leistung berücksichtigt werde.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

/

Andere

Die **OAAT AG** hält fest, dass sie nur ambulante Leistungen tarifice und von diesem Artikel nicht betroffen sei.

4.6 Stellungnahmen zu Artikel 59c^{ter} KVV

Kantone

Die **GDK, AI, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, OW, TG, TI, SH, UR** und **VS** sind nicht überzeugt, dass der in Artikel 59c^{ter} Absatz 2 vorgesehene Grundsatz, wonach bei leistungsbezogenen Pauschalen die Schätzung auch Bereiche vor und nach dem Spitalaufenthalt umfassen müsse, in der Praxis ohne Weiteres umsetzbar sei. Zudem sollte in Artikel 59c^{ter} präzisiert werden, dass neben dem Bundesrat auch der zuständige Kanton berechtigt sei, die genannten Unterlagen zu beschaffen.

Gemäss **BS** solle mit dem Artikel 59c^{ter} auf Verordnungsstufe präzisiert werden, unter welchen Voraussetzungen ein Gesuch um Tarifgenehmigung das Erfordernis der Vollständigkeit erfüllt.

FR zufolge bleibe unklar, was Artikel 59c^{ter} Absatz 2 genau verlangt, insbesondere in Bezug auf die Schätzung der Auswirkungen von Pauschalen auf vor- und nachgelagerte Behandlungen. Der Text sei zu vage, um in der Praxis sinnvoll umgesetzt zu werden, etwa bei der Analyse von Auswirkungen auf ambulante Leistungen oder stationäre Aufenthaltsdauern. Falls dieser Punkt beibehalten würde, seien präzisere Angaben notwendig.

Aus Sicht von **LU** und **SO** sei fraglich, ob der in Artikel 59c^{ter} Absatz 2 vorgeschriebene Grundsatz betreffend die Schätzung für leistungsbezogene Pauschalen, die vor- und nachgelagerte Bereiche umfassen muss, in der Praxis ohne Weiteres umgesetzt werden könne.

An den genannten Stellen sei gemäss **SH** und **TG** klarzustellen, was mit „vor- und nachgelagerte Bereiche“ gemeint ist (Art. 59 Abs. 2 KVV). Zudem sei gemäss **SH** zu definieren, was unter «Erläuterungen zum übermittelten Vertrag» (Art. 59c^{ter} Abs. 1 Bst. b KVV) genau zu verstehen ist. Zudem gelte es sicherzustellen, dass die deutsche, französische und italienische Version inhaltlich eindeutig übereinstimmen.

TI beurteilt kritisch die Umsetzbarkeit von Artikel 59c^{ter} Absatz 2, der fordert, dass auch vor- und nachgelagerte Behandlungsbereiche in die Schätzung von pauschalen Vergütungen einbezogen werden. Dies erscheine praxisfern.

ZG begrüßt die Differenzierung zwischen Tarifgenehmigungen durch den Bund und durch die Kantone. Die kantonalen Genehmigungen seien oft deutlich weniger komplex, so dass dort weniger umfassende Unterlagen und Angaben benötigt würden. Insofern sei es sinnvoll, dass sich die (hohen) Anforderungen von Absatz 1 auf Genehmigungsgesuche für Tarifverträge an den Bundesrat beschränken. Absatz 2 sei zu komplex, und der Erläuterungstext erkläre die Bestimmung nicht. Die Erläuterungen seien zu präzisieren.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Für **ASPS**, **senesuisse** und **Spitex Schweiz** fokussiere der im Entwurf unterbreitete Inhalt auf die Tarifverträge in bereits bestehenden Bereichen wie Spital oder Ärzteschaft. Welche Inhalte für das Genehmigungsgesuch des neuen Tarifvertrags der Pflege (Pflegeheim, die Spitex, Freiberufliche) nötig und sinnvoll sind, sei noch zu klären.

Gemäss dem **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** fehlten Erläuterungen bezüglich des Begriffs „Berechnungsmethoden“. Es werde auch nicht Bezug zur ebenfalls im KVG verankerten „Sachgerechtigkeit“ von Tarifen genommen. In Artikel 59c^{er} Absatz 1 Buchstabe e. KVV werde eine „Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten“ verlangt. Es werde aber nicht erläutert, wie und nach welchen Kriterien solche Schätzungen erstellt werden sollten.

Für die **ÄTG**, die **AGZ**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzzeverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO** sollten bei der Schätzung der Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten (Absatz 1 Bst. e.) auch gesetzliche Änderungen (wie bspw. EFAS) berücksichtigt werden.

Die **FSLO** wünscht eine Klärung wie die Kosten für die geforderten Unterlagen und deren Erstellung in die Wirtschaftlichkeitsrechnungen des Tarifs einfließen und Berücksichtigung finden werden. Zudem macht die FSLO darauf aufmerksam, dass die Einhaltung des Datenschutzes und die Gewährleistung von Anonymität/De-Identifizierung garantiert sein müssten.

Der **FSP** zufolge sei unklar was mit «einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche» gemeint ist. In der französischen Version sei von «y compris les domaines concernés avant et après l'hospitalisation» die Rede. Dieser Absatz müsse unbedingt geklärt werden. Es sei sicherzustellen, dass alle Sprachversionen eindeutig übereinstimmen. Solche Aufgaben seien sehr zeitintensiv, und es sei unklar, welche Auswirkungen die entsprechenden Resultate auf die Genehmigungsfähigkeit des Tarifes haben könnten. Aus Sicht der FSP solle darauf verzichtet werden.

Aus Sicht von **H+** und **unimed suis** würden die Vorgaben zu weit gehen und zu administrativem Mehraufwand führen. Ausserdem sei es unklar, was mit «die Erläuterungen zum übermittelten Vertrag» gemeint sei (Artikel 59c^{er} Abs. 1 Bst. b). Im Interesse der Rechtssicherheit sei dieser Punkt zu präzisieren oder ersatzlos zu streichen.

Laut **Interpharma** fördere eine detaillierte Erklärung zur Qualitätssicherung im Genehmigungsgesuch Transparenz sowie Vertrauen und gewährleiste, dass Mechanismen zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität effektiv implementiert würden.

Die **OPS** stimmt zu.

Gemäss **Pharmasuisse** seien bei der Bewertung, wie sich die Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und die Kosten auswirkt, auch relevante gesetzliche Entwicklungen – etwa die Einführung von EFAS – systematisch zu berücksichtigen, da sie die Rahmenbedingungen und finanziellen Ströme wesentlich beeinflussen könnten.

Physioswiss wirft zu Absatz 1 Buchstabe f die Frage auf, was das Ziel der Änderung sei. Zu Absatz 1 Bst. e) werde bereits heute von den ambulanten Leistungserbringern eine Kostenfolgeschätzung verlangt. Das Ziel dieser Änderung sei nicht klar.

Die Begrifflichkeit „einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche“ sei für die **VAKA** unklar. Diese Passage müsse präzisiert oder gestrichen werden, um Interpretationsspielräume zu vermeiden, insbesondere im stationären Bereich, wo eine saubere Abgrenzung zentral sei.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Prio.swiss ist grundsätzlich einverstanden. Es wird vorgeschlagen, dass sich Buchstabe f. am Wording gemäss Artikel 47c KVG orientieren soll. Es sei zu präzisieren, was unter «vor- und nachgelagerten Bereiche» konkret gemeint ist. Der Vorschlag entspreche im DRG-Bereich der heutigen Praxis. Unklar sei, wie sich dies auf den ambulanten Bereich (Stichwort neuer Arzttarif inkl. ambulante Pauschalen) auswirkt.

Andere

Die **OAAT AG** ist mit der Beschränkung der Absätze 2 und 3 auf Leistungen im stationären Bereich einverstanden. Die OAAT AG sei von diesem Artikel nicht betroffen.

4.7 Stellungnahmen zu Artikel 59c^{quater} KVV

Kantone

Gemäss **LU** sei es idealer, von Festsetzung der Tarife (und nicht der Tarifverträge) zu sprechen. Im erläuternden Bericht stehe hingegen, dass Absatz 1 dieser Artikels die Prüfung und Festsetzung der Tarifverträge ... betreffe.

TI und **ZG** stimmen zu.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Gemäss die **ÄTG**, die **AGZ**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, die **VSÄG**, der **VLSS** und der **VSAO** habe die Genehmigungsbehörde 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 würden (hiermit würde ein Verstoss gegen das Versicherungsprinzip des KVG vorliegen). Es müsse darauf geachtet werden, dass mit den definierten Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt wird.

Die **FMH**, die **FSLO**, **Interpharma** und die **OPS** stimmen zu.

Pharmasuisse ist der Meinung, dass die Bestimmung der regelmässigen Überprüfung der Tarife durch die Tarifpartner gemäss Artikel 59d E-KVV analog auch für die amtlich festgelegten Tarife gelten müsse. Folglich müsse Artikel 59c^{quater} Absatz 2 E-KVV angepasst werden, so dass auch die Anpassungs- und Überprüfungspflichten nach Artikel 59d E-KVV sinngemäss anzuwenden seien, analog der Bestimmung von Artikel 59c Absatz 3 der aktuellen KVV. Zudem solle die Genehmigungsbehörde sich darauf beschränken, die Einhaltung der Grundsätze für Tarifverträge (Art. 59c KVV) zu prüfen. Innovative Abmarchungen zwischen den Tarifpartnern unter Einhaltung der Vorgaben des Krankenversicherungsrechts sollen dabei respektiert werden, ansonsten sei eine Weiterentwicklung der Tarifsysteme nicht möglich, was die Tarifierung lähmen könne.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Die **CSS**, die **HSK**, und **Tarifsuisse** betrachten als 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 solle. Zudem entspreche 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“. Sie schlagen vor, den zweiten Satz zu streichen.

Andere

/

4.8 Stellungnahmen zu Artikel 59d KVV

Kantone

Die **GDK**, **BL**, **GE**, **NE**, **OW**, **SG**, **SH** und **VS** schlagen vor, dass dieser Artikel die Tarifpartner verpflichte, einen Tarif zu revidieren, sobald er nicht mehr der aktuellen Situation entspricht. Gemäss **FR** lässt die relativ offene Formulierung in Artikel 59d Absatz 1 KVV, wonach die Einhaltung der Bestimmungen von Artikel 59c und 59c^{bis} regelmässig überprüft werden müsse, den Tarifpartnern einen grossen Spielraum. Die Einführung einer Periodizität würde eine engmaschigere Überwachung gewährleisten. Der Artikel könnte beispielsweise eine Überprüfung des Tarifs spätestens alle fünf Jahre oder früher vorsehen, wenn dieser nicht mehr der aktuellen Situation entsprechen sollte.

Nach Auffassung von **LU** und **SO** seien die Pflichten für die Überprüfung und die Anpassung der Bepreisung der in der Spezialitätenliste aufgeführten Arzneimittel gesetzlich explizit festzuhalten.

ZG stimmt zu.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **FMCH**, **Interpharma**, die **KAE SG**, die **OPS**, die **SGDV**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO** stimmen zu.

Gemäss **ARTISET, ASPS und senesuisse** ist eine regelmässige Überprüfung der Tarife aufgrund der sich verändernden Umstände sicherlich sinnvoll, der dafür vorgesehene Zeitrahmen sollte allerdings adäquat lange ausgestaltet sein (keine übermässige Bürokratie) und präzisiert werden. Das Ziel müsse sein, dass Tarifverträge aktuell blieben, also bei grösseren Veränderungen zeitnah angepasst würden. Deshalb sollte zusätzlich ein Zeitrahmen definiert werden, innert welcher Frist die Tarifverträge von der zuständigen Behörde genehmigt resp. abgelehnt werden müssten.

Gemäss **EVS** müsse der Begriff «regelmässig überprüfen» konkretisiert werden.

Gemäss **FSLO** sei der Begriff «regelmässig» zu wenig definiert. Er müsse gestrichen werden und mit «auf Antrag eines Tarifpartners oder der Genehmigungsbehörde innerhalb von 2 Jahren» ersetzen werden. Die Überprüfung müsse für alle Tarifpartner terminierbar sein, damit die Tarifpartner gemeinsam agieren können. Der Zeithorizont schaffe Klarheit.

Laut **Pharmasuisse** müsse die Bestimmung der regelmässigen Überprüfung der Tarife durch die Tarifpartner analog auch für die amtlich festgelegten Tarife gelten. Folglich müsste Artikel 59c^{quater} Absatz 2 E-KVV angepasst werden, dass auch die Anpassungs- und Überprüfungspflichten nach Artikel 59d E-KVV sinngemäss anzuwenden seien, analog der Bestimmung von Artikel 59c Absatz 3 der aktuellen KVV. Eine rasche Genehmigung von überprüften und in der Folge überarbeiteten Tarifen durch den Bundesrat oder die zuständige Behörde sei dabei sicherzustellen.

Physioswiss vertritt die Ansicht, dass im Sinne einer Klarstellung in Absatz 1 ein definierter Zeitraum («...in einem Abstand von 2 bis 3 Jahren...») festzulegen sei, in welchem ein Tarif überprüft wird.

Dem **SBK** zufolge sollen die Überprüfungs- und Anpassungspflichten der Tarifpartner gewährleisten, dass die Tarife den Grundsätzen der Artikel 59c und 59b^{bis} 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, halte der SBK dies für nicht umsetzbar. Der SBK fordert eine Klärung, was in diesem Artikel genau gemeint sei.

Gemäss **Spitex Schweiz** müsse das Ziel dieses Artikels sein, dass Tarifverträge aktuell sind und bleiben, also bei Bedarf angepasst werden. Ausserdem sei es wichtig, dass die Überprüfungspflicht keinen unnötigen Verwaltungsaufwand verursacht. Gegebenenfalls sei es sinnvoll, Fristen festzulegen oder, falls dies nicht möglich ist, den Vertragsparteien die (gemeinsame) Festlegung der Fristen zu überlassen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

/

Andere

/

4.9 Stellungnahmen zu Artikel 75a KVV

Kantone

Die **GDK**, und die Kantone **AI, BL, BS, FR, GE, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TG, TI, VS** und **ZH** kritisieren, dass die Verordnungsbestimmungen zur Festlegung von Kostenzielen zu offen formuliert seien. Es fehle eine klare gesetzliche Grundlage, auf der sich insbesondere Sanktionen oder Gegenmassnahmen bei

einer systematischen, ungerechtfertigten und langfristigen Zielverfehlung stützen liessen. Die Kantone betonen die Notwendigkeit, nationale Vorgaben regional anpassen zu können, um spezifische Gegebenheiten und Unterschiede zwischen Leistungserbringergruppen berücksichtigen zu können. Gleichzeitig fordern sie eine enge Abstimmung zwischen den nationalen Kostenzielen des Bundes gemäss Artikel 54 nKVG und den kantonalen Zielen gemäss Artikel 54a nKVG. Zudem sei unklar, welche Art von Zielen überhaupt zulässig seien – etwa ob diese absolut oder relativ formuliert sein sollen und ob eine Vergleichbarkeit zwischen Kostengruppen gegeben sein muss. Die GDK schlägt deshalb eine Ergänzung von Artikel 75a Absatz 1 vor, um sicherzustellen, dass die Festlegung von Kostenzielen nicht zur Folge habe, dass bereits erbrachte Leistungen verzögert oder nicht korrekt abgerechnet werden könnten.

Im Übrigen sei es für die **GDK, AI, BL, BS, FR, GE, LU, OW, NE, SG, SH, SO, TG, TI, UR, VS, ZG** wichtig, dass die Kantone, welche in erster Linie für die Gesundheitsversorgung zuständig seien, durch eine Ergänzung von Artikel 75a Absatz 3 angemessen in die Koordinierung der Kosten- und Qualitätsziele einbezogen würden.

AG stellt fest, dass unter den Kriterien von Artikel 75a Absatz 2 KVV die demografischen Kriterien nicht genannt werden., Darunter falle insbesondere die Altersentwicklung der Bevölkerung, die im Allgemeinen als wesentlicher Treiber der Gesundheitskosten gelte. Für eine Verordnungsbestimmung bleibe Artikel 75a KVV zudem auffallend unbestimmt, insbesondere würden jegliche quantitativen Indikatoren beziehungsweise Festlegungen fehlen.

BE und BS sind der Meinung, dass die Frist, die den Kantonen für die Festlegung allfälliger eigener Ziele eingeräumt werde, sehr kurz sei und unter Umständen weniger als zwölf Monate betrage. Die Grundlagenarbeiten zu organisieren, die Anhörung der betroffenen Kreise, die kantonalen Entscheidungsprozesse und die anschliessende Kommunikation der kantonalen Vierjahresziele werde kaum umsetzbar sein. Auch würden jegliche Ausführungen darüber fehlen, welche Daten in welcher Granularität, Periodizität und Modalität den Kantonen zur Verfügung stehen, um Kostenziele für die im Kantonsgebiet zu erbringenden Leistungen festlegen zu können. Die Abklärung der Datenbedürfnisse bei den Kantonen sei unterlassen worden, Fragen nach den Folgen bei Nichterreichung von Kostenzielen sowie nach der Verantwortung für eine Kurskorrektur würden offen bleiben.

Nach der Auffassung von **BS** solle den Kantonen zudem offenstehen, entweder nur Kosten- oder nur Qualitätsziele zu formulieren. Auch hier sorge der Gesetzestext für Unklarheiten, da stets von «Kosten- und Qualitätszielen» gesprochen werde. Eine entsprechende Präzisierung wäre deshalb wünschenswert. Positiv wird gewürdigt, dass bezüglich der Qualitätsziele eine Koordination mit Artikel 58 KVG vorgesehen sei und sich die Ausführungsbestimmungen in der Verordnung nur auf die Kostenziele beziehen würden.

GE ist der Ansicht, dass die Liste der Faktoren, die bei der Festlegung von Zielen für die Gesamtkosten zu berücksichtigen seien, auch dem demografischen Wandel Rechnung tragen solle. Auch wenn im Entwurf darauf hingewiesen werde, dass die Liste der Faktoren nicht erschöpfend sei, erscheine es dennoch wichtig, diesen Faktor hinzuzufügen, da er sich auf die Gesundheitskosten auswirke.

GR regt an, den Anhörungsprozess zu regeln.

LU erachtet es als schwierig, den Parameter «medizinisch-technische Fortschritt» objektiv zu operationalisieren. Auch das Effizienzpotenzial lasse sich nicht ganz einfach eruieren, könne aber besser eingeschätzt werden.

SG ist der Meinung, dass es auch geregelt werden sollte, wie die Anhörungen zur Festlegung der nationalen und kantonalen Kostenziele aufeinander abgestimmt würden. Auch fehle eine Rechtsgrundlage für Massnahmen bzw. Sanktionen bei einer unbegründeten und andauernden Nichteinhaltung von Kostenzielen.

SH zufolge sei zu prüfen, inwiefern die zu berücksichtigenden Parameter zu ergänzen seien: Um einen ebensolchen zur spezifischen Lohnkostenentwicklung im Gesundheitswesen, um einen zur Entwicklung der Demographie sowie um einen zur Entwicklung des Patientenverhaltens (inkl. Versicherungsdckung). Ebenso solle die Präzisierung angebracht werden, wonach nur «nachgewiesenes» Effizienzpotenzial zu berücksichtigen sei.

Gemäss **SO** werde die vom Bundesrat beabsichtigte Verankerung von Kostenzielen in der KVV zwar die Kosten- und Mengentransparenz im Gesundheitswesen steigern. Es sei aber lediglich ein bescheidener Effekt im Sinne einer Kostenbremse bei den Leistungen zulasten der OKP zu erwarten, solange nicht definiert sei, anhand welcher Massnahmen der Bundesrat die Einhaltung der Kostenziele durchsetzen werde bzw. welche Konsequenzen das Nichterreichen der Kostenziele habe. Entsprechend erteiche SO

den Bundesrat, zeitnah ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten und dabei dem Zusammenspiel zwischen Bund und Kantonen ein besonderes Augenmerk zu schenken.

Der **VD** betont, dass die Qualitätsziele, insbesondere für Arzneimittel, in der KVV noch unzureichend entwickelt seien. Er empfiehlt eine bessere Koordination mit der Eidgenössischen Kommission für Qualitätsfragen (EKQ) und fordert eine klare gesetzliche Grundlage für die Bewertung der Ziele, sei es auf kantonaler oder auf Bundesebene. Für die Spitäler sollten diese Ziele an die vom Bundesrat genehmigte Qualitätsvereinbarung und an Artikel 58 Buchstabe a KVG angepasst werden. Es müssten Instrumente und Verfahren vorgesehen werden, die den Kantonen einen einfachen Zugang zu den relevanten Daten ermöglichen würden. Schliesslich weist VD auf eine Inkohärenz zwischen Artikel 75a Absatz 2 VE und dem erläuternden Bericht zu den Kriterien für die Festlegung der Ziele hin. Er schlägt vor, den demografischen Faktor ausdrücklich aufzunehmen.

ZH weist darauf hin, dass bei der Einführung der Kosten- und Qualitätsziele auf eine schlanke Umsetzung geachtet werden solle. Doppelprüfungen sind zu verhindern und die Aufgaben und Rollen der Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenflegeversicherung sowie der Eidgenössischen Qualitätskommission seien klar voneinander abzugrenzen. Weiterhin sei es ein Anliegen, dass die Kostenziele bzw. die vorliegende Verordnung so ausgestaltet seien, dass möglichst keine Anreize entstehen, das Abrechnungsverhalten aufgrund der Ziele zu verändern. Das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer könne nämlich die beobachtete Kostenentwicklung beeinflussen.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Gemäss der **FDP** müssten die Qualitätsziele in der Tarifgestaltung eine grössere Rolle spielen. Es sei daher denkbar in Artikel 75a zusätzlich auch Qualitätsziele aufzunehmen. **Die Mitte** moniert, dass die Nichteinhaltung der Ziele keine Konsequenzen habe. Auch die **SVP** moniert, dass klare Qualitätsziele fehlten respektive nur unzureichend definiert seien.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Economiesuisse macht geltend, dass die Begriffe unklar seien und sich dadurch diverse Fragen ergäben, wie bspw. auf welche Art die Kostenziele gemessen werden. Der **SGB** erachtet die gewählten Parameter zur Festlegung der Kostenziele als richtig gewählt und unterstützt deren Aufnahme im Verordnungstext.

Der **SGV** weist darauf hin, dass der Entwurf weder die Form noch die Kriterien der Kostenziele präzisiere und dass der einheitliche Ansatz regionale oder sektorale Unterschiede – beispielsweise in der stationären Rehabilitation oder in der Psychiatrie –, wo der Bedarf jedoch steigen werde, nicht berücksichtige. Bei Überschreitung der Kostenziele seien die vorgesehenen Korrekturmaßnahmen vage und potenziell willkürlich.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Gemäss **ARTISET** seien viele verwendete Begriffe wie „hochstehende Gesundheitsversorgung“ oder „möglichst günstige Kosten“ unklar und liessen zu viel Interpretationsspielraum, was Rechtsunsicherheit schaffe. Um den Fokus nicht allein auf Kosten zu verengen, sollten alle betroffenen Parteien auch zum Umsetzungskonzept angehört werden. In Bereichen wie der Langzeitpflege würden oft die nötigen Mittel fehlen, um Effizienzsteigerungen umzusetzen. Das Effizienzpotenzial sei dort ohnehin gering. Politisch gewollte Mehrkosten, etwa durch den Ausbau ambulanter Leistungen, müssten möglich bleiben. Zudem sollten demografische Entwicklungen, Pflegebedarfe und Fachkräftemangel bei der Festlegung von Kostenzielen berücksichtigt werden. Schliesslich brauche es eine klare Abgrenzung zur EKKQ, um Überschneidungen bei Zuständigkeiten zu vermeiden.

Der **SVFP** fordert, dass die Ziele durch qualitative Kriterien und klinische Ergebnisse ergänzt würden und dass die Kostenentwicklung der Leistungserbringer berücksichtigt werde. Das Effizienzpotenzial solle nur das nachgewiesene sein, und es sollten in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden für die Physiotherapie geeignete Effizienzindikatoren entwickelt werden.

ASPS und **senesuisse** begrüssen Absatz 1 und Absatz 3. Aus Absatz 2 gehe jedoch hervor, dass die Erarbeitung dieser Vorlage vor der Annahme von EFAS erfolgt sei und somit die Pflege nicht berücksichtigt worden sei. In diesem Bereich sei von den genannten Kriterien sicherlich der vorgeschlagene Buchstabe c einschlägig (wirtschaftliche Entwicklung und Lohn-/Preisentwicklung), unter Berücksichtigung der Pflegeinitiative namentlich die Lohnentwicklung («bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen»). Für die Entwicklung der Pflegekosten seien andere Faktoren vielbedeutender, insbeson-

dere etwa die demografische und gesellschaftliche Entwicklung (inkl. Haushaltsgrösse und Unterstützungs möglichkeit in der Familie) sowie die Entwicklung von Krankheiten (v.a. Demenz) und des Unterstützungsbedarfs (bestimmend für die Notwendigkeit eines Pflegeheimenintritts). Zudem sei in der Pflege - entgegen den Ausführungen im erläuternden Bericht - das Effizienzpotenzial nicht «beachtlich», sondern sehr klein: Die alltäglichen Pflegehandlungen könnten nicht digitalisiert, ersetzt oder aufgrund des technischen Fortschritts schneller vollzogen werden.

Die **AVASAD** schlägt vor, den im Gesetzentwurf an das Parlament enthaltenen Begriff der Toleranzmarge wieder aufzunehmen. Bei der Festlegung der vierjährigen Kostenziele erscheine es daher wichtig, Faktoren wie Prekarisierung, demografische Entwicklung und politische Prioritäten im Gesundheitsbereich zu berücksichtigen.

Der **EVS** wünscht eine Klärung, wie das Effizienzpotenzial definiert wird.

Die **FMCH** sieht die vorgeschlagene Vorlage zu Kosten- und Qualitätszielen kritisch. Die FMCH spricht sich dafür aus, dass in einem offenen Gesundheitswesen die erforderlichen Leistungen zur benötigten Zeit erbracht werden könnten. Dies sei bei der Festlegung der konkreten Kostenziele zu berücksichtigen. Aus diesem Grund plädiert die FMCH bei potenziellen Zielkonflikten zwischen den Kosten und Qualitätszielen sowie der Ambulantisierung dafür, dass Qualitätsvorgaben und die AVOS-Liste klar Vorrang vor den Kostenzielen hätten.

Die **ÄTG**, die **AGZ**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO** lehnen Artikel 75a KVV ausdrücklich ab. Auf Verordnungsebene sei inhaltlich vorzusehen, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen seien. Es müsse darauf geachtet werden, dass mit den Kostenzielen der Zugang zu den notwendigen und versicherten Leistungen nicht eingeschränkt werde. In Absatz 2 finde sich dann eine nicht abschliessende Aufzählung der zu berücksichtigende Parameter. Im erläuternden Bericht zu Absatz 2 werde festgehalten, dass «das Effizienzpotenzial beachtlich» sei und entlarve mit welchem Fokus die Kosten- und Qualitätsziele wohl gesetzt werden sollten. Die seitens Infras behaupteten 20% an generellem Einsparungspotential würden dezidiert bestritten. Solche Massnahmen würden sie, vor allem wenn sie auf blossen Verdacht «ex ante» beruhen und erfolgen, als nicht zulässig erachten. Denn mit einem derartigen generellen Kürzungsfaktor würden z.B. die legitimen Ansprüche auf eine regelmässige Teuerungsanpassung, so wie sie in allen Wirtschaftsbereichen gälten, nur im Gesundheitswesen nicht, von vornherein wieder zunichte gemacht. Mit Artikel 75a Absatz 3 KVV werde inhaltlich das KVG übersteuert. Da die KVV-Änderung auf den Artikel 58 KVG verweise, welcher direkten Einfluss auf die Qualitätsverträge gemäss Artikel 58a KVG habe, sei eine inhaltliche Regulierungsfolgeabschätzung unabdingbar, bzw. müsse dargelegt werden, welche Implikationen dieser Verweis in der KVV auf Artikel 58 KVG mit sich bringt.

Was als „unerwünschte Entwicklung“ gelte, bleibt für die **FSP** unklar und liege ohne Vorgaben im Er-messen der Behörden. Das berge die Gefahr uneinheitlicher kantonaler Korrekturen und schwäche die Rechtssicherheit. Auch wenn sich während der langen Geltungsdauer der Ziele neue Entwicklungen ergäben, seien keine Anpassungsprozesse vorgesehen. Es brauche daher klare Vorgaben, welche Faktoren der Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele zwingend berücksichtigen müsse – auch als Grundlage für die Arbeit der EKKQ. Die bisher genannten Stichworte wie Morbidität oder Effizienzpotenzial seien zu vage. Zusätzlich solle der verfügbare Fachkräftemarkt explizit einbezogen werden. Aus Sicht der FSP müssten spezifische Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit (bspw. verstärkte Sensibilisierung und Entstigmatisierung), Prävalenz und der demografische Wandel berücksichtigt werden. Des Weiteren müsse das Effizienzpotenzial nachgewiesen sein.

H+ und **Unimed** sind der Meinung, dass Kostenziele in einem offenen Gesundheitswesen wenig zielführend seien, besonders für Leistungserbringer, die nur auf ärztliche Anordnung tätig werden und deren Vergütung gesetzlich geregelt sei. Der damit verbundene bürokratische Aufwand belaste die Universitätsspitäler zusätzlich. Unimeduisse lehne den planwirtschaftlichen Ansatz der Kostenziele ab und fordert stattdessen stärkere Qualitätsinstrumente wie Indikations- und Ergebnistransparenz. Positiv wurde die Ablehnung von Kostenblöcken pro Leistungserbringergruppe durch das Parlament aufgenommen. Umso kritischer werde beurteilt, dass der Entwurf erneut Kostenziele für einzelne Gruppen vorsiehe (Art. 75b KVV), obwohl dafür keine gesetzliche Grundlage bestehe. Dieser Artikel solle gestrichen werden. Zudem fehlten im Verordnungstext rechtliche Mittel gegen unrealistische Kostenziele. Es brauche klare Vorgaben, was der Bundesrat bei der Festlegung zwingend zu berücksichtigen habe – insbesondere Demografie, Patientenverhalten und nachweisbares Effizienzpotenzial.

Interpharma fordert, dass zum Umsetzungskonzept für die Kostenziele eine Vernehmlassung durchgeführt werde und schlägt Ergänzungen der bei der Festlegung der Kostenziele zu beachtenden Faktoren (Art. 75a Abs. 2 KVV) vor.

mfe und **Pädiatrie Schweiz** sind der Meinung, dass Auf Verordnungsebene inhaltlich vorzusehen sei, dass die Festlegung der Kosten- und Qualitätsziele nach Anhörung der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten festzulegen seien.

OPS begrüsst insbesondere, dass die wirtschaftliche Entwicklung und die Lohn- und Preisentwicklung in Zukunft ebenfalls in Betracht gezogen werde.

Ospita weist darauf hin, dass die Messgrösse – gerade im Hinblick auf die entsprechende Planungsmöglichkeit der Kantone – eindeutig definiert werden sollte und möchte Absatz 2 mit der regionale und/oder sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede, und die Folgeaufwände der Regulierung durch Bund und Kantone. Es wäre auszuführen, wie eine solche Koordination zwischen quantitativen (Kostenziele) und qualitativen Grössen (Qualitätsziele) gelingen soll.

Pharmasuisse stellt fest, dass sich der Gesetzestext und der Verordnungsentwurf wiederholt auf «Kostenziele» beziehen, ohne jedoch klarzustellen, in welcher Form oder anhand welcher Messgrössen diese konkret festgelegt werden sollen. Um eine verlässliche Planungsgrundlage für die Kantone zu gewährleisten und eine effektive Steuerung zu ermöglichen, sei eine eindeutige und transparente Festlegung dieser Parameter unerlässlich. Weitere Faktoren wie regionale und sektorspezifische Unterschiede sowie strukturelle Gegebenheiten und zusätzliche finanzielle Belastungen, die durch regulatorische Vorgaben von Bund und Kantonen entstünden, sollten zusätzlich einbezogen werden. Eine klare methodische Herleitung sei erforderlich, um eine kohärente und praxisnahe Verknüpfung sicherzustellen, ohne dass einseitig auf die Kosten fokussiert werde.

Gemäss **Physioswiss** sollte die Aufzählung in Absatz 2 abschliessend sein.

Dem **SBK** zufolge ist die Koordination der Kostenziele von zentraler Bedeutung. Die unterschiedlichen Ausgabenbereiche dürften nicht gegeneinander ausgespielt werden. Es müsse sichergestellt sein, dass eine übergeordnete Strategie verfolgt werde. Wenn beispielsweise ein politisches Ziel darin bestehe, mehr ambulante Leistungen zu fördern und dadurch die Kosten im ambulanten Sektor steigen, dürfe dies nicht zu Nachteilen bei der Festlegung der Kostenziele für diesen oder nachgelagerte Bereiche führen. Der SBK begrüsst, die Anhörung aller Akteuren, die Tatsache, dass Kostenziele in Verbindung mit Qualitätszielen festgelegt werden sollten und die Einführung eines Monitorings, das sicherstelle, dass die medizinische Versorgungsqualität mindestens erhalten bleibe und die Versorgungssicherheit gewährleistet werde. Es müsse sichergestellt sein, dass eine übergeordnete Strategie verfolgt werde.

Die **SGDV** ist dagegen.

Schweizerischer Hebammenverband schlägt vor «Effizienzpotential» mit «Versorgungssituation» zu ersetzen und das Wort «namentlich» zu streichen.

Die Spitem Schweiz begrüsst den Hinweis auf eine qualitativ hochwertige und zweckmässige Gesundheitsversorgung. Allerdings werde in Artikel 75a Absatz 2 die Pflege nicht ausreichend berücksichtigt. Deren Kostenentwicklung hängt nicht nur von wirtschaftlichen Faktoren ab, sondern auch von demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen wie der Zunahme von Einpersonenhaushalten oder der Multimorbidität im Alter. Der medizinisch-technische Fortschritt bringt zudem in der Pflege kaum Effizienzgewinne, da viele Tätigkeiten nicht digitalisierbar seien. Wichtig sei auch, dass sowohl Preis- als auch Mengenentwicklungen in die Kostenziele einbezogen werden. Eine Koordination mit den Qualitätszielen sei nötig, um einseitige Analysen zu vermeiden. Deshalb sollten auch Entwicklungen wie der demografische Wandel, die Verlagerung in den ambulanten Bereich, Krisen oder sozialpolitische Trends in den Gesamtzielen verankert werden.

Gemäss der **VAKA** müssten zusätzlich zu Wirtschaftsentwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt, demografische Veränderungen, Patientenverhalten sowie politisch gewollte Strukturveränderungen (z.B. ambulant vor stationär) berücksichtigt werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Gemäss **prio.swiss** sei die Einführung von neuen Begriffen wie insbesondere „notwendige Kosten“ zur Deckung (...), «medizinischer Bedarf» und «qualitativ hochstehend und zweckmässig» nicht nachvollziehbar. prio.swiss ist mit der Aufnahme des Effizienzpotentials grundsätzlich einverstanden. Dieser Begriff sei klar zu definieren auch im Sinne einer vernünftigen Operationalisierung. Generell sei festzuhalten, dass die Fixierung von Vierjahreszielen kaum praktikabel und mit vielen Ungewissheiten verbunden sei.

Gemäss CSS, HSK, tarifsuisse müsste der Begriff «Effizienzpotenzial» klar definiert werden.

Konsumentenverbände

kf weist darauf hin, dass die Kosten- und Qualitätsziele mit anderen Bestimmungen des KVG kollidieren, insbesondere mit Artikel 47c KVG. Zudem seien diverse Begriffe in Zusammenhang mit den Kostenzielen unklar.

Andere

pro-salute.ch regt an, seitens Bund durch entsprechende Verordnungsbestimmungen sicherzustellen, dass die Kantone eine Anhörung gemäss Artikel 54a Absatz 2 KVG durchführen, wenn sie selber Kostenziele festlegen. Zudem wird seitens pro-salute.ch vorgeschlagen, Absatz 2 Buchstabe b mit den Begriffen «pflegerischen, beraterischen und therapeutischen» zu ergänzen, damit alle Aspekte der medizinischen Versorgung abgedeckt seien.

Scienceindustries fordert in Übereinstimmung mit dem Parlament, dass die Qualitätsziele in der Verordnung deutlicher und verbindlicher berücksichtigt werden. Es sei entscheidend, dass die Qualität der medizinischen Versorgung genauso messbar und in die Zielsetzung aufgenommen werde wie die Kosten, um sicherzustellen, dass die angestrebten Einsparungen nicht zu Lasten der Patientenversorgung gehen. Praktikable Vorgaben zur Messung der Qualitätsziele seien unabdingbar, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Kosten und Qualität sicherzustellen.

4.10 Stellungnahmen zu Artikel 75b KVV

Kantone

Aus Sicht der **GDK, AG, AI, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, TI, VD, VS** und **ZG** sei nicht ersichtlich, warum gerade diese Gruppen in der Verordnungsvorlage aufgeführt seien. Es solle möglich sein, Kostenziele für andere oder sogar für alle Leistungserbringer festzulegen. Ausserdem solle sich Buchstabe d nicht auf Arzneimittel beschränken, sondern Heilmittel im Allgemeinen einschliessen, zu denen auch Medizinprodukte gehören. Wenn der Bund die Kostengruppen nicht ausweiten wolle, solle den Kantonen ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt werden, über die Aufzählung in Artikel 75b VE-KVV hinauszugehen.

BE lässt verlauten, dass die in Artikel 75b VE-KVV festgelegten Kostengruppen ebenfalls nicht abschliessend aufgeführt seien und es keine Bestimmung über die Definition des Anhörungszeitraums gebe. Auch fehlten jegliche Ausführungen darüber, 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 führe zwangsläufig zu zusätzlichen administrativen Aufwänden. Der Bundesrat habe es unterlassen, bei der Verordnungsrevision die Datenbedürfnisse der Kantonen abzuklären. Die Ausführungsbestimmungen zu den festzulegenden Kostenzielen auf Bundesebene seien folglich ungenügend. Sie liessen nach wie vor viele Umsetzungsfragen offen.

GE empfiehlt, die in Artikel 75a enthaltenen Garantien für den Zugang zur Gesundheitsversorgung und für die Qualität ausdrücklich in Artikel 75b VE-KVV aufzunehmen. Wie in diesem Artikel wäre auch zu präzisieren, welche Faktoren der Bundesrat berücksichtige, insbesondere den Tarifabdeckungsgrad und die Substitutionseffekte zwischen den Sektoren. Kostensenkungen sollten auf Bereiche mit hohen Margen abzielen und Auswirkungen auf bereits defizitäre Bereiche (z. B. komplexe Grundversorgung) vermeiden. Es sei unerlässlich, sektorübergreifende Effekte (z. B. Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich oder in die häusliche Pflege) zu berücksichtigen, die zwar die Gesamtkosten senken, aber bestimmte spezifische Ausgaben erhöhen würden.

GR hält fest, dass in Artikel 75b VE-KVV jene Kostengruppen aufgezählt werden, für die ab Einführung dieser Änderungen Kostenziele zu erlassen seien, wobei die Aufzählung nicht abschliessend sei. Unter anderem werde unter Buchstabe e dieses Artikels die Pflege im Pflegeheim oder zu Hause genannt. Die Restfinanzierung der Pflegeleistungen erfolge durch die Kantone. Ein nationales Kostenziel werde ohne unverhältnismässigen Aufwand kaum den unterschiedlichen Lösungen der Restfinanzierung der Pflege in den einzelnen Kantonen gerecht werden. Solange dies so sei, empfiehlt GR diese Bestimmung zu streichen oder zumindest den Kantonen die Definition der Kostenziele zu überlassen.

Laut **SG** sei nicht nachvollziehbar, wenn die Festlegung der Kostenziele durch den Bund in Artikel 75b KVV auf fünf Kostengruppen beschränkt wird. **TG** ist der Meinung, dass die Einteilung der Kostenziele

nach Kostengruppen (VE-KVV Artikel 75b) nicht zielführend sei. Eine solche Differenzierung fördere das Silodenken und sei der Transparenz kaum förderlich.

VS stellt eine Abweichung in den Vernehmlassungsunterlagen fest, weil Artikel 75b Buchstabe e sich auf ambulante Behandlungen durch Ärzte ausserhalb des Spitals beziehe, während in der französischen Fassung der Vergleichstabelle zwischen geltendem Recht und Vorentwurf für die Vernehmlassung von «ambulanten Behandlungen ausserhalb des Spitals» die Rede sei, ohne dass diese auf Ärzte beschränkt würden.

ZH weist darauf hin, dass Buchstabe d sich nicht nur auf Arzneimittel beschränke, sondern allgemein die Heilmittel ansprechen solle, die auch Medizinprodukte umfassen.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

Der **SGB** begrüsst die Auswahl der Kostengruppen und deren explizite Nennung in der Verordnung. Gemäss **economiesuisse** ist auf die Festlegung von Kostenzielen nach Kostengruppen zu verzichten, da dies bereits im Parlament abgelehnt wurde und damit das Silodenken gefördert und die Versorgung ineffizienter gemacht werde.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **FDP** und die **SVP** sind der Ansicht, dass die Festlegung von Kostenzielen für einzelne Kostengruppen dem Willen des Parlaments widerspreche und das kritisierte Silodenken fördere, weshalb die entsprechende Bestimmung zu streichen sei. Auch **Die Mitte** steht der Festlegung von Kostenzielen für spezifische Kostengruppen kritisch gegenüber, da dies einer koordinierten und integrierten Behandlung zuwiderlaufe.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die AGZ, die ÄTG, die BEKAG, der Bündner Ärzteverein, die FMH, die KAeG SG, mfe, die SGAIM, der SVDE, die UNION, die VSÄG, der VSAO der VLSS und der VSVA lehnen die Verankerung von Kostenzielen für einzelne Kostengruppen ab. Für die Kostengruppen unter Ziffer b (ambulante Behandlungen im Spital) und Ziffer c (ambulante Behandlungen durch Ärzte und Ärztinnen ausserhalb des Spitals) gebe die dynamische Kostenneutralität, bei der Einführung des TARDOC und der ambulanten, defacto strenge Kostenziele vor. Dies sollte bei der Festlegung von Kostenzielen für diese Kostengruppen unbedingt berücksichtigt werden.

Gemäss ARTISET soll die Anpassung sicherstellen, dass das Verfehlen von Kostenzielen sich nicht negativ auf die Kostenziele der anderen Kostengruppen auswirke. Es dürfe keine Kompensation auf Kosten der anderen Kostengruppen vorgenommen werden.

ASPS zufolge sei es wichtig, dass die Kostengruppen getrennt betrachtet würden und somit der Bundesrat eigenständige Ziele für die verschiedenen Leistungsbereiche festlege.

Gemäss EVS bedeutet der Begriff «namentlich», dass die Auflistung nicht abschliessend sei und jederzeit durch weitere Kostengruppen ergänzt werden könne. Gemäss dieser Liste wäre in der Ergotherapie nur der spitalambulante Bereich betroffen, nicht jedoch der Bereich der ambulanten Ergotherapie. Die Formulierung «namentlich» schaffe Rechtsunsicherheit. EVS beantragt, dass die Leistungsträger angehört werden müssten, bevor der Bundesrat die Kostengruppen ausweite.

Die FMCH, die PAP (SGPP und SMHC) und die SGDV sind dagegen.

H+ und Unimed sind der Meinung, dass diese Bestimmung nicht KVG-konform ist. Es fehle eine Rechtsgrundlage, um die Kostengruppen in der KVV zu definieren. Zudem seien Kostenziele auf dieser Aggregationsstufe nicht praktikabel. Artikel 75b KVV müsse daher vollständig gestrichen werden.

Intergenerika, Interpharma und vips sprechen sich gegen die Festlegung von Kostenzielen pro Kostengruppe aus, da sich auch das Parlament dagegen entschieden habe. Zudem kritisiert Interpharma die Auswahl der Kostengruppen als nicht nachvollziehbar und macht – im Sinne eines Eventualvorschlags – Empfehlungen für andere Kategorien.

Die OPS und senesuisse stimmen zu.

Gemäss ospita und pharmasuisse sind die aufgeführten Kostengruppen eine nicht tolerierbare Diskriminierung. Dazu sei die Ergänzung von Artikel 75a Absatz 2 um sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede von zentraler Bedeutung.

Physioswiss ist der Ansicht, dass die Aufzählung der Kostengruppen abschliessend sein sollte.

Der SBK begrüßt die Unterteilung der Kostengruppen für die Festlegung von Zielen nach Ausgabenbereichen. Aus Sicht des SBK sollte jedoch MedTech als zusätzliche Kostengruppe ergänzt werden. Die Dynamik in den verschiedenen Bereichen sei unterschiedlich. Insbesondere in der Pflege werde aufgrund des demografischen Wandels ein dynamisches Wachstum erwartet. Durch eine separate Be trachtung könne dieser Entwicklung Rechnung getragen werden.

Nach Auffassung der Spitex Schweiz sei die Sinnhaftigkeit nationaler Kostenziele im Bereich der Pflege zuhause fraglich, da viele Leistungen ärztlich angeordnet und kantonal/gemeindeseitig finanziert würden. Zwar sei eine Differenzierung nach Kostengruppen nachvollziehbar, da die Kosten unterschiedlichen Gesetzmässigkeiten folgten. Gleichzeitig erschwere diese Trennung eines Settings eine übergreifende Bewertung, etwa bei politisch gewollten Kostenverlagerungen. Unklar bleibe zudem, wie die Vertretung aller relevanten Settings durch Leistungserbringer sichergestellt werden soll. Es sei nachvollziehbar, dass der Bundesrat sich auf die grössten OKP-Kostenblöcke konzentriere. Unverständlich sei aber, warum die Pflege zusätzlich herausgegriffen würde, während grössere oder relevante Kostenblöcke wie die «Übrigen Leistungen» unberücksichtigt blieben. Deren Rolle (knapp 15 % der OKP-Kosten) gehöre in die Diskussion einbezogen.

Die VAKA ist der Meinung, dass dieser Artikel gestrichen werden müsse. Eine Trennung der Kostenziele nach Leistungserbringergruppen werde die integrierte Versorgung untergraben und sei im KVG nicht ausreichend abgestützt.

Für den VSVA ist die Festlegung von Zielen nach Kostengruppen nicht sinnvoll, es fehle die formelle gesetzliche Grundlage. Es müsse möglich sein, dass Leistungen in günstigere ambulante Bereiche verschoben werden.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Prio.swiss ist der Meinung, dass Labore und Physiotherapie ebenfalls berücksichtigt werden sollten.

Konsumentenverbände

Kf spricht sich gegen die Festlegung von Kostenzielen pro Kostengruppe aus, da sich auch das Parlament dagegen entschieden habe.

Andere

Laut der **OAAT AG** seien die Kostengruppen nach Artikel 75b keine voneinander unabhängigen Kostengefässe. Einerseits ergebe sich aus dem Grundsatz von Ambulant vor Stationär eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich. Andererseits würden sich durch Veränderungen durch die Angebotsstruktur im ambulanten ärztlichen Bereich Verschiebungen aus dem Praxisbereich in den Spitalbereich ergeben.

Nach Auffassung von **scienceindustries** sei die Einführung von separaten Zielen pro Kostenblock, insbesondere im Bereich der Arzneimittel, aus industrie- und gesundheitspolitischer Sicht klar abzulehnen.

pro-salute.ch wünscht eine Ergänzung von Buchstabe c («...und weiteren Leistungserbringern...»), da auch andere Fachpersonen gemäss Gesetz das Recht zustehe kassenpflichtige Anordnungen zu treffen.

4.11 Stellungnahmen zu Artikel 75c KVV

Kantone

Die **GDK, BL, GE, LU, NE, OW, SG, SH, TI und VS** halten die Präzisierungen zur Aufgabenteilung zwischen der EKKQ und der Eidgenössischen Qualitätskommission (EKQ) für notwendig. Sie würden auch die Zusammensetzung der Kommission sowie die Vertretung der EKQ befürworten.

BE weist darauf hin, dass die Rollenverteilung zwischen der seit 2021 bestehenden EQK und der neuen EKKQ zwingend geklärt werden müsse. BE befürchtet, dass die neu einzusetzende Kommission das heute bereits komplexe System noch komplexer und intransparenter mache. Aufgrund der Überschneidungen und zur Vermeidung von Doppelprüfung sei daher zu prüfen, ob die neuen Aufgaben von der bereits bestehenden EQK übernommen werden sollte.

GR sagt, dass eine Vernehmlassung bei den Akteuren des Gesundheitswesens in den Verordnungsbestimmungen zur EKKQ nicht geregelt werde. Die Vernehmlassung solle sinnvollerweise vor der Festlegung der Kostenziele durch den Bundesrat durchgeführt werden. GR beantragt den Artikel 75c VE-KVV dahingehend zu ergänzen.

Die Schaffung der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (EKKQ) erachtet **SO** als sinnvoll. Ebenso begrüßt SO die Koordinationsvorschriften dieser Kommission mit der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) sowie die Einsitznahme eines Mitglieds der EQK in der EKKQ zu diesem Zweck.

TG lehnt die Schaffung der EQKK ab, da in der bestehenden EQK bereits alle Fachpersonen auch in der EQKK vertreten sein müssten, vertreten seien und die Aufgabenbereiche grosse Überschneidungen hätten. TG beantragt den Auftrag der EQK sachgerecht zu erweitern.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

Die **SVP** vertritt die Ansicht, dass die Schaffung einer weiteren Kommission nicht angebracht sei. Eine Anpassung des Mandats der EQK sei ausreichend.

Die Grünen fordern aus Gründen der Effizienz und Transparenz, dass entweder die Zusammenlegung der beiden Ausschüsse zu einem einzigen Ausschuss oder eine klare Aufgabenteilung, die sich auch im Namen des Ausschusses widerspiegelt, in Betracht zu ziehen sei.

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft

economiesuisse erachtet eine weitere Kommission als schädlich, da sie die Koordinationskosten und die Komplexität der KVG-Regulierungen erhöhe. Die Festlegung von Kostenzielen könne durch die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) erfolgen. Nach Ansicht von **economiesuisse** solle auch die Pharmaindustrie in der Kommission vertreten sein.

Der **SGV** lehnt die Schaffung einer neuen parallelen Kommission ab, da diese eine unnötige Doppelregulierung mit sich bringe, die zu Verwirrung, zusätzlichem Verwaltungsaufwand und ungedeckten Mehrkosten führe. Darüber hinaus bestehe die reale Gefahr einer unausgewogenen Vertretung ohne echte Unabhängigkeit und Parität zwischen den betroffenen Parteien.

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **PAP (SGPP und SMHC)**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO**, stellen fest, dass nur ein Vertreter der Leistungserbringer vorgesehen sei, gegenüber sieben Vertreter/-innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommission. Hier sei die Verhältnismässigkeit bzw. Angemessenheit evident nicht gegeben und müsse dementsprechend korrigiert werden. Zudem müsse sichergestellt werden, dass insbesondere kleine Berufsgruppen bei der Zusammensetzung der Kommission angemessen berücksichtigt werden. Der SVDE betont die Notwendigkeit, dass die wissenschaftlichen Experten ihre Interessenverbindungen und mögliche Interessenkonflikte, die sich daraus ergeben könnten, offenlegen. Der Aspekt der „Neutralität“ sei von entscheidender Bedeutung, um kein Ungleichgewicht innerhalb der Kommission zu schaffen.

ARTISET betrachtet die Schaffung einer neuen Kommission bereits kritisch. Dies führe zu zusätzlichem administrativem Aufwand, der kaum Mehrwert bringe. Ferner sei es inakzeptabel, dass nur eine Person die Sicht der Leistungserbringer vertreten dürfe. Lasse sich der Bund von der Schaffung einer weiteren Kommission nicht abbringen, schlägt ARTISET vor, dass die Person, die in der EQK die Wissenschaft vertritt, automatisch für die Wissenschaft auch Einsatz in der EKKQ einnehme. So werde ein Sitz frei. Dieser sei einer zusätzlichen Vertretung der Leistungserbringer zuzuweisen.

Gemäss dem **SVFP** sei eine klare Abstimmung zwischen der Eidgenössischen Kommission für Qualität und der Monitoring-Kommission unerlässlich.

ASPS, der **SBK**, **senesuisse**, die **Spitex Schweiz** beantragen die Vertretung der Leistungserbringer durch zwei Personen und **Physioswiss** und **FSP** durch drei Personen, da die Diversität der vielen verschiedenen Leistungserbringer sonst zu wenig berücksichtigt werde und weil auch die Zahlenden der Leistungen (Versicherer und Kantone) mit zwei Personen vertreten seien. Zudem ist **Physioswiss** der Ansicht, dass die Qualifikationen der Personen gemäss Buchstabe f («Personen aus der Wissenschaft») genauer definiert werden müssten. Für ASPS, Senesuisse, die Spitex Schweiz wäre es auch denkbar, aufgrund der Breite des Themas, die Grösse der Kommission auf die Maximalzahl von 15 Mitgliedern zu erweitern, um möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen.

Die **AVASAD** schlägt vor, die Anzahl der Vertreter der Leistungserbringer, Kantone, Versicherer und Versicherten in der Kommission für Kosten- und Qualitätsüberwachung zu verdoppeln. Bei den Leistungserbringern würde ein Vertreter für die stationären und ein Vertreter für die ambulanten Versorgungspflichten zuständig sein.

Dem **Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen** und **Intergenerika** zufolge müsse die neue Kommission so zusammengesetzt werden, dass nicht von Anfang an Interessenskonflikte geschaffen würden. Mit dieser Marginalisierung der Leistungserbringer auf eine Person sei ein Misserfolg vorprogrammiert. Es drohten Interessenskonflikte und Systemverzerrungen.

Der **EVS** ist der Meinung, dass nur «eine» Person, welche alle Leistungserbringer repräsentieren soll, aufgrund der Verschiedenheit der Leistungserbringer unrealistisch sei. Er beantragt, dass hier nach vergleichbaren Erbringern zu differenzieren und mit entsprechenden Vertretern zu ergänzen sei.

H+ und **Unimed** lehnen die neue EKKQ ab. Die Aufgaben könnten durch bestehende Tarifpartner und die EQK wahrgenommen werden. Eine neue Kommission schaffe Doppelspurigkeiten, erhöhe den administrativen Aufwand und berücksichtige die Praxisrealität unzureichend. Kritikpunkte sind: eine Mehrbelastung der Leistungserbringer durch neue Prozesse, die Gefahr unbrauchbarer Empfehlungen wegen fehlender Praxiserfahrung, die unzureichende Vertretung der Leistungserbringer (nur 1 Person), das unklar definierte «Fachkompetenz» der Mitglieder, die fehlende Klarheit zu den verwendeten Datenquellen und die doppelte Erhebung soll ausgeschlossen werden. Eine maximal schlanke Umsetzung mit mindestens drei Vertreter der Leistungserbringer zur Gewährleistung der Parität werde gefordert. Die Kommission dürfe nur auf bereits existierende und offizielle Daten zugreifen.

IGGH-CH ist der Meinung, dass kleinere Leistungserbringer ohne direkte Vertretung benachteiligt würden, da die geplante Kommission weitreichende Aufgaben und Kompetenzen erhalten. Die IGGH-CH fordert, dass Fachpersonen aus dem Bereich der nicht-spitalgebundenen Geburtshilfe in die Kommission aufgenommen oder zumindest formell in den Konsultationsprozess eingebunden würden.

Intergenerika, **Interpharma** und **vips** erkennen keine Notwendigkeit für eine neue Kommission und schlagen vor, dass das Mandat der EQK erweitert und deren Zusammensetzung angepasst werde. Sie sind zudem der Ansicht, dass auch die (pharmazeutische) Industrie in der Kommission angemessen vertreten sein sollte.

Interpharma empfiehlt, das Mandat der bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) zu erweitern und die Zusammensetzung anzupassen, anstatt eine separate Kommission zu schaffen. Eine angemessene Vertretung der Industrie als wichtiger Stakeholder im Schweizer Gesundheitswesen sei essenziell. Bei der Zusammensetzung von Kommissionen sei eine Orientierung an der Zusammensetzung der Eidgenössischen Arzneimittelkommission sinnvoll.

Opsita ist der Meinung, dass der Vorschlag der Zusammensetzung der Kommission befürchten lasse, dass diese ein gravierendes Governance-Problem aufweisen werde: Die vorgeschlagenen «Vertretungen» liessen erwarten, dass die Kommissionsmitglieder in erster Linie die Interessen ihrer «Herkunftsgruppe» vertreten müssten, statt als Expert/innen dem Bundesrat zur Verfügung zu stehen. Sie schlägt vor, entweder die Kommission aus unabhängigen Expert/innen (mit klaren Mandatsverbitten im Gesundheitswesen und bei den betroffenen Behörden) zusammenzusetzen oder aber die Kommission aus Interessenvertreter/innen zusammenzusetzen. Dann müssten die beiden Finanzierungsseiten der OKP – Rechnungssteller (Leistungserbringer) und Patient/innen einerseits und Bezahlter andererseits (Versicherer und Kantone) paritätisch in der Kommission vertreten sein, mit Stichentscheid eines/r unabhängigen Präsidenten/in.

Die **OPS** stimmt zu. Sie bitte um Bekanntgabe der Verbände, die seitens Leistungserbringer, für einen Sitz in Frage kämen. Es sei darauf zu achten, dass der administrative Aufwand weder für die Leistungserbringer direkt, noch für die Verbände, weiter zunehme.

Pädiatrie Schweiz und **mfe** schlagen einen Verzicht auf eine neue Kommission vor und empfehlen, dem BAG die Aufgabe des Kostenmonitorings zu übergeben. Die Qualitätsziele könnten nämlich sehr wohl der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission überlassen werden. Sie könne auch ein Qualitätsmonitoring übernehmen. Die Überschneidungen und damit Koordinationsaufwände liessen sich somit einfach vermeiden.

Für **pharmasuisse** ist es äusserst fraglich, inwiefern eine Person als Vertretung der Leistungserbringer die unterschiedlichen Arten der Leistungserbringer angemessen vertreten könne. Die Diversität der verschiedenen Leistungserbringer sei angemessen zu berücksichtigen. Sie stehe allgemein einer weiteren Kommission kritisch gegenüber, diese verursache zusätzliche Kosten und bringe kaum zusätzlichen Nutzen. Zudem lasse 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 oder als Kommission bestehend aus allen Interessensvertreterinnen und -vertreter auszugestalten. Dabei sollen bereits bestehende Kommissionen berücksichtigt werden.

Die **SGDV** stellt fest, dass es nur ein/e Vertreter/in der Leistungserbringer vorgesehen sei, wohingegen sieben Vertreter/innen von Wissenschaft, Versicherern, Versicherten, Kantonen und Qualitätskommision vorgesehen seien. Dies sei weder verhältnismässig noch angemessen und müsse entsprechend korrigiert werden.

SHV schlägt vor, die Leistungserbringer durch drei Personen vertreten zu lassen. Ebenso sollen drei Personen aus der Vorsorgungsforschung und der Gesundheitsökonomie Einsatz nehmen.

Nach Auffassung der **Spitex Schweiz** gilt es zu vermeiden, dass am Schluss eine Vertretung des stärksten Verbands oder des grössten Kostenblockes gewählt werde. Die Spitex Schweiz rate 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 würden. Bei einer reinen Standesvertretung wäre die Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer nicht gegeben.

Die **SSO** lehnt die Übervertretung von „Personen der Wissenschaft“ ab. Es sei nicht einzusehen und auch nicht ausgewogen, hier drei Vertreter vorzusehen, während sonst nur je ein Vertreter vorgesehen sei. Sollten wissenschaftliche Abklärungen notwendig sein, so könne die Kommission Gutachten bei Experten einholen. Eine Übervertretung entbehere einer gesetzlichen Grundlage. Das Gesetz sehe keine Übervertretung von Fachleuten vor. Artikel 54e Absatz 3 KVG laute wie folgt: „Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Versicherer, der Versicherten, der Kantone, der Leistungserbringer sowie von Fachleuten.“

Die **VAKA** lehnt die Schaffung einer zusätzlichen Kommission ab, da sie administrativen Mehraufwand verursache und Doppelspurigkeit mit der EQK schaffe.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Prio.swiss begrüßt das Mitwirken von wissenschaftlichen Experten. Allerdings bleibe unklar, welche Fachrichtungen gemeint seien. Dies erschwere die Nachvollziehbarkeit ihrer Gewichtung mit drei Sitzen in der Kommission. Für die Definition praxistauglicher und messbarer Kostenziele seien besonders Versicherer und Leistungserbringer entscheidend. Daher werde vorgeschlagen, deren Vertretung mit je zwei Sitzen zu stärken: einer davon für den ambulanten, einer für den stationären Bereich. Zudem sollte geprüft werden, ob Mitglieder bestehender Kommissionen eingebunden werden könnten, um Synergien zu nutzen. Absatz 3 werde unterstützt, da er sicherstelle, dass alle Kommissionsmitglieder über hohe Fachkompetenz im Bereich Kosten-, Daten- und Statistikmanagement verfügen müssten – unabhängig von ihrer Interessensvertretung.

Konsumentenverbände

kf weist darauf hin, dass eine neue Kommission zu Überschneidungen mit anderen Kommissionen (EQK und ELGK) führe. Mit der Vorlage würden Doppelspurigkeiten, unklare Zuständigkeiten und Rechtsunsicherheiten geschaffen.

Anderer

pro-salute.ch ist für eine Vertretung der Versicherten durch zwei Personen, da oft nur an die Perspektive «Patient und Patientin» gedacht werde. Es gebe jedoch auch viele gesunde, aktuell nicht behandelungsbedürftige Personen mit Interesse an der Erfüllung der Aufgaben dieser Kommission und entsprechender Kompetenz. Wenn sie zu zweit vertreten seien, lasse sich eine gewisse Diversität erreichen.

Science industries ist der Meinung, dass die Einführung einer zusätzlichen EKKQ das Risiko von Doppelspurigkeit und erhöhter Komplexität berge. Wichtig sei aus ihrer Sicht, dass eine allfällige neue Kommission über eine fachlich und institutionell ausgewogene Zusammensetzung verfüge. Entweder erfolge eine Besetzung mit unabhängigen Expertinnen und Experten unter Ausschluss institutioneller Interessenvertretungen oder es werde eine paritätische Repräsentation der verschiedenen Akteursgruppen (Leistungserbringer, Versicherer, Kantone, Industrie) mit einem unabhängigen Präsidium vorgesehen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Pharmaindustrie nicht als Leistungserbringer im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) klassifiziert werde, jedoch als bedeutender Stakeholder im Gesundheitswesen ebenfalls über einen Sitz in der Kommission verfügen werde, sollte an einem separaten Kostenziel für Arzneimittel festgehalten werden.

4.12 Stellungnahmen zu Artikel 75d KVV

Kantone

AG fragt sich ob die Empfehlungen sich auch auf die Ziele nach Artikel 75a f. KVV beziehen können oder sollten.

BE weist darauf hin, dass es notwendig sei, das Kostenmonitoring gemäss Artikel 47c KVG und die Vorgaben zu den Kostenzielen gemäss Artikel 54 N-KVG aufeinander abzustimmen. Beide Instrumente würden sich an unterschiedliche Adressaten richten. Im erläuternden Bericht führe das BAG jedoch nicht aus, wie die Festlegung von Kostenzielen durch Bund und ggf. Kantone (Art. 54 - 54b, N-KVG), das Kostenmonitoring durch die neu zu schaffende eidgenössische Kommission (Art. 54c, N-KVG) und die Massnahmen der Tarifpartner (Artikel 47c KVG) ineinander greifen müssten, um eine wirksame Kostendämpfung zu ermöglichen. Im Rahmen der Vollzugsvorbereitungen hätte der Regierungsrat hierzu eine Prüfung des Bundes und entsprechende Ausführungen erwartet. Ferner sei auch erwartet worden, 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» (Art. 46a Abs. 5 N-KVG) und «Massnahmen der Tarifpartner zur Stärkung der WZW-Kriterien» (Art. 56 Abs.5 N-KVG) geprüft und erörtert würden.

Um den mit der Schaffung der EKKQ einhergehenden Koordinations- und Administrationsaufwand im Rahmen zu halten, ist es aus Sicht von **SH** angezeigt, dass die EKKQ keine eigenen Daten erhebe, sondern auf bereits bestehende Datensammlungen abstütze und sich in ihrer Tätigkeit mit der bereits bestehenden Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) koordiniere. Beide Aspekte werden aus Sicht vom SH mit Artikel 75d Absatz 3 KVV und Artikel 75f KVV jedoch bereits ausreichend abgedeckt.

Für **SO** ist fraglich, 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 Artikel 75a KVV abzunehmen. SO erwartet vom Bundesrat in dieser Hinsicht eine Nachbesserung der Vorlage, damit die personellen Ressourcen der Kantone für diese Aufgabe nicht über Gebühr beansprucht würden.

TI ist dafür.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO** beantragen, im Sinne von WZW, dass die mehr oder weniger auf dasselbe Ziel ausgerichteten zahlreichen Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Die in Artikel 75d Absatz 3 erwähnten Daten der EKKQ hätten hier keinen Platz, da in Absatz 2 keine Aufgaben im Zusammenhang mit der Qualität vorgesehen seien.

ARTISET und die **VAKA** weisen darauf hin, dass die Leistungserbringer nicht mit zusätzlichen Datenlieferungen zu belasten seien. Deshalb müsse sich die EKKQ auf bestehende Datenerhebungen abstützen. Die bestehende Unterfinanzierung der Langzeitpflege und auch politisch gewollte Entwicklungen (Verlagerung von stationär zu ambulant) seien beim Festlegen der Kostenziele zu berücksichtigen.

ASPS und **senesuisse** sind mit dem Verzicht auf ein neues Überwachungssystem einverstanden, zweifelten aber am Nutzen von detaillierter Überwachung und Auswertung von (in der Regel bereits veralteten) Daten.

Aus Sicht der **FSP** wäre es hinsichtlich der Dämpfung des Kostenwachstums deutlich wirksamer, existierende administrative Prozesse regelmässig zu evaluieren und deren Verschlankung voranzutreiben.

Interpharma weist darauf hin, dass auch hier Punkte zur Qualität anstelle des reinen Kostenfokusfehler würden. Ausserdem empfiehlt Interpharma das Erarbeiten von verbindlichen Guidelines und Therapiepfaden von mindestens fünf besonders wichtigen Diagnosen.

Opsita weist darauf hin, dass es völlig unklar sei, wie sich die zusätzliche Kostenüberwachung der im Entwurf vorgeschlagenen Kommission zu diesen Arbeiten nach Artikel 47c KVG verhalten werde. Die Doppelprüfung sei offenkundig und müsse durch entsprechenden Verzicht in der KVV bei den Aufgaben der Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufgelöst werden. Worauf die Empfehlungen der neuen Kommission abzielen, was sie bewirken sollen und wie diese vermittelt werden, bleibe völlig offen und voraussichtlich der ersten Kommissionsbesetzung überlassen.

Pharmasuisse fragt, weshalb die Kommission ein zusätzliches Monitoring der Kosten einrichte, wenn dies bereits über die Tarifverträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern bzw. deren Verbänden erfolge (Art. 47c KVG). Dies führe zu einer unnötigen Doppelprüfung 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 würden, sondern auch Empfehlungen zuhanden des Bundes und der Tarifpartner abgeleitet werden könnten. Bei Entscheidungen des Bundesrats oder einer anderen Behörde basierend auf den Empfehlungen der Kommission seien die Leistungserbringer und die Versicherer bzw. deren Verbände stets zu konsultieren.

Gemäss **physioswiss** solle die Kommission neben der Überwachung der Kosten auch die Versorgungssicherheit überblicken. Ausserdem müsse gewährleistet werden, dass Empfehlungen der Kommission immer auf aktuellen Daten basieren.

Die **OPS** ist dafür.

SHV möchte das Wort « namentlich » streichen.

Für die **Spitex Schweiz** ist es wichtig, dass diese Aufgaben zwingend mit anderen Aufgaben, die ebenfalls zur Kostenüberwachung vorgesehen seien, stattfinden und koordiniert würden. Es seien dies z.B. notwendige Überprüfungs- und Anpassungspflichten der Tarifverträge (Art. 59d KVV); Massnahmen, die auf dasselbe Ziel ausgerichtet seien, namentlich die Regelungen hinsichtlich eines Kostenmonitorings. Diese müssten koordiniert und aufeinander abgestimmt sein.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Prio.swiss begrüßt das Nutzen bestehender Datensammlungen und damit die Vermeidung von Doppelprüfungen. Die Kommission habe keine Entscheidungsbefugnis, was nachvollziehbar sei. Dennoch werden ihr Arbeiten, namentlich in der Überwachung der Kosten, übertragen, die einen gewissen Handlungsspielraum und insbesondere Ressourcen benötigen würden. Es gehe weder aus den Ausführungen in den Erläuterungen, noch aus dem Verordnungstext hervor, mit welchen Mitteln und Ressourcen dies umzusetzen sei.

4.13 Stellungnahmen zu Artikel 75e KVV

Kantone

BE stellt fest, dass in Artikel 75d und in den entsprechenden Erläuterungen keine konkreteren Angaben über die Aufgaben der EKKQ, über mögliche Massnahmen sowie über die Verantwortung des Vollzugs und der Kontrolle der Korrekturen enthalten seien. Zudem werde 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 könnten, die der staatlichen Steuerung nicht unterstellt sind. **TI** ist dafür.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

ARTISET möchte eine Ergänzung, dass die Kosten für die Kommission vom Bund getragen werden.

Die **OPS** ist dafür.

Interpharma, Mfe et padiatrie suisse sont défavorables.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

/

4.14 Stellungnahmen zu Artikel 75f KVV

Kantone

TI ist dafür.

VD betont, dass die Frage der Qualitätsziele noch wenig ausgearbeitet sei und in der KVV insbesondere in Bezug auf Arzneimittel präzisiert werden sollte. Er empfiehlt, vor der Festlegung von Zielen eine Abstimmung mit der EQK vorzunehmen und eine klare Rechtsgrundlage für die Bewertung und Validierung der Ziele zu schaffen, unabhängig davon, ob diese auf kantonaler oder Bundesebene festgelegt würden.

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Für die **AGZ**, die **ÄTG**, den **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **PAP (SGPP und SMHC)**, die **SGDV**, die **SGAIM**, den **SVDE**, die **UNION**, den **VLSS**, die **VSÄG** und den **VSAO** scheine 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 sind die **AGZ**, die **ÄTG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, die **KAeG SG**, die **SGAIM**, die **PAP (SGPP und SMHC)**, der **SVDE**, die **UNION**, der **VLSS**, die **VSÄG** und der **VSAO** der Meinung, dass aus den Änderungen des KVG und der KVV nicht deutlich werde, warum diese unter dem Titel «Kosten- und Qualitätsziele» laufen sollen. Ersichtlich seien nur Kostenziele. Absatz 1 laute «Die Kommission (gemeint ist die EKKQ) stützt sich für das Qualitätsmonitoring auf die Arbeiten der EQK.» Es sei nicht klar bzw. nicht nachvollziehbar, welchen Impact diese «Koordination» auf die Qualitätsverträge nach Artikel 58a KVG habe.

ARTISET ist der Meinung, dass Artikel 75f komplett zu streichen sei. Die EQK habe einen vollständig anderen Auftrag und andere Ziele als die EKKQ. Somit dürften die Aufgaben und Ziele der EQK und EKKQ nicht vermischt werden. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität dürfe auf keinen Fall zur Eindämmung der Kosten missbraucht werden.

Die OPS ist dafür.

Die Spitex Suisse ist der Meinung, dass eine klare und gute Koordination der Arbeiten der EKKQ und EQK zwingend notwendig sei. Bei der Erarbeitung der Geschäftsordnung und Pflichtenhefte sollten Doppelspurigkeiten insbesondere, was die Qualitätsziele betrifft, unbedingt verhindert werden.

Gemäss die **VAKA** müssen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der beiden Kommissionen klar getrennt werden. Eine Vermischung von Kostenüberwachung und Qualitätsmessung würde unnötige Verwirrung stiften und den administrativen Aufwand weiter erhöhen.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

Prio.swiss begrüßt die Koordination mit der Qualitätskommission und erachtet sie als wichtig. Mit der Einsitznahme eines Mitglieds der Qualitätskommission werde diese Koordination gewährleistet. Zu prüfen sei, ob ein Mitglied der EKKQ in der EQK Einsatz nehmen müsse, um die Gegenseitigkeit zu gewährleisten.

4.15 Stellungnahmen zu Anhang 2 RVOV

Kantone

/

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien

/

Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer

Die **AGZ**, die **ÄTG**, die **BEKAG**, der **Bündner Ärzteverein**, die **FMH**, Interpharma, die **KAeG SG**, **SGAIM**, **VSÄG**, die **SVDE**, die **UNION**, die **VLSS** und die **VSAO** lehnen die Änderung von Anhang 2 der RVOV ab.

Organisationen des Gesundheitswesens – Versicherer

4.16 Weitere Punkte

Im Rahmen der Vernehmlassung wurden seitens der Teilnehmenden teilweise weitere Punkt vorgebracht, welche in Zusammenhang mit der Kostendämpfung stehen.

Die **SVP** weist darauf hin, dass zwischen der Dauer der Prämienzahlung und den Leistungen der Krankenkassen eine gewisse Relation zu schaffen sei.

5 Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer⁶

Kantone / Cantons / Cantoni

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt

⁶ in alphabetischer Reihenfolge aufgrund der Abkürzung

	<p>Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città</p>
FR	<p>Staatskanzlei des Kantons Freiburg</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Fribourg</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo</p>
GE	<p>Staatskanzlei des Kantons Genf</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Genève</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra</p>
GL	<p>Regierungskanzlei des Kantons Glarus</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Glaris</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona</p>
GR	<p>Standeskanzlei des Kantons Graubünden</p> <p>Chancellerie d'État du canton des Grisons</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni</p>
JU	<p>Staatskanzlei des Kantons Jura</p> <p>Chancellerie d'État du canton du Jura</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura</p>
LU	<p>Staatskanzlei des Kantons Luzern</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Lucerne</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna</p>
NE	<p>Staatskanzlei des Kantons Neuenburg</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel</p>
NW	<p>Staatskanzlei des Kantons Nidwalden</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Nidwald</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo</p>
OW	<p>Staatskanzlei des Kantons Obwalden</p>

	<p>Chancellerie d'État du canton d'Obwald</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo</p>
SG	<p>Staatskanzlei des Kantons St. Gallen</p> <p>Chancellerie d'État du canton de St-Gall</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo</p>
SH	<p>Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa</p>
SO	<p>Staatskanzlei des Kantons Solothurn</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Soleure</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta</p>
SZ	<p>Staatskanzlei des Kantons Schwyz</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Schwytz</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto</p>
TG	<p>Staatskanzlei des Kantons Thurgau</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Thurgovie</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia</p>
TI	<p>Staatskanzlei des Kantons Tessin</p> <p>Chancellerie d'État du canton du Tessin</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino</p>
UR	<p>Standeskanzlei des Kantons Uri</p> <p>Chancellerie d'État du canton d'Uri</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri</p>
VD	<p>Staatskanzlei des Kantons Waadt</p> <p>Chancellerie d'État du canton de Vaud</p> <p>Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud</p>
VS	<p>Staatskanzlei des Kantons Wallis</p>

	Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
CDS	Conferenza svizzera delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
	Die Mitte Le Centre Alleanza del Centro
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali
	GRÜNE Schweiz Les VERT-E-S suisses I VERDI svizzera

SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
USS	Union syndicale suisse
USS	Unione sindacale svizzera
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
USAM	Union suisse des arts et métiers
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri

Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires supplémentaires

Elenco di ulteriori destinatari

Abk.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
Abrév.	
Abbrev.	
Interessierte Kreise / Millieux intéressés / Ambienti interessati	
Organisationen des Gesundheitswesens / Organisations du domaine de la santé / Organizzazioni del settore sanitario	
Leistungserbringer / Fournisseurs de prestations / Fornitori di prestazioni	
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
ARTISET	Föderation der Branchenverbände CURAVIVA, INSOS und YOUVITA Fédération des associations de branche CURAVIVA, INSOS et YOUVITA Federazione delle associazioni di settore CURAVIVA, INSOS e YOUVITA
ASPS	Association Spitex privée Suisse
ÄTG	Ärztegesellschaft Thurgau
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
BEKAG	Aerztegesellschaft des Kantons Bern
SMCB	Société des Médecins du Canton de Berne
	Bündner Ärzteverein
EVS	ergotherapeutInnen-Verband Schweiz
ASE	Association suisse d'ergothérapie
ASE	Associazione svizzera di Ergoterapia
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSLO	Föderation der Schweizer Logopädinnen und Logopäden Fédération Suisse des Logopédistes Federazione Svizzera delle Logopediste e dei Logopedisti
FSP	Föderation der Schweizer Psycholog:innen

FSP	Fédération suisse des psychologues
FSP	Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
IGGH-CH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser der Schweiz Association suisse des maisons de naissance Comunità d'interesse delle case nascita della svizzera
Intergenerika	Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller (Intergenerika)
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisse pratiquant la recherche
KAeG SG	Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
OPS	Organisation Podologie Schweiz
OPS	Organisation podologie Suisse
OPS	Organizzazione Podologia Svizzera
ospita	Die Scheizer Gesundheitsunternehmen
ospita	Les entreprises suisses de santé
ospita	Le aziende sanitarie svizzere
	Pädiatrie Schweiz Pédiatrie Suisse Pediatrica svizzera
PAP	Politik Arbeitsgruppe Psychiatrie (SGPP und SMHC) Politique Groupe de travail Psychiatrie (SSPP et SMHC)
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband

	Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband
physioswiss	Association suisse de physiothérapie
physioswiss	Associazione svizzera di Fisioterapia
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
senesuisse	Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SSMIG	Société Suisse de Médecine Interne Générale
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
SSDV	Société Suisse de Dermatologie et Vénérérologie
SSDV	Società Svizzera di Dermatologia e Venereologia
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
FSSF	Fédération suisse des sages-femmes
FSL	Federazione svizzera delle levatrici
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz
Aide et soins à domicile Suisse	Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
Servizi di assistenza e cura a domicilio svizzera	Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri

SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
ASDD	Association suisse des diététicien-ne-s
ASDD	Assozziazione Svizzera delle-dei Dietiste-i
SVFP	Schweizerischer Verband der freiberuflichen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
ASPI	Association suisse des physiothérapeutes indépendants
ASPI	Associazione Svizzera die Fisioterapisti indipendenti
SNL	Swiss nurse leaders
UNION	UNION Schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare
unimedssuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine Universitaire Suisse Medicina universitaria svizzera
vaka	Verband der Spitäler, Kliniken, Pflegeinstitutionen und Spitex-Organisationen im Kanton Aargau
vips	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz
AMDHS	Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse
AMOS	Associazione dei Medici Dirigenti Ospedalieri Svizzeri
VSÄG	Walliser Ärztegesellschaft
SMVS	Société médicale du Valais
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant.e.s et chef.fe.s de clinique
ASMAC	Assozziazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheke
<i>Versicherer / Assureurs / Assicuatori</i>	
CSS	CSS Kranken-Versicherung AG

	CSS Assurance-maladie SA CSS Assicurazione malattie SA
HSK	Communauté d'achat HSK (Helsana, sanitas, kpt) Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana, sanitas, kpt) Comunità di acquisti HSK (Helsana, sanitas, kpt)
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
CTM	Commission des tarifs médicaux LAA
CTM	Commissione delle tariffe mediche LAINF
prio.swiss	Der Verband Schweizer Krankenversicherer L'Association des assureurs-maladie suisses L'Associazione degli assicuatori-malattia svizzeri
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
	tarifsuisse ag tarifsuisse sa
Konsumentenverbände / Associations de consommateurs / Associazioni dei consumatori	
kf	Konsumentenforum kf Forum des consommateurs Forum dei consumatori
Andere / Autres / Altri	
	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen
OAAT AG	Organisation ambulante Arzttarife
OTMA SA	Organisation tarifs médicaux ambulatoires
	pro-salute.ch
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Life Sciences

	Association des Industries Chimie Pharma Life Science
VASOS	Vereinigung aktiver Senior:innen und Selbsthilfeorganisation der Schweiz
FARES	Fédération des associations des retraité-e-s et de l'entraide en Suisse
FAPAS	Federazione associazioni pensionate :ti e d'autoaiuto in Svizzera