

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

santésuisse
Römerstrasse 20
Postfach 1561
CH-4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41
Fax +41 32 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Für Rückfragen:
Dr. Christoph Kilchenmann
Direktwahl: +41 32 625 4298
Christoph.Kilchenmann@santesuisse.ch

Solothurn, 19. November 2020

Sehr geehrter Herr Bundesrat
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» Stellung nehmen zu können.

santésuisse begrüsst Massnahmen, die im Interesse der Prämienzahler sind, die Behandlungsqualität erhöhen und das Kostenwachstum im Gesundheitswesen bremsen. Ebenso begrüsst santésuisse das Bestreben des Bundesrates, mit kostendämpfenden Massnahmen dem stetigen Kostenwachstum im Gesundheitswesen entgegenzutreten. Die in der Vorlage vorgeschlagenen Änderungen haben aber lediglich einen geringen oder keinen Kostendämpfungseffekt.

Kostendämpfungsmassnahmen müssten sich zudem stärker an den Grundsätzen des wettbewerblichen Gesundheitssystems orientieren. Verschiedene der vorgeschlagenen Massnahmen haben eine ausgesprochen bürokratische und durch eine starke Steuerung durch den Bund geprägte Ausgestaltung. Wenn immer möglich, sollten Lösungen vorgezogen werden, die für das Ziel der Kostendämpfung auf bessere Anreize, Wettbewerb, Vertragsfreiheit und dezentrale Entscheidungen setzen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

1. Einführung einer Zielvorgabe

Kostenziele sind grundsätzlich zu unterstützen, aber zentrale staatliche Vorschriften sind abzulehnen

Das Ziel, dass die Kosten gesenkt respektive das Wachstum gedämpft werden müssen, ist unbestritten und zu unterstützen. Die vorgeschlagene Einführung einer Zielvorgabe entspricht allerdings einem Top-down-Ansatz, welcher für santésuisse nicht die optimale Variante darstellt.

Die vorgeschlagene Form der Festlegung von Kostenzielen (Art. 54 sowie Art. 54a bis 54d) lehnen wir deshalb ab. Wir befürchten, dass die Festlegung der Kostenziele schwer umzusetzen ist. Das beschriebene Verfahren ist kompliziert, zudem sind die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit nicht geregelt. Unklar ist im vorgeschlagenen Modell auch, wie die Leistungserbringer diese Ziele konkret umsetzen sollen. Gibt es Sanktionen, wenn sich ein einzelner Leistungserbringer nicht an die Vorgaben hält? Zu beachten wäre auch, dass sich erzwungene Tarifsenkungen oftmals mit Mengenausdehnung kompensieren lassen.

Die Interessen der Prämienzahler müssen im Zentrum stehen, der Nutzen für die Prämienzahler muss stärker berücksichtigt werden. Wir schlagen folgende Alternativen vor, die geeignet sind, das Ziel der Kostendämpfung auf eine liberale und partnerschaftliche Art zu erreichen:

- Die im ersten Massnahmenpaket des Bundes vorgeschlagene Kostensteuerung über von den Tarifpartnern ausgehandelte Tarifverträge entspricht viel stärker dem Grundgedanken der partnerschaftlichen Vorgehensweise. santésuisse unterstützt dieses Modell als Alternative zu den Top-down-Zielvorgaben. Der Bundesrat wäre nur bei gesamt-schweizerischen Tarifverträgen für die Genehmigung und damit für die Sicherstellung der Kostensteuerung zuständig.
- Um den politischen Druck auf die Leistungserbringer zu erhöhen, unterstützen wir auf nationaler Ebene eine neue, zum Zweck einer generellen Zieldefinition eingesetzte ausserparlamentarische Kommission. Diese würde auf der Basis eines nationalen Leitungs- und Kostenmonitorings für die Kantone und die Fachgebiete Kostenziele vorschlagen und die Zielerreichung evaluieren. Bereiche, die von der Kommission aufgrund eines nicht erklärbaren oder überdurchschnittlichen Wachstums identifiziert wären, müssten systematisch analysiert werden. Die Kommission könnte spezifische Massnahmen zur Eindämmung des Wachstums in diesen Bereichen vorschlagen. Durch eine sinnvolle branchenübergreifende Aufstellung und die nationale Aufhängung dieser Kommission erfolgt ein medialer und politischer Druck auf die Angebotsplanung und die betroffenen Leistungserbringer.

2. Einführung einer Erstberatungsstelle

santésuisse lehnt die obligatorische Erstberatung ab

Die Wahlfreiheit für die Versicherten ist ein wichtiges Gut, welches nicht ohne Not aufgegeben werden soll. Die freie Arztwahl und die Wahl des präferierten Versicherungsmodells sollen auf Wunsch weiterhin möglich sein. Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sind aber schon heute ein Erfolgsmodell für die Mehrheit der Versicherten und sollen deshalb künftig zum Standard erklärt werden. Diese Modelle beruhen im Kren auf Freiwilligkeit der Akteure, was ein Garant für den Erfolg der Modelle ist. Zudem führt die vorgesehene «Pauschale pro versicherte Person» zu zusätzlichen Kosten, was dem Kostensparziel diametral widerspricht!

Heute bieten die Krankenversicherer den Prämienzahlenden alternative Versicherungsmodelle zum Standardmodell an, die einen Erstzugang zu medizinischen Behandlungen, beispielsweise mittels telefonischer Beratung, ermöglichen. Die Definitionen im gesamten Art. 40a sind allerdings äusserst statisch und unflexibel und schränken nicht nur die Patienten in ihrer Wahlfreiheit stark ein. Auch die alternativen Versicherungsmodelle

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

der Versicherer werden durch die starren Vorgaben erschwert, wenn nicht verunmöglicht. Insbesondere durch die rigide Definition der Erstberatungsstelle und die umfassenden Kompetenzen für Bund und Kantone wird jegliches wettbewerbliche Element ausgebremst.

Alternativvorschlag santésuisse

- Jeder Versicherer bietet ein Gatekeeping-Modell an, welches eine Erstberatungsstelle standardmässig definiert. Die Versicherer sind aber in der Ausgestaltung dieses Gatekeeping-Modelles frei. Wichtig ist: Patient und Gatekeeper sind freiwillig im Gatekeeping-Modell, weil sie darin für sich selbst einen Nutzen gegenüber anderen Modellen sehen. Auf diesem jeweiligen Gatekeeping-Modell würde neu die Standardprämie berechnet, und dieses würde zum neuen Standardmodell für die Versicherten des jeweiligen Versicherers erklärt. Gleichzeitig wäre die maximale Rabattspanne zu erweitern. Für Versicherte, die die freie Wahl der Leistungserbringer weiterhin vorziehen, wäre ein entsprechendes Modell weiterhin möglich, sofern die dadurch entstehenden Zusatzkosten über eine entsprechend höhere Prämie auf sie überwältigt werden könnten. Das «alte» Standard-Modell wird somit zu einem alternativen teureren Versicherungsmodell. Es wäre gleichzeitig ein Signal an die Versicherten, dass die freie Wahl nicht zum Nullpreis zu haben ist.

3. Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer

Ja zu Netzwerken als eigene Leistungserbringer, nur mit Vertrag mit den Versicherern

santésuisse begrüsst Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung. Neu sollen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer definiert werden. Die Effizienz der Leistungserbringungen kann in Netzwerken erhöht und die Gefahr von Doppel- und Mehrfachbehandlungen eingegrenzt sein. Allerdings sind Netzwerke nicht per se effizient – in einem schlecht organisierten Netzwerk kann auch ineffizient oder doppelspurig gearbeitet werden, es ist auch nicht ausgeschlossen, dass hohe Gewinne abgeführt werden. Die gegenseitige Zuweisung, wie sie innerhalb eines Netzwerks möglich ist, kann auch kostentreibend sein. Um Mengenausweitungen oder Exzesse zu verhindern, sind zwingend Vertragslösungen mit den Krankenversicherungen vorzusehen. Nur so kann eine Kontrolle sichergestellt werden. Netzwerke können beispielsweise in alternativen Versicherungsmodellen zum Zug kommen.

4. Förderung von Programmen der Patientenversorgung

Kein Regulierungsbedarf vorhanden

Strukturierte Behandlungsprogramme mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer über den ganzen Betreuungsprozess können in vielen Fällen die Behandlung von chronisch Kranken zielgerichteter sicherstellen. Solche Programme sind aber schon heute möglich. Es gibt keinen zusätzlichen Regulierungsbedarf. Die weitergehende gesetzliche Verankerung könnte zu Mengenausweitungen und damit verbunden zu Mehrkosten ohne ausgewiesenen Nutzen führen. Aus diesen Gründen sieht santésuisse hier keinen Handlungsbedarf.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

5. Preismodelle, Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten

Kein Regulierungsbedarf für bestehende Modelle, dafür Pay-for-Performance bei hochpreisigen Medikamenten vorschreiben

Preismodelle sollen einen raschen und möglichst kostengünstigen Zugang zu innovativen, teuren Arzneimitteln und Therapien ermöglichen. Rückerstattungen an die Versicherer basieren beispielsweise auf der Indikation, dem Umsatzvolumen oder der Wirkung. Bereits heute existieren zahlreiche Modelle, die für die Versicherer mit hohen Vollzugskosten einhergehen. Eine gesetzliche Verankerung birgt die Gefahr, dass Preismodelle für immer mehr Medikamente anstelle eines einfachen, kostengünstigen Fixpreises (für alle Indikationen) eingeführt werden. Die Notwendigkeit der neuen Regulierung ist nicht ersichtlich.

Im Zusammenhang mit den Preismodellen soll der Zugang gemäss dem Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung zu amtlichen Dokumenten verweigert werden, damit nach wie vor geheime Rabattverhandlungen von Arzneimitteln oder weiteren Medizinprodukten möglich sind. Für santésuisse ist die Transparenz ein hohes Gut, das nicht leichtfertig geopfert werden sollte. Daher lehnen wir diese Massnahme ab.

Alternativvorschlag santésuisse:

- Der Zugang zu neuen hochpreisigen Medikamenten bei seltenen Erkrankungen ist heute oftmals unzureichend geregelt, namentlich wenn bezüglich der Wirkung noch wenig Evidenz herrscht. Es muss verhindert werden, dass die soziale Krankenversicherung für unwirksame Therapien aufkommt. Gesetzlich sollte daher verankert werden, dass bei hohen Jahrestherapiekosten (50'000 Franken oder mehr) die Versicherung nur bei ausgewiesener Wirkung für die Therapien aufkommen muss.

6. Differenzierte WZW-Prüfung

santésuisse unterstützt diese Massnahme. Die WZW-Prüfung soll je nach Art der Leistung zu verschiedenen Zeitpunkten und mit unterschiedlicher Häufigkeit erfolgen. Damit wird ermöglicht, dass insbesondere bei teuren und neuen Arzneimitteln eine regelmässige und unterschiedlich detaillierte Überprüfung stattfinden kann, während dies bei sehr günstigen Medikamenten nicht sinnvoll wäre. Damit kann auf die verschiedenen Anforderungen der Prüfung von Leistungen gemäss Artikel 31 Absatz 1 KVG Rücksicht genommen werden.

7. Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern

santésuisse unterstützt die Massnahme grundsätzlich. Die Herausforderung besteht darin, dass diverse Kantone Protektionismus mit sehr tiefen Referenztarifen betreiben.

8. Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur digitalen Rechnungsübermittlung

santésuisse unterstützt die Massnahme. Anzumerken ist, dass der Begriff „elektronisch“ sehr weit ausgelegt werden kann. Wir empfehlen daher, stattdessen den Begriff „digital“ zu verwenden. Der Versand von Rechnungen in Papierform sollte zudem vermieden werden. Zu beachten ist zu-

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

dem, dass im Tiers Garant die versicherte Person Schuldner ist und deshalb kann nicht in jedem Fall die Rechnung digital zugestellt werden. Sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch auf Seiten der Versicherer sind entsprechende Patienten- respektive Kunden-Onlineportale zu schaffen.

9. Daten der Versicherten

santésuisse lehnt eine weitergehende Datenlieferung, namentlich von Individualdaten, an die Behörden ab. Zudem soll dem Projekt des Parlaments (16.401 Pa.IV. Eder «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung») nicht vorgegriffen werden. Eine weitergehende Datenlieferung ist nicht verhältnismässig.

10. Kostenbeteiligung während der Schwangerschaft und nach Niederkunft

santésuisse begrüsst die Präzisierung auf Ebene der Gesetzgebung, bei welchen Leistungen bei Schwangeren die Kostenbeteiligung entfällt. Letztlich ist allerdings sachlich schwer zu begründen ist, weshalb auch Leistungen bei einem Unfall sowie bei Geburtsgebrechen von der Kostenbeteiligung befreit sein sollen. Dies führt zu weiteren Ungleichbehandlungen, einerseits zwischen schwangeren und nicht-schwangeren Versicherten, andererseits aber auch zwischen Schwangeren mit ordentlicher Franchise und solchen mit Wahlfranchise, die trotz stark unterschiedlicher Prämie weitgehend dieselbe Versicherungsdeckung haben. Gerade im Rahmen eines Kostendämpfungspakets ist eine übermässige Ausdehnung der Leistungspflicht nicht angebracht.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Detaillierte Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen:

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<i>I</i>		
	Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
	<p>Ersatz von Ausdrücken</p> <p>¹ In Artikel 7 Absatz 2 wird «Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt)» ersetzt durch «Bundesamt für Gesundheit (BAG)».</p> <p>² In Artikel 18 Absatz 1 wird «das Departement» ersetzt durch «das Eidgenössische Departement des Innern (EDI)».</p> <p>³ In den Artikeln 20 Absatz 2, 33 Absatz 5, 40 Absatz 1, 52 Absatz 1 Buchstabe a und 61 Absatz 2^{bis} wird «Departement» ersetzt durch «EDI».</p> <p>⁴ In den Artikeln 20 Absatz 3, 33 Absatz 5, 98 Absatz 1, 99 Absätze 1 und 2 sowie 105a Absatz 3 wird «Bundesamt» ersetzt durch «BAG».</p> <p>⁵ In Artikel 59a Absatz 3 wird «Bundesamt für Gesundheit» ersetzt durch «BAG».</p>		Einverstanden, keine Bemerkungen.
Art. 18	Art. 18	Art. 18	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>^{2septies} Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.</p>	<p>^{2septies} Sie führt folgende Fonds:</p> <p>a. den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004;</p> <p>b. <u>einen Fonds für die Rückerstattungen nach Artikel 52b.</u></p>	<p>^{2septies} Sie führt den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004.</p>	<p>santésuisse lehnt Art. 52b ab, insbesondere die Rückerstattung durch die gemeinsame Einrichtung. Es ist daher nicht nötig, Art. 18 Abs. ^{2septies} mit lit. b zu ergänzen.</p>
	<p>4. Abschnitt: Datenweitergabe und Statistiken</p>		
	<p>Art. 21 Daten der Versicherten</p> <p>¹ Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben.</p>	<p>Art. 21 Daten der Versicherten</p> <p>¹ Die Versicherer sind verpflichtet, dem BAG <u>jährlich regelmässig</u> die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. <u>Das BAG hat den Versicherern den konkreten Zweck der Datenlieferung vorgängig bekanntzugeben.</u></p>	<p>Der Artikel wird derzeit vom Parlament im Rahmen der Pa.lv. Eder (16.411 «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung») beraten. santésuisse unterstützt im Wesentlichen die Formulierung, der der Nationalrat in der Herbstsession 2020 zugestimmt hat. Für die detaillierte Begründung verweisen wir auf unsere Stellungnahme im Rahmen der Konsultation dieser Initiative.</p> <p>Es muss zu Beginn des Artikels grundsätzlich festgehalten werden, wie häufig die Versicherer dem BAG Daten liefern müssen sowie dass das BAG den Zweck der Datenerhebungen vorgängig bekannt gibt. Damit soll verhindert werden, dass die Daten wahllos und auf Vorrat erhoben werden. Eine jährliche Datenerhebung ist ausreichend und vermeidet unnötige Umtriebe bzw. Administrationskosten der Versicherer.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>² Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weitergegeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind:</p> <p>a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;</p> <p>b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;</p> <p>c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;</p>	<p>² Die Daten sind in aggregierter Form weiterzugeben. Diese muss eine Aufteilung der Kosten auf die einzelnen <u>Kategorien von</u> Leistungserbringern und für jede dieser <u>Kategorien</u> jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Daten zudem pro versicherte Person weitergegeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der folgenden Aufgaben genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind: Das Bundesamt berücksichtigt vor Erhebung der Daten beim Versicherer bestehende Datenbestände bei Dritten.</p> <p><u>Die Daten dienen:</u></p> <p>a. zur Überwachung der Kostenentwicklung nach Leistungsart und nach Leistungserbringer<u>kategorie</u> sowie zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen für Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung;</p> <p>b. zur Analyse der Wirkung des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen und zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf Änderungen des Gesetzes und von dessen Ausführungsbestimmungen;</p> <p>c. zur Evaluation des Risikoausgleichs;</p>	<p>Für die allermeisten Zwecke sind aggregierte Daten ausreichend. Der administrative Aufwand ist möglichst klein zu halten. Daher sind, wenn immer möglich, zuerst die bereits verfügbaren Statistiken und Datenquellen zu nutzen, wie es den Datenbeschaffungsgrundsätzen gemäss Art. 4 des Bundesstatistikgesetzes entspricht. Demnach sind Daten zuerst bei anderen Stellen zu erheben, sofern sie dort verfügbar sind (Indirekterhebung).</p> <p>Die Erhebung von Individualdaten sollte in einem eigenen Absatz und als klare Ausnahmebestimmung formuliert werden (vgl. unten Abs. 2^{bis}). Daten sind zudem pro Leistungserbringerkategorie zu liefern. Die Überprüfung der einzelnen Leistungserbringer ist Aufgabe der Versicherer (Wirtschaftlichkeitsverfahren). Ihre rechtliche Ausgestaltung als Selbstverwaltungsträger ist zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass sie ihre Aufgaben mit eigenen technischen, personellen und finanziellen Mitteln zu lösen haben.</p> <p>orthographische Korrektur</p> <p>Die Datenerhebung zum Zwecke der Evaluation des Risikoausgleichs ist terminologisch und inhaltlich bereits in lit. b enthalten und kann weggelassen</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>d. zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.</p>	<p>d. zur Beurteilung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und im Bereich der Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen.</p> <p><u><i>2bis Der Bundesrat kann ausnahmsweise und zu einem klar deklarierten Zweck vorsehen, dass die Daten pro versicherte Person weiterzugeben sind, sofern aggregierte Daten nicht zur Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 2 genügen, die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind und bei den Krankenversicherern in strukturierter Form vorhanden sind. Er beachtet dabei den Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Das BAG sorgt dafür, dass den Krankenversicherern durch die Bereitstellung der Daten möglichst wenig Aufwand entsteht. Die Krankenversicherer sind dazu vorgängig anzuhören.</i></u></p>	<p>werden. Überdies sind diese Daten grundsätzlich nicht bei den Krankenversicherern zu erheben, sondern bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Anderweitige Daten werden zur Evaluation des Risikoausgleichs nicht benötigt.</p> <p>Es ist sinnvoll, dass der Bund diejenigen Daten erhält, die er benötigt, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungen im Bereich der Arzneimittel und der MiGeL-Produkte zu verbessern, da dort die Preisbestimmung per Amtstarife erfolgt.</p> <p>Bei Individualdaten handelt es sich um besonders schützenswerte Daten, deren Erhebung und Weitergabe besondere Umsicht und Zurückhaltung erfordert. Die Erhebung von Individualdaten bei den Versicherern sollte vom Bundesrat daher nur in Ausnahmefällen und mit klaren Angaben des Zweckes vorgesehen werden. Dabei muss der Grundsatz gelten, dass konkret geprüft wird, ob die Informationen nicht auch anderswie beschafft werden können.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>³ Das BAG ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist.</p>	<p>⁴ <u>Es stellt die erhobenen Daten den Datenlieferanten, der Forschung und Wissenschaft sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung.</u></p>	<p>Einverstanden. Die Verantwortung für die Anonymität der Versicherten obliegt dem BAG.</p> <p>Datenerhebungen sind mit einem grossen Aufwand für die Datenlieferanten verbunden. Ein Datenfriedhof ist unbedingt zu vermeiden. Die Daten müssen allen Interessierten zugänglich sein, soweit keine Rückschlüsse auf einzelne Versicherte möglich sind.</p>
<p>Art. 23</p>	<p>Art. 23 <u>Statistiken</u></p>		<p>Keine Bemerkung.</p>
<p>Art. 25</p> <p>² Diese Leistungen umfassen: h. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.</p>	<p>Art. 25</p> <p>² Diese Leistungen umfassen: h. <u>die folgenden Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen:</u> 1. <u>Leistungen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.</u> 2. <u>Leistungen, die in Programmen nach Buchstabe i durchgeführt werden.</u> i. <u>Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen durchgeführt werden.</u></p>	<p>Art. 25</p> <p>² Diese Leistungen umfassen: h. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimitteln.</p>	<p>In diesem Zusammenhang besteht kein weiterer Regulierungsbedarf, weshalb Art. 25 Abs. 2 lit. h Ziff. 2 und lit. i zu streichen sind (vgl. die Begründung unten bei Art. 33 Abs. 3^{bis}).</p> <p>Ablehnung der Änderung.</p>
<p>Art. 32 Voraussetzungen</p> <p>¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmäs-</p>	<p>Art. 32 Voraussetzungen</p> <p>¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmäs-</p>		<p>Einverstanden.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>sig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.</p> <p>² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.</p>	<p>sig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.</p> <p>² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.</p> <p>³ <u>Der Bundesrat regelt die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.</u></p>		<p>Wir begrüssen ausdrücklich, dass die Leistungen periodisch überprüft werden, wie es bereits heute im KVG festgehalten ist. Leider erfolgt dies bis heute wenig systematisch. Die neue Bestimmung verpflichtet den Bundesrat, diese Aufgabe künftig konsequent und regelmässig wahrzunehmen.</p>
<p>Art. 33 Bezeichnung der Leistungen</p> <p>¹ Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.</p> <p>² Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.</p>	<p>Art. 33 Bezeichnung der Leistungen</p> <p>¹ Der Bundesrat kann die von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden.</p> <p>² Er bezeichnet die nicht von Ärzten und Ärztinnen oder von Chiropraktoren und Chiropraktorinnen erbrachten Leistungen nach Artikel 25 Absatz 2 sowie die Leistungen nach den Artikeln 26, 29 Absatz 2 Buchstaben a und c und 31 Absatz 1 näher.</p>	<p>Art. 33 Bezeichnung der Leistungen</p>	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>³ Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.</p> <p>⁴ Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.</p> <p>⁵ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.</p>	<p>³ Er bestimmt, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet.</p> <p><u>^{3bis} Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.</u></p> <p>⁴ Er setzt Kommissionen ein, die ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten. Er sorgt für die Koordination der Arbeit der genannten Kommissionen.</p> <p>⁵ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Departement oder dem Bundesamt übertragen.</p>	<p><u>^{3bis} Er bezeichnet die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen. Er regelt die Voraussetzungen, welche die Programme erfüllen müssen. Die Programme bedürfen der Genehmigung des EDI.</u></p>	<p>Ärztlich geleitete, strukturierte Programme können bereits heute erbracht werden. Eine zusätzliche Regulierung solcher Programme ist deshalb nicht erforderlich. Eine besondere Bezeichnung und Genehmigung durch das EDI würde die Einführung solcher Programme unnötig erschweren.</p>
<p>Art. 35 Grundsatz</p> <p>¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.</p> <p>² Leistungserbringer sind:</p>	<p>Art. 35 Grundsatz</p> <p>¹ Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36–40 erfüllen.</p> <p>² Leistungserbringer sind:</p>		<p>Es kann sinnvoll sein, dass Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Kategorie der Leistungserbringer aufgeführt sind. Allerdings sollten sie nur dann Leistungen abrechnen dürfen, wenn sie über einen entsprechenden Vertrag mit dem jeweiligen Versicherer verfügen (vgl. untenstehenden Art. 36b Abs. 4).</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	o. <u>Netzwerke zur koordinierten Versorgung.</u>		
	<p>Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung</p> <p>¹ Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die:</p> <p>a. Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; und</p> <p>b. die Koordination mit weiteren Leistungserbringern über die ganze Versorgungskette sicherstellt.</p> <p>² Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen fest, welche die Netzwerke zur koordinierten Versorgung erfüllen müssen. Die Zulassungsvoraussetzungen müssen gewährleisten können, dass qualitativ hochstehende und zweckmässige Leistungen erbracht werden.</p> <p>³ Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen:</p> <p>a. die Anforderungen an den Arzt oder die Ärztin, der oder die das Netzwerk leitet;</p> <p>b. das Fachpersonal, über das das Netzwerk verfügen muss;</p> <p>c. die Leistungen, die das Netzwerk erbringen muss;</p> <p>d. die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette;</p>	<p>Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung</p>	<p>Grundsätzlich einverstanden, vgl. aber Abs. 3 lit. h. sowie Abs. 4.</p> <p>santésuisse begrüsst Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung und auch die gesetzliche Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer. Die Effizienz der Leistungserbringungen kann in Netzwerken erhöht und die Gefahr von Doppel- und Mehrfachbehandlungen eingegrenzt sein.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>e. Führungsinstrumente, wobei diese alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und für die Tarifierung notwendigen Daten enthalten müssen;</p> <p>f. die elektronische Führung der Krankengeschichte des Patienten oder der Patientin;</p> <p>g. der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Artikel 11 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier.</p>	<p>h. einen abgeschlossenen Tarifvertrag gemäss Art. 48a mit einem oder mehreren Versicherern.</p> <p><u>4 Netzwerke zur koordinierten Versorgung dürfen Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur unter der Voraussetzung erbringen, dass mit dem jeweiligen Versicherer ein Tarifvertrag geschlossen wurde. Sie müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn sie für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen, weil sie keinen Tarifvertrag mit ihm abgeschlossen haben. Wenn sie dies unterlassen, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.</u></p>	<p>Die Anreize zur Mengenausweitung sind bei Netzwerken gross, weshalb ein mit dem einzelnen Versicherer bestehender Tarifvertrag zwingende Voraussetzung für die Leistungserbringung sein muss.</p> <p>Netzwerke sind nicht per se effizient – in einem schlecht organisierten Netzwerk kann auch ineffizient oder doppelspurig gearbeitet werden. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass hohe Gewinne abgeführt werden. Die gegenseitige Zuweisung, wie sie innerhalb eines Netzwerks möglich ist, mag in vielen Fällen Vorteile haben, sie kann aber auch kostentreibend sein.</p> <p>Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit im Sinne von Art. 56 Abs. 6 ist bei Netzwerken aufgrund der heterogenen,</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			<p>schwer mit anderen Netzwerken vergleichbaren Leistungen äusserst komplex. Ein Wirtschaftlichkeitsverfahren ist demnach nur mühevoll durchzuführen. Um Mengenausweitungen oder Exzesse zu verhindern (Abschöpfung von Effizienzgewinnen), sind zwingend Vertragslösungen mit den Krankenversicherern vorzusehen. Nur so kann eine Kontrolle sichergestellt werden.</p>
	<p>Art. 40a Erstberatungsstelle</p> <p>¹ Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.</p> <p>² Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:</p> <p>a. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;</p> <p>b. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;</p> <p>c. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.</p> <p>³ Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:</p> <p>a. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 	<p>Art. 40a Erstberatungsstelle</p> <p>¹ Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, der die Funktion einer Erstberatungsstelle ausübt.</p> <p>² Die Erstberatungsstelle nimmt folgende Aufgaben wahr:</p> <p>d. Beratung der versicherten Person in gesundheitlichen Fragen;</p> <p>e. Beurteilung, ob eine Untersuchung oder Behandlung notwendig ist;</p> <p>f. Beurteilung, ob die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überwiesen werden muss.</p> <p>³ Die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben können:</p> <p>d. Ärzte und Ärztinnen mit folgenden Weiterbildungstiteln:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Innere Medizin, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 	<p>Die Versicherer lehnen die obligatorische Erstberatung ab. Art. 40a ist deshalb zu streichen.</p> <p>Die freie Arztwahl und die Wahl des präferierten Versicherungsmodells sollen weiterhin möglich sein, wenn der Versicherte bereit ist, diese Mehrkosten durch eine entsprechend höhere Prämie in Kauf zu nehmen. Ein Zwang entspricht nicht den Präferenzen der Versicherten (siehe auch das Nein zur Managed Care Vorlage 2012).</p> <p>Heute bieten die Krankenversicherer den Prämienzahlenden bereits alternative Versicherungsmodelle zum Standardmodell an, die einen Erstzugang zu medizinischen Behandlungen, beispielsweise mittels telefonischer Beratung, ermöglichen. Für santésuisse ist die Wahlfreiheit der Patienten ein zentraler Wert, den man nicht leichtfertig aufgeben darf.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt;</p> <p>b. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;</p> <p>c. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.</p> <p>⁴ Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können.</p> <p>⁵ Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.</p> <p>⁶ Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der</p>	<p>3. praktische Ärztin oder praktischer Arzt;</p> <p>e. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, wenn die Ärzte und Ärztinnen, die dort tätig sind, die Voraussetzung nach Buchstabe a erfüllen;</p> <p>f. Netzwerke zur koordinierten Versorgung.</p> <p>⁴ Die Kantone führen eine Liste der Leistungserbringer, die ihre Tätigkeit auf ihrem Gebiet ausüben und die bereit sind, die Funktion einer Erstberatungsstelle zu übernehmen (kantonale Liste der Erstberatungsstellen). Sie veröffentlichen die Liste so, dass die Versicherten sie jederzeit einsehen können.</p> <p>⁵ Die Leistungserbringer können beim Kanton, auf dessen Gebiet sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste der Erstberatungsstellen stellen. Der Kanton entscheidet über das Gesuch und nimmt den Leistungserbringer in die Liste auf, sofern die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllt sind.</p> <p>⁶ Die versicherte Person wählt ihre Erstberatungsstelle frei unter den Leistungserbringern aus, die auf einer kantonalen Liste der Erstberatungsstellen aufgenommen sind. Ist der</p>	<p>Die Definition eines einheitlichen Versicherungsmodells im Gesetz ist naturgemäss statisch und unflexibel. Es verhindert die laufende Entwicklung und Anpassung an neue technologische Möglichkeiten und soziale Gegebenheiten. Die Vorgaben in Art. 40 schränken die Patienten in ihrer Wahlfreiheit zu fest ein. Zudem werden auch die alternativen Versicherungsmodelle der Versicherer durch die Vorgaben teilweise erschwert, wenn nicht verunmöglicht.</p> <p>santésuisse macht folgenden Alternativvorschlag, um zeitgemässe, kostensparende Modelle zu fördern: Jeder Versicherer bietet ein Gatekeeping-Modell an, welches als Erstberatungsstelle standardmässig fungiert. Die Versicherer sind aber in der Ausgestaltung dieses Gatekeeping-Modelles im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben weitgehend frei. Wichtig ist: Patient und Gatekeeper sind freiwillig im Gatekeeping-Modell, weil sie darin für sich einen Nutzen gegenüber anderen Modellen sehen. Auf dem von den Versicherern jeweils bezeichneten Gatekeeping-Modell würde neu die Standardprämie berechnet, das Gatekeeping-Modell wäre das neue Standardmodell. Gleichzeitig wäre die maximale Rabattspanne zu erweitern. Für Versicherte, die die freie Wahl der</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer.</p> <p>⁷ Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:</p> <p>a. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;</p> <p>b. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.</p>	<p>Leistungserbringer bereit, für die versicherte Person diese Funktion auszuüben, so bestätigt er ihr dies. Die versicherte Person übermittelt die Bestätigung ihrem Versicherer.</p> <p>⁷ Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen, unter denen:</p> <p>e. die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann;</p> <p>d. der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle haben, eine solche bestimmen kann.</p>	<p>Leistungserbringer weiterhin vorziehen, wäre ein entsprechendes Modell weiterhin möglich, sofern die dadurch entstehenden Zusatzkosten über eine entsprechend höhere Prämie (Prämienaufschlag) auf sie überwältzt werden könnten. Das heutige Standardmodell würde somit zu einem alternativen, teureren Versicherungsmodell. Mit diesem Vorschlag entstünde ein dynamischer Innovationswettbewerb zwischen den Versicherern im Sinne der Erfinder des regulierten Marktmodells.</p> <p>Mit Ablehnung von Art. 40a sind auch folgende Artikel obsolet: 40b, 40c, 40d, Art. 41 Sachüberschrift, Abs. 1, 1^{bis}, 1^{ter}, 2, 3^{bis} Einleitungssatz und 4 und 41a.</p>
	<p>Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme</p> <p>¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn:</p> <p>a. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder</p> <p>b. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.</p> <p>² Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.</p>	<p>Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme</p> <p>¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Leistungen nach den Artikeln 25–31 nur, wenn:</p> <p>e. die Leistungen von der Erstberatungsstelle erbracht werden; oder</p> <p>d. für die Leistungen eine Überweisung der Erstberatungsstelle an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.</p> <p>² Das Erfordernis einer Überweisung gilt nicht in Notfällen.</p>	<p>Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 40b zu streichen.</p> <p>Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, äussert sich santésuisse folgendermassen zu Art. 40b:</p> <p>Bei diesem Artikel sind noch viele Punkte offen. Es stellen sich viele Fragen zur Umsetzbarkeit, Haftungsfragen, Inkassofragen, Zusatzkosten, zusätzliche Schnittstellen, etc.</p> <p>Der Leistungserbringer mit dem Patientenkontakt muss entscheiden, ob</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>³ Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.</p> <p>⁴ Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.</p>	<p>³ Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle.</p> <p>⁴ Der Bundesrat regelt die Modalitäten der Überweisung und die weiteren Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung.</p>	<p>ein Notfall vorliegt oder nicht. Ansonsten werden dieselben Diskussionen geführt, wie schon bei den Kantonen mit Listen säumiger Prämienzahler.</p> <p>Auch hier stellt sich die Frage der Umsetzbarkeit.</p> <p>Bei den heute bestehenden Modellen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sind von den Versicherern bereits diverse Ausnahmen vorgesehen. Diese sollen berücksichtigt werden.</p>
	<p>Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle</p> <p>¹ Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.</p> <p>² Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.</p> <p>³ Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.</p>	<p>Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle</p> <p>¹ Der Versicherer vergütet den Leistungserbringern für jede versicherte Person, für die sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, eine jährliche Pauschale.</p> <p>² Der Leistungserbringer hat auch dann Anspruch auf die Pauschale, wenn die versicherte Person seine Leistungen nicht in Anspruch nimmt.</p> <p>³ Der Bundesrat legt nach Anhören der Tarifpartner die Höhe der Pauschale fest.</p>	<p>Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 40c zu streichen.</p> <p>Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, äussert sich santésuisse folgendermassen zu Art. 40c: Die vorgesehene Pauschale ist abzulehnen. Die Pauschale wird entrichtet wenn die Leistung erbracht wird <u>und</u> wenn sie nicht erbracht wird. Der Arzt/Erstberater hat somit ein garantiertes Fixeinkommen («Grundeinkommen») und eigentlich gar kein Interesse daran, den Patienten zur Erstberatung zu sehen, da er sein Geld sowieso bekommt und er ohne die Arbeit als Erstberater in der Zeit andere</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>⁴ Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.</p>	<p>⁴ Er bezeichnet die Leistungen, die mit der Pauschale als abgedeckt gelten.</p>	<p>Patienten behandeln kann. Eine derart vorgesehene Pauschale widerspricht dem Ziel der Kostendämpfung. Ausserdem wird so ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da hier die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Besser wäre eine Pauschale nur für erbrachte Erstberatungen.</p> <p>Der Bundesrat legt gemäss Vorschlag die Pauschale und die damit abgedeckten Leistungen fest. Dieser Vorschlag ist ebenfalls abzulehnen. Sollte die Idee einer Pauschale weiterverfolgt werden, müsste sie durch die Tarifpartner festgelegt werden. Zudem sollten die Tarifpartner auch festlegen, welche Leistungen mit der Pauschale abgedeckt wären.</p>
	<p>Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen</p> <p>¹ Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet</p>	<p>Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen</p> <p>¹ Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer, so kann die versicherte Person unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Untersuchung und Behandlung ihrer Krankheit geeignet</p>	<p>Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 40d zu streichen.</p> <p>Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, äussert sich santésuisse folgendermassen zu Art. 40d: Auch wenn nach Konsultation der Erstberatung die Arztwahl wie im heutigen System bekannt erfolgt, wird durch die Erstberatung das System komplizierter und administrativ aufwändiger.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.</p> <p>² Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.</p>	<p>sind, frei wählen. Der von der versicherten Person gewählte Leistungserbringer kann diese wiederum an weitere Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.</p> <p>² Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung vorliegt.</p>	
<p>Art. 41 Wahl des Leistungserbringers, Kostenübernahme und Aufnahmepflicht der Listenspitäler</p> <p>¹ Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.</p>	<p>Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen</p> <p>¹ <u>Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in ei-</u></p>	<p>Art. 41 Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei stationären Untersuchungen und Behandlungen</p> <p>¹ Überweist die Erstberatungsstelle die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital, so kann die versicherte Person unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (Art. 49a) nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Referenztarif orientiert sich an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in ei-</p>	<p>Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 41 zu streichen.</p> <p>Falls Art. 40a Erstberatungsstelle nicht gestrichen wird, möchten wir darauf aufmerksam machen, dass das Problem mit den Referenztarifen nicht gelöst ist. Diverse Kantone betreiben Protektionismus mit sehr tiefen Referenztarifen, um so den Anreiz zu schaffen, sich nicht in einem ausserkantonalen Spital behandeln zu lassen.</p> <p>Nach Konsultation der Erstberatung, erfolgt die Spitalwahl auch zukünftig wie heute schon bekannt.</p> <p>Wir halten aber auch hier fest, dass durch die Erstberatung das System erheblich komplizierter und administrativ aufwändiger wird.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>^{1bis} Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.</p> <p>² Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für die stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.</p> <p>³ Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel</p>	<p><u>nem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.</u></p> <p>^{1bis} Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn:</p> <p>a. <u>der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat;</u></p> <p>b. <u>eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.</u></p> <p>^{1ter} <u>Die Absätze 1 und 1^{bis} gelten sinngemäss für Geburtshäuser.</u></p> <p>² <u>Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.</u></p> <p>³ Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel</p>	<p>nem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.</p> <p>^{1bis} Absatz 1 gilt sinngemäss, wenn:</p> <p>c. <u>der Leistungserbringer, der die versicherte Person für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat;</u></p> <p>d. <u>eine Ausnahme für das Erfordernis einer Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung vorliegt.</u></p> <p>^{1ter} <u>Die Absätze 1 und 1^{bis} gelten sinngemäss für Geburtshäuser.</u></p> <p>² <u>Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital überwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.</u></p> <p>³ <u>Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel</u></p>	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.</p> <p>^{3bis} Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:</p> <p>⁴ Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.</p>	<p>49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.</p> <p>^{3bis} Medizinische Gründe <u>nach Absatz 3</u> liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:</p> <p>⁴ <i>Aufgehoben</i></p>	<p>49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.</p> <p>^{3bis} Medizinische Gründe <u>nach Absatz 3</u> liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:</p> <p>⁴ <i>Aufgehoben</i></p>	
	<p>Art. 41a Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer</p> <p>¹ Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3).</p> <p>² Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.</p>	<p>Art. 41a Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer</p> <p>¹ Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer, einschliesslich der Erstberatungsstelle, beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3).</p> <p>² Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.</p>	<p>Mit Streichung von Art. 40a ist auch Art. 41a zu streichen.</p> <p>Das beschriebene Vorgehen wird heute schon in den frei wählbaren Modellen der eingeschränkten Wahl des Leistungserbringers praktiziert.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>³ Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat.</p> <p>⁴ Er muss die Kosten von Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer muss die besondere Gutsprache erteilen, wenn die von ihm ausgewählten Leistungserbringer die betroffene Leistung nicht erbringen.</p>	<p>³ Der Versicherer muss nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat.</p> <p>⁴ Er muss die Kosten von Leistungen nicht übernehmen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, es sei denn, er hat vorgängig die besondere Gutsprache erteilt oder es liegt ein Notfall vor. Der Versicherer muss die besondere Gutsprache erteilen, wenn die von ihm ausgewählten Leistungserbringer die betroffene Leistung nicht erbringen.</p>	
<p>Art. 41a Aufnahmepflicht der Listenspitäler</p> <p>¹ Im Rahmen ihrer Leistungsaufträge und ihrer Kapazitäten sind die Listenspitäler verpflichtet, für alle versicherten Personen mit Wohnsitz im Standortkanton des Listenspitals eine Aufnahmebereitschaft zu gewährleisten (Aufnahmepflicht).</p> <p>² Für versicherte Personen mit Wohnsitz ausserhalb des Standortkantons des Listenspitals gilt die Aufnahmepflicht nur aufgrund von Leistungsaufträgen sowie in Notfällen.</p>	<p><u>Art. 41b</u></p>		<p>Keine Bemerkungen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>³ Die Kantone sorgen für die Einhaltung der Aufnahmepflicht.</p>			
<p>Art. 42 Grundsatz</p> <p>² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.</p>	<p>Art. 42 Grundsatz</p> <p>² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). <u>In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer:</u></p> <p>a. <u>den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung im Fall der stationären Behandlung;</u></p> <p>b. <u>die Vergütung der Leistungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b Absatz 1 oder 2 vorgesehen hat.</u></p> <p>^{3ter} <u>Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.</u></p>	<p>² Versicherer und Leistungserbringer können vereinbaren, dass der Versicherer die Vergütung schuldet (System des Tiers payant). Im Falle der stationären Behandlung schuldet der Versicherer, in Abweichung von Absatz 1, den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.</p> <p>^{3ter} <u>Der Leistungserbringer hat die Rechnungen dem Schuldner in digitaler elektronischer Form zu übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände vereinbaren einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die digitale elektronische Übermittlung der Rechnungen. Wenn sich die Parteien nicht einigen können, legt der Bundesrat den Standard fest.</u></p>	<p>santésuisse lehnt Art. 52b (Rückerstattungen) ab. Folglich ist der neu vorgesehene Art. 42 Abs. 2 lit. b nicht erforderlich.</p> <p>Art. 42 Abs. 3 KVG fordert bereits heute, dass der Patient eine Kopie der Rechnung erhält. Die Problematik liegt unseres Erachtens nicht in der Form, sondern bei der fehlenden Umsetzung der Leistungserbringer.</p> <p>Zu beachten ist zudem, dass im Tiers Garant die versicherte Person Schuldner ist und deshalb kann nicht in jedem Fall die Rechnung digital zugestellt werden. Um dies im Tiers Garant sicherzustellen, könnten Leistungserbringer Online-Patientenportale schaffen, wo die Patienten die Rechnungen einsehen können. Dies hat sich schon in anderen Branchen etabliert.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			<p>Der Begriff «elektronisch» kann sehr weit ausgelegt werden. Wir empfehlen daher, den Begriff «digital» zu verwenden.</p> <p>Selbstverständlich muss auch in diesem Prozess eine digitale Lösung erarbeitet werden.</p> <p>Die Erweiterung des Artikels auf die kostenlose Zustellung unterstützen wir.</p> <p>Wir sehen es als absolute Notwendigkeit, dass jeder Patient über Rechnungsstellungen die ihn betreffen informiert ist und die Details dazu sichten kann, nach Möglichkeit in einer für ihn verständlichen Form.</p> <p>Ein Versand von Papier sollte vermieden werden, wenn die Informationen dem Patienten digital zugänglich gemacht werden können. Wenn die Informationen dem Versicherer digital vorliegen, kann der Versicherer diese dem Patienten visualisieren.</p>
<p>Art. 42a Versichertenkarte</p> <p>² Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.</p>	<p>Art. 42a Versichertenkarte</p> <p>² Die <u>Versichertenkarte</u> wird für die Rechnungsstellung für Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.</p>		<p>Wir begrüßen die technologie-neutrale Formulierung dieses Artikels. Dadurch wird die Grundlage geschaffen, die Versichertenkarte für geeignete Dienstleistungen in Zukunft zu nutzen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>^{2bis} Sie kann als Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier verwendet werden.</p> <p>³ Der Bundesrat regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.</p>	<p>^{2bis} Sie kann verwendet werden als:</p> <p>a. Identifikationsmittel nach Artikel 7 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier;</p> <p>b. <u>Identifikationsmittel für den Kontakt mit den Versicherern.</u></p> <p>^{2ter} <u>Ausserhalb des Anwendungsbereichs dieses Gesetzes darf sie nur verwendet werden, wenn eine formelle gesetzliche Grundlage dies vorsieht und wenn der Verwendungszweck und die Nutzungsberechtigten bestimmt sind.</u></p> <p>³ <u>Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.</u></p>	<p>³ Der Bundesrat regelt das Format der Versichertenkarte. Er kann vorsehen, dass die Karte auf Verlangen der versicherten Person auch in <u>digitaler elektronischer</u> Form ausgestellt wird. Er regelt nach Anhören der interessierten Kreise die Abgabe der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen und organisatorischen Vorgaben.</p>	<p>Die SASIS AG hat in Zusammenarbeit mit den Versicherern eine virtuelle/elektronische Versichertenkarte entwickelt, welche bereits im Markt eingeführt ist.</p> <p>Der Begriff «elektronisch» kann sehr weit ausgelegt werden. Wir empfehlen auch hier, stattdessen den Begriff «digital» zu verwenden.</p> <p>Wir begrüssen, dass bei allfälligen Anpassungen der VVK und der VVK-EDI die betroffenen Akteure aktiv involviert werden.</p>
	<p>Art. 48a Tarifverträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung</p> <p>¹ Die Tarifpartner vereinbaren Pauschalen nach Artikel 43 Absatz 3 zur Vergütung:</p> <p>a. der Leistungen, die die Netzwerke zur koordinierten Versorgung anbieten;</p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>b. der Koordination der Leistungen durch die Netzwerke zur koordinierten Versorgung.</p> <p>² Mit der Vergütung nach Absatz 1 sind alle Ansprüche der Netzwerke zur koordinierten Versorgung für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.</p>		
<p>Art. 52</p> <p>¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den Artikeln 32 Absatz 1 und 43 Absatz 6:</p>	<p>Art. 52</p> <p>¹ Nach Anhören der zuständigen Kommissionen und unter Berücksichtigung der Grundsätze nach den <u>Artikeln 32 und 43 Absatz 6:</u></p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>
	<p>Art. 52b Rückerstattungen</p> <p>¹ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises zurückzuerstatten:</p> <p>a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder</p> <p>b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG.</p> <p>² Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.</p>	<p>Art. 52b Rückerstattungen</p> <p>¹ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arzneimittelpreises zurückzuerstatten:</p> <p>a. dem Versicherer auf dessen Verlangen; oder</p> <p>b. dem Fonds für Rückerstattungen auf Verlangen des BAG.</p> <p>² Der Bundesrat kann das EDI ermächtigen, Rückerstattungen nach Absatz 1 in den Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a vorzusehen.</p>	<p>Rückerstattungen verursachen bei den Krankenversicherern einen hohen administrativen Aufwand. Modelle mit Rückerstattung haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Sie sollten die Ausnahme bleiben und nur dann angewandt werden, wenn ein Fixpreis nicht sachgerecht ist (beispielsweise bei Kombinationstherapien). Eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen erachten wir nicht als notwendig. Sie birgt die Gefahr, dass solche Preismodelle noch häufiger angewandt werden als heute.</p> <p>Die vorgesehenen Rückerstattungen führen zudem zu Intransparenz. Geheime Rabatte können überdies preis-</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>³ Er regelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgesehen werden können; b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung; c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern; d. die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen. 	<p>³ Er regelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 1 vorgesehen werden können; b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung; c. die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattung einbezahlten Beträge unter den Versicherern; d. die Verwaltungskosten des Fonds für Rückerstattungen. <p><u>Art. 52b (neu)</u></p> <p><u>¹ Für Medikamente, deren jährliche Therapiekosten über 50'000 Franken pro Patient (Preisschwelle) betragen, übernimmt der Krankenversicherer die Kosten nur, wenn das Therapieziel erreicht werden konnte.</u></p> <p><u>² Wird das Therapieziel nicht erreicht, besteht kein Anspruch auf Vergütung.</u></p> <p><u>³ Der Bundesrat kann vorsehen, dass bei der Medikamentenabgabe im Einzelfall (ausserhalb der Spezialitätenliste) eine tiefere Preisschwelle gilt. Er regelt die Einzelheiten der Rechnungsstellung.</u></p>	<p>treibend wirken, weil die Wirtschaftlichkeitskontrolle in diesen Fällen nicht mehr möglich ist. Stattdessen sollten die Preise gemäss Spezialitätenliste regelmässig angepasst werden.</p> <p>Eventualiter wäre eine zeitliche Begrenzung der Preismodelle auf die ersten fünf Jahre seit Aufnahme auf die Spezialitätenliste zu prüfen.</p> <p>Alternativvorschlag: Pay for Performance gesetzlich verankern</p> <p>In den letzten Jahren wurden immer mehr Medikamente zugelassen, die namentlich bei seltenen Krankheiten eingesetzt werden, dabei aber sehr teuer sind. Oftmals fehlt die Evidenz, dass die Medikamente im klinischen Alltag dieselbe Wirkung entfalten wie in den Studien, die im Rahmen der Entwicklung mit wenigen Patienten durchgeführt wurden. Solche Therapien sollten von der sozialen Krankenversicherung dann (und nur dann) vergütet werden, wenn der klinische Erfolg nachgewiesen ist. Dabei ist nicht auf ein System von Rückzahlungen zu setzen, sondern die Bezahlung erfolgt</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
		<p>⁴ <u>Das BAG bestimmt bei den Medikamenten auf der Spezialitätenliste die Indikatoren zur Beurteilung des Therapieerfolgs.</u></p>	<p>erst, wenn der Therapieerfolg dokumentiert ist. Dieses Modell sollte sowohl für Medikamente auf der Spezialitätenliste (SL) wie ausserhalb gelten. Um einen Anreiz zu setzen, dass der Hersteller sich um Aufnahme in die SL bemüht, wäre vorzusehen, dass bei der Abgabe ausserhalb der SL eine tiefere Preisschwelle gilt.</p>
	<p>Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten</p> <p>Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004 wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b betreffen.</p>	<p>Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten</p> <p>Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004 wird verweigert, soweit diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b betreffen.</p>	<p>Die vorgeschlagene Anpassung führt zu Intransparenz. Transparenz über die gültigen Preise ist in einer Sozialversicherung unabdingbar. Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Preise ist sonst nicht mehr möglich. Damit entstehen höhere Kosten für die OKP. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt.</p>
<p>Art. 53 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht</p> <p>¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, 54, 55 und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.</p>	<p>Art. 53 Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht</p> <p>¹ Gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach den Artikeln 39, <u>41 Absatz 1</u>, 45, 46 Absatz 4, 47, 48 Absätze 1–3, 51, <u>54d Absatz 2</u>, und 55a kann beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.</p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>
	<p>5. Abschnitt: Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p>		<p>santésuisse spricht sich für das Konzept der Kostensteuerung in den Tarifverträgen aus, wie es im ersten Kostendämpfungspaket enthalten war (Art. 47c). Sollte dieser Artikel im</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
			<p>Laufe der parlamentarischen Beratung abgelehnt werden, mit der Begründung, er solle erst beim zweiten Paket des Bundesrates beraten werden, müsste der Entwurf von Art. 47c in der bundesrätlichen Botschaft berücksichtigt werden.</p>
	<p>Art. 54 Kostenziele</p> <p>¹ Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele):</p> <p>a. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;</p> <p>b. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.</p> <p>² Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:</p> <p>a. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;</p> <p>b. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.</p> <p>³ Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:</p> <p>a. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;</p> <p>b. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;</p>	<p>Art. 54 Kostenziele</p> <p>¹ Der Bundesrat legt fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr höchstens ansteigen dürfen (Kostenziele):</p> <p>e. für die gesamten Leistungen in der Schweiz;</p> <p>d. für die einzelnen Kostenblöcke (Art. 54a) in der Schweiz.</p> <p>² Gestützt auf die Kostenziele nach Absatz 1 legt er fest:</p> <p>e. das Kostenziel für jeden Kanton für die gesamten Leistungen;</p> <p>d. eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge, um die diese von den Kostenzielen nach Buchstabe a abweichen können.</p> <p>³ Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge berücksichtigt er namentlich:</p> <p>d. die wirtschaftliche Entwicklung und die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung;</p> <p>e. die Demografie und die Morbidität der Wohnbevölkerung;</p>	<p>Die Festlegung von Kostenzielen (Art. 54 sowie Art. 54a bis d) lehnen wir ab. Der administrative Aufwand steigt mit dem Vorschlag markant an, ohne einen entsprechenden Nutzensgewinn für die Prämienzahlenden. Das beschriebene Verfahren ist kompliziert. Zudem sind die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit nicht geregelt.</p> <p>Unklar bleibt, wie die Leistungserbringer diese Ziele konkret umsetzen sollen. Gibt es Sanktionen, wenn sich ein Leistungserbringer nicht an die Vorgaben hält? Welche Leistungserbringer werden konkret sanktioniert? Zu beachten wäre auch, dass Tarifsenkungen sich oftmals mit Mengenausdehnung kompensieren lassen.</p> <p>Das Ziel, dass die Kosten gesenkt respektive das Wachstum gedämpft werden müssen, ist unbestritten und zu unterstützen. Dabei müssen die Interessen der Prämienzahler massgebend sein und die Bürokratie darf nicht weiter zunehmen. santésuisse schlägt daher folgende Alternative</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>c. den medizinisch-technischen Fortschritt.</p> <p>⁴ Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.</p> <p>⁵ Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.</p>	<p>f. den medizinisch-technischen Fortschritt.</p> <p>⁴ Der Anspruch der Versicherten auf die Übernahme der Kosten der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.</p> <p>⁵ Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung werden regelmässig überprüft.</p>	<p>vor (vgl. Formulierungsvorschlag in Art. 54e):</p> <p>Um den politischen Druck auf die Leistungserbringer zu erhöhen, könnte die auf nationaler Ebene zum Zweck einer generellen Zieldefinition eingesetzte eine ausserparlamentarische Kommission unterstützt werden. Diese würde auf der Basis eines nationalen Leitungs- und Kostenmonitorings für die Kantone und die Fachgebiete Kostenziele vorschlagen und die Zielerreichung evaluieren. Durch eine sinnvolle branchenübergreifende Aufstellung und die nationale Aufhängung dieser Kommission erfolgt ein medialer und politischer Druck auf die Angebotsplanung und die Leistungserbringer.</p>
	<p>Art. 54a Kostenblöcke</p> <p>¹ Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.</p> <p>² Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen.</p> <p>³ Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge</p>	<p>Art. 54a Kostenblöcke</p> <p>¹ Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu.</p> <p>² Die Kantone können innerhalb eines vom Bundesrat festgelegten Kostenblocks weitere Unterteilungen vornehmen.</p> <p>³ Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung und Behandlung dienen, sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge</p>	<p>Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54a zu streichen.</p> <p>Eine Analyse der Kostenentwicklung nach Kostenblöcken (Facharztgruppen, Leistungsarten) ist unbestritten und wird heute schon für verschiedene Zwecke praktiziert.</p> <p>Es stellt sich die Frage, ob bei Arzneimitteln (und auch anderen Amtstarifen) nicht zuerst das Einsparpotential durch entsprechende Preissetzung</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke.</p> <p>⁴ Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.</p>	<p>nach Artikel 46 Absatz 4 abgeschlossen haben, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, bilden eigene Kostenblöcke.</p> <p>⁴ Der Bundesrat kann Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung von der Zuteilung in einen Kostenblock ausnehmen.</p>	<p>(unter Berücksichtigung der Auslandspreise und Margen) ausgeschöpft werden sollte. Insbesondere bei Arzneimitteln müsste der Generika-Anteil in der Schweiz deutlich erhöht werden und auch der Preis für Generika ist in der Schweiz doppelt so hoch wie im europäischen Ausland. Diese Anpassungen wären durch entsprechende Anpassungen heute schon möglich.</p>
	<p>Art. 54b Kostenziele der Kantone</p> <p>¹ Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für:</p> <p>a. die gesamten Leistungen; b. die einzelnen Kostenblöcke.</p> <p>² Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzielen (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält.</p> <p>³ Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele und Kostenblöcke an.</p> <p>⁴ Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das</p>	<p>Art. 54b Kostenziele der Kantone</p> <p>¹ Jeder Kanton legt unter Berücksichtigung der Kriterien nach Artikel 54 Absatz 3 seine Kostenziele fest für:</p> <p>e. die gesamten Leistungen; d. die einzelnen Kostenblöcke.</p> <p>² Er kann von den vom Bundesrat für die Kostenblöcke festgelegten Kostenzielen (Art. 54 Abs. 1 Bst. b) abweichen, soweit er sein vom Bundesrat vorgegebenes kantonales Gesamtkostenziel (Art. 54 Abs. 2 Bst. a) unter Einbezug der Toleranzmarge einhält.</p> <p>³ Die Kantone hören die Leistungserbringer und die Versicherer vor der Festlegung der Kostenziele und Kostenblöcke an.</p> <p>⁴ Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft die Zielerreichung und teilt das</p>	<p>Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54b zu streichen.</p> <p>Der auf nationaler Ebene steigende bürokratische Aufwand akzentuiert sich beim vorgeschlagenen Vorgehen nochmals durch den Einbezug von 26 Kantonen. In jedem Kanton müssen entsprechend Personal und Wissen aufgebaut werden, um die Vorgaben des Gesetzes in den Kantonen umzusetzen.</p> <p>Versicherer und Leistungserbringer (Vertreter der einzelnen Kostenblöcke) müssen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, was das Verfahren zeit- und ressourcenaufwendiger macht.</p> <p>Das Verfahren darf nicht zu kompliziert werden. Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit müssen klar geregelt sein. Was passiert, wenn sich Versicherer, Leistungserbringer und Kantone bei der</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.	Ergebnis den Kantonen mit. Es veröffentlicht das Ergebnis in geeigneter Form.	Festlegung der kantonalen Kostenziele uneinig sind? Es stellt sich zudem die Frage, ob das Festlegen von Kostenzielen auf Ebene Kanton ideal ist. Müssten nicht eher Versorgungs- respektive Kostenregionen gebildet werden?
	<p>Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung</p> <p>¹ Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.</p> <p>² Für die Kostenblöcke nach Artikel 54a Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.</p> <p>³ Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.</p> <p>⁴ Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.</p>	<p>Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung</p> <p>¹ Der Bundesrat legt die Kostenziele spätestens zwölf Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.</p> <p>² Für die Kostenblöcke nach Artikel 54a Absatz 3 legt er die Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.</p> <p>³ Jeder Kanton legt seine Kostenziele spätestens sechs Monate vor Beginn des Kalenderjahres fest, für das sie gelten sollen.</p> <p>⁴ Legt ein Kanton seine Kostenziele nicht rechtzeitig fest, so gelten die vom Bundesrat festgelegten Kostenziele ohne die Toleranzmarge.</p>	<p>Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54c zu streichen.</p> <p>Ziele werden festgelegt, ohne die tatsächliche Entwicklung zu kennen respektive prognostizieren zu können. Prognosen im Gesundheitswesen sind extrem schwierig. Die in den letzten Monaten gemachten Erfahrungen mit Covid 19 haben nochmals verdeutlicht, wie schwierig Prognosen sind.</p> <p>Stark steigende Bürokratie und Aufwand bei Bund und 26 Kantonen führen zudem zu Planwirtschaft.</p>
	Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele	Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele	Mit Streichung von Art. 54 ist auch Art. 54d zu streichen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>¹ Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4.</p> <p>² Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:</p> <p>a. gesenkte Tarife festlegen; b. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen; c. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festlegen.</p> <p>³ Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:</p> <p>a. generell;</p>	<p>¹ Liegen die effektiven Kostensteigerungen in einem Jahr über den vom Kanton festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifverträge von den Tarifpartnern so angepasst werden, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4.</p> <p>² Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder vereinbaren sie Massnahmen, die für die Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann die Kantonsregierung folgende Massnahmen verfügen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:</p> <p>d. gesenkte Tarife festlegen; e. Tarifsenkungen in Abhängigkeit der Leistungsmenge festlegen; f. für ambulant und ausserhalb eines Spitals erbrachte ärztliche Leistungen nach Fachrichtung und Art der Leistungserbringer abgestufte Tarife festlegen.</p> <p>³ Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen nach Artikel 52 in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so kann das EDI die Tarife und Preise wie folgt senken, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:</p> <p>d. generell;</p>	<p>Diverse Analysen zu Kostendaten zeigen, dass nicht in erster Linie Preissteigerungen verantwortlich sind für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (stabile Taxpunktwerte, relativ stabile Baserates). Vielmehr sind das Mengenwachstum sowie die Erbringung immer teurerer Leistungen ursächlich für Kostensteigerungen.</p> <p>In der ZHAW-Studie «Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen Schlussbericht» wurde das Einsparpotential ermittelt.</p> <p>Folgende Hinweise und Fragen bleiben im Entwurf offen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anpassung Tarifvertrag ist mehr als nur Änderung des Taxpunktwertes • Wie gross ist die Zahl der zu erwarteten Festsetzungsverfahren? • Stark steigende Bürokratie und Aufwände (Personal und Finanzen) • Gibt es Sanktionen bei Nichteinhaltung der Vorgaben für einzelne Leistungserbringer? • Berücksichtigung der Vorgaben zu den Kostenzielen schon in den Tarifverträgen verankern?

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>b. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen;</p> <p>c. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen.</p> <p>⁴ Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Begründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen.</p> <p>⁵ Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren</p>	<p>e. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einem oder mehreren Leistungsbereichen;</p> <p>f. in Abhängigkeit der Leistungsmenge in einer oder mehreren therapeutischen Gruppen.</p> <p>⁴ Liegen die effektiven Kostensteigerungen bei Leistungen, für die vom Bundesrat nach Artikel 46 Absatz 4 genehmigte Tarifverträge abgeschlossen wurden, in denen gesamtschweizerisch einheitliche Tarife vereinbart wurden, in einem Jahr über den vom Bundesrat festgelegten Kostenzielen, so müssen die Tarifpartner die Tarifverträge so anpassen, dass darin hinreichende Massnahmen zur Senkung der Kosten vorgesehen werden. Die Genehmigung des angepassten Tarifvertrags richtet sich nach Artikel 46 Absatz 4. Können sich die Tarifpartner nicht über Massnahmen zur Senkung der Kosten einigen oder wird die Genehmigung des Tarifvertrags mit der Begründung abgelehnt, dass die Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele unzureichend sind, so kann das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2 erlassen.</p> <p>⁵ Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren</p>	

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien.</p> <p>⁶ Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.</p>	<p>getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien.</p> <p>⁶ Die Kantone teilen dem BAG mit, welche Massnahmen sie getroffen haben. Das BAG veröffentlicht diese.</p>	
	<p>Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:</p> <p>² [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...]</p> <p>³ [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:</p> <p>⁴ [...] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2.</p> <p>⁵ Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.</p>	<p>Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:</p> <p>² [...], so verfügt die Kantonsregierung folgende Massnahmen, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen: [...]</p> <p>³ [...], so senkt das EDI die Tarife und Preise wie folgt, um die Einhaltung der Kostenziele sicherzustellen:</p> <p>⁴ [...] so erlässt das EDI Massnahmen im Sinne von Absatz 2.</p> <p>⁵ Die zuständigen Behörden berücksichtigen bei ihren Massnahmen namentlich die Kostenentwicklung und die Ergebnisse der in den Vorjahren getroffenen Massnahmen sowie aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien. Im Falle von aussergewöhnlichen Ereignissen wie Epidemien können sie auf Massnahmen verzichten.</p>	<p>Mit Streichung von Art. 54 ist auch Variante 2 zu Art. 54d zu streichen.</p> <p>Die Beurteilung muss abhängig von konkreten Umsetzungsmassnahmen erfolgen. Insgesamt ist Variante 2 abzulehnen.</p> <p>Es droht auch hier eine grosse Administration und Bürokratie, insbesondere, wenn jeder Kanton andere Massnahmen beschliesst.</p>
	<p>Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele</p>	<p>Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele</p>	<p>Um den politischen Druck auf die Leistungserbringer zu erhöhen, könnte die auf nationaler Ebene zum</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag <i>santésuisse</i>	Bemerkungen
	<p>¹ Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission für Kostenziele ein.</p> <p>² Die Kommission berät den Bundesrat bei der Festlegung der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke.</p> <p>³ Der Bundesrat ernennt die Mitglieder der Kommission. Er sorgt für eine angemessene Vertretung der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer, der Versicherten sowie von Fachleuten.</p>	<p>¹ Der Bundesrat setzt eine eidgenössische Kommission <u>für das Monitoring der Kostenentwicklung Kostenziele</u> ein.</p> <p>² Die Kommission <u>evaluiert systematisch die Kostenentwicklung der einzelnen Leistungen und Leistungserbringer. Sie berät den Bundesrat bei der Festlegung von Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung der Kostenziele, der Toleranzmarge und der Kostenblöcke.</u></p>	<p>Zweck einer generellen Zieldefinition eingesetzte ausserparlamentarische Kommission unterstützt werden. Diese würde auf der Basis eines nationalen Leitungs- und Kostenmonitorings für die Kantone und die Fachgebiete Kostenziele vorschlagen und die Zielerreichung evaluieren. Bereiche, die von der Kommission aufgrund eines nicht erklärbaren oder überdurchschnittlichen Wachstums identifiziert wären, müssten systematisch analysiert werden. Die Kommission könnte spezifische Massnahmen zur Eindämmung des Wachstums in diesen Bereichen vorschlagen. Durch eine sinnvolle branchenübergreifende Aufstellung und die nationale Aufhängung dieser Kommission erfolgt ein medialer und politischer Druck auf die Angebotsplanung und die betroffenen Leistungserbringer.</p>
<p>Art. 55 Tariffestsetzung durch die Genehmigungsbehörde</p> <p>¹ Steigen die durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für ambulante oder stationäre Behandlung doppelt so stark an wie die allgemeine Preis- und Lohnentwicklung, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht wer-</p>	<p>Art. 55</p> <p><i>Aufgehoben</i></p>	<p>Art. 55</p> <p><i>Aufgehoben</i></p> <p>¹ Betreffen die von der Kommission vorgeschlagenen Massnahmen Tarife oder Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen, so kann die zuständige Behörde verordnen, dass die Tarife oder die Preise für sämtliche oder bestimmte Leistungen nicht erhöht werden dürfen, solange der relative</p>	<p>Art. 55 in Zusammenhang mit Art. 54e sorgt dafür, dass die Behörden, die Möglichkeit haben, die von der Kommission vorgeschlagenen Massnahmen auch umzusetzen. .</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>den dürfen, solange der relative Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.</p> <p>² Zuständig ist:</p> <p>a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;</p> <p>b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;</p> <p>c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.</p>		<p>Unterschied in der jährlichen Zuwachsrate mehr als 50 Prozent gemessen an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung beträgt.</p> <p>² Zuständig ist:</p> <p>a. der Bundesrat bezüglich der von ihm genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4;</p> <p>b. das Departement bezüglich der Tarife oder Preise nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe a Ziffern 1 und 2 sowie Buchstabe b;</p> <p>c. die Kantonsregierung bezüglich der von ihr genehmigten Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4.</p>	
<p>Art. 64</p> <p>⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:</p> <p>b. Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.</p>	<p>Art. 64</p> <p>⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:</p> <p>b. Leistungen nach den Artikeln <u>25</u>, <u>25a</u>, <u>27</u>, <u>28</u> und <u>30</u>, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;</p>	<p>Art. 64</p> <p>⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:</p> <p>b. Leistungen nach den Artikeln <u>25</u>, <u>25a</u> <u>27</u>, <u>28</u> und <u>30</u>, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;</p>	<p>Mit den Präzisierungen zu den Leistungen bei Schwangeren, bei welchen die Kostenbeteiligung entfällt, ist der Interpretationsspielraum betreffend diese Bestimmung deutlich geringer geworden. Weshalb auch Leistungen bei einem Unfall sowie bei Geburtsgebrechen von der Kostenbeteiligung befreit sein sollen, ist sachlich schwer zu begründen. Dies führt zu weiteren Ungleichbehandlungen, einerseits zwischen schwangeren und nicht-schwangeren Frauen, andererseits aber auch zwischen Schwangeren mit ordentlicher Franchise und solchen mit Wahlfranchise, die trotz stark unterschiedlicher Prämie weitgehend dieselbe Versicherungsdeckung haben. Deshalb muss</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	c. <u>Leistungen der Erstberatungsstelle, die mit der Pauschale nach Artikel 40c als abgedeckt gelten.</u>	e. Leistungen der Erstberatungsstelle, die mit der Pauschale nach Artikel 40c als abgedeckt gelten.	der Bezug zu Art. 27 und 28 gestrichen werden. Da wir die Erstberatungsstelle ablehnen, ist auch Art. 64 lit. c zu streichen.
	II		
	Die Änderung anderer Erlasse wird im Anhang geregelt.		
	III		
	<p>Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...</p> <p>¹ Bis sich ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzeln Verträge über die Qualitätsentwicklung mit den Verbänden der Versicherer nach Artikel 58a gemäss der Änderung vom 21. Juni 2019 ab.</p> <p>² Ärzte und Ärztinnen, die mindestens während der zwei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... zugelassen und in der medizinischen Grundversorgung tätig waren, ohne über einen der Weiterbildungstitel nach Artikel 40a Absatz 3 Buchstabe a zu verfügen, können die Funktion einer Erstberatungsstelle nach Artikel 40a Absatz 3 ausüben, wenn sie die</p>	<p>Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ...</p> <p>¹ Bis sich ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen die Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzeln Verträge über die Qualitätsentwicklung mit den Verbänden der Versicherer nach Artikel 58a gemäss der Änderung vom 21. Juni 2019 ab.</p> <p>² Ärzte und Ärztinnen, die mindestens während der zwei Jahre vor dem Inkrafttreten der Änderung vom ... zugelassen und in der medizinischen Grundversorgung tätig waren, ohne über einen der Weiterbildungstitel nach Artikel 40a Absatz 3 Buchstabe a zu verfügen, können die Funktion einer Erstberatungsstelle nach Artikel 40a Absatz 3 ausüben, wenn sie die</p>	<p>Netzwerke sollten nur dann Leistungen abrechnen dürfen, wenn sie über einen Vertrag mit dem jeweiligen Versicherer verfügen. Folglich erachten wir diese Bestimmung als obsolet.</p> <p>Da wir Art. 40a ablehnen, ist auch diese Bestimmung obsolet.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderweitig erworben haben.</p> <p>³ Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1^{bis} entsprechen.</p> <p>⁴ Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3^{ter} einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.</p> <p>⁵ Die statistischen Grundlagen zur Einführung der Kostenziele nach den Artikeln 54–54e müssen spätestens für das zweite Jahr nach Inkrafttreten der Änderung vom... von den Versicherern dem BAG zur Verfügung gestellt werden.</p> <p><i>Variante 2 zu Art. 54d: Muss-Bestimmung statt Kann-Bestimmung:</i></p> <p>⁶ Die zuständige Behörde ist verpflichtet, spätestens für das achte Jahr</p>	<p>spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderweitig erworben haben.</p> <p>³ Die kantonalen Referenztarife für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Änderung vom ... den Anforderungen nach Artikel 41 Absatz 1^{bis} entsprechen.</p> <p>⁴ Können sich die Parteien nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... auf einen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen nach Artikel 42 Absatz 3^{ter} einigen, so legt der Bundesrat den Standard fest.</p>	<p>Grundsätzlich wäre diese Bestimmung zu unterstützen. Allerdings löst auch diese Bestimmung das Problem nicht, dass verschiedene Kantone Protektionismus mit sehr tiefen Referenztarifen betreiben.</p> <p>Eine für Laien verständliche Rechnung muss Teil digitalisierter Prozesse sein. Lösungen dazu müssen von allen Stakeholdern unterstützt und getragen werden. Mit dem digitalen Datenaustausch „SHIP“ existiert bereits eine Lösung, welche sich nicht nur auf die Rechnung beschränkt und die Digitalisierung in allen Prozessen im administrativen Bereich unterstützt. Deshalb kann diese Bestimmung gestrichen werden.</p> <p>Die Kostendaten werden von den Versicherern bereits heute bei verschiedenen Gelegenheiten an verschiedene Empfänger geliefert. Die Daten können wohl einfach von der SASIS AG zur Verfügung gestellt werden, wie das heute schon für das Kostenmonitoring des BAG geschieht.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>nach Inkrafttreten der Änderung vom ... bei Überschreitung der Kostenziele Massnahmen nach Artikel 54d zu treffen.</p> <p>⁷ Beträge, die die Inhaberinnen der Zulassung als Rückerstattungen infolge der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste gemäss bisherigem Recht dem Insolvenzfonds zurückerstattet haben, werden beim Inkrafttreten der Änderung vom... dem Fonds für Rückerstattungen nach Artikel 18 Absatz 2^{septies} Buchstabe b KVG übertragen.</p>		<p>Wer ist die zuständige Behörde? Massnahmen werden in Art. 54d beschrieben. Eine Behörde sollte nur dann eingreifen, wenn sich die Tarifpartner nicht einig sind.</p>
	<p>IV</p>		
	<p>¹ Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.</p> <p>² Es ist der indirekte Gegenvorschlag zur Volksinitiative vom 10. März 2020 «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)».</p> <p>³ Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.</p>		<p>Keine Bemerkung.</p>
	<p>Änderung anderer Erlasse</p> <p><i>Die nachstehenden Erlasse werden wie folgt geändert:</i></p>		

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung		
<p>Art. 14 Umfang der Massnahmen</p> <p>¹ Die medizinischen Massnahmen umfassen:</p> <p>a. die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien;</p> <p>b. die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien.</p>	<p>Art. 14 <u>Umfang der medizinischen Massnahmen und Voraussetzungen für die Leistungsübernahme</u></p> <p>¹ Die medizinischen Massnahmen umfassen:</p> <p>a. <u>die Behandlungen und die dazugehörenden Untersuchungen, die ambulant oder stationär, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Ärztinnen oder Ärzten,</u> 2. <u>Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren,</u> 3. <u>Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes beziehungsweise einer Chiropraktorin oder eines Chiropraktors Leistungen erbringen;</u> <p>b. <u>medizinische Pflegeleistungen, die ambulant erbracht werden;</u></p> <p>c. <u>die ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktorinnen oder Chiropraktoren verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;</u></p> <p>d. <u>die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;</u></p>		<p>Die Absätze 1, 3 und 4 entsprechen dem Beschluss des Parlaments im Rahmen des Geschäfts 17.022 (Weiterentwicklung der IV) – einverstanden, keine Bemerkungen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>² Erfolgt die ärztliche Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt, so hat der Versicherte überdies Anspruch auf Unterkunft und Verpflegung in der allgemeinen Abteilung. Begibt sich der Versicherte in eine andere Abteilung, obwohl die Massnahme in der allgemeinen Abteilung durchgeführt werden könnte, so hat er Anspruch auf Ersatz der Kosten, die der Versicherung bei Behandlung in der allgemeinen Abteilung entstanden wären.</p> <p>³ Beim Entscheid über die Gewährung von ärztlicher Behandlung in Anstalts- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.</p>	<p>e. <u>den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;</u></p> <p>f. <u>die Leistung der Apothekerinnen und Apotheker bei der Abgabe von nach Buchstabe c verordneten Arzneimitteln;</u></p> <p>g. <u>die medizinisch notwendigen Transportkosten.</u></p> <p>² Für medizinischen Massnahmen gilt Artikel 32 KVG sinngemäss. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.</p> <p>³ Die Versicherung übernimmt keine Kosten für logopädische Massnahmen.</p> <p>⁴ Beim Entscheid über die Gewährung von ambulanten oder stationären medizinischen Behandlungen ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin und auf</p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p> <p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	die persönlichen Verhältnisse der Versicherten in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen.		
	<p>Art. 14^{ter} Bezeichnung der Leistungen</p> <p>¹ Der Bundesrat bestimmt:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die Voraussetzungen der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 Absatz 3; b. die Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Artikel 13 gewährt werden; c. die medizinischen Pflegeleistungen, für die die Kosten übernommen werden. <p>² Er kann vorsehen, dass die Kosten für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 übernommen werden, die den Grundsätzen nach Artikel 14 Absatz 2 nicht entsprechen, wenn diese Massnahmen für die Eingliederung notwendig sind. Er bestimmt Art und Umfang der Massnahmen.</p> <p>³ Er kann die Vergütung von Arzneimitteln regeln, die:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. angewendet werden: <ul style="list-style-type: none"> 1. ausserhalb der durch das Schweizerische Heilmittelinstitut zugelassenen Fachinformation, oder 		Die Absätze 1 bis 5 entsprechen dem Beschluss des Parlaments im Rahmen des Geschäfts 17.022 (Weiterentwicklung der IV) – einverstanden, keine Bemerkungen.

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>2. ausserhalb des Indikationsbereichs, der in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste festgehalten ist;</p> <p>b. in der Schweiz zugelassen sind, jedoch nicht in der Spezialitätenliste oder in der gestützt auf Absatz 5 erstellten Liste aufgenommen sind; oder</p> <p>c. in der Schweiz nicht zugelassen sind.</p> <p>⁴ Er kann die Aufgaben nach den Absätzen 1–3 dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) oder dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) übertragen.</p> <p>⁵ Das zuständige Bundesamt erstellt eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen nach Artikel 13, einschliesslich der Höchstpreise, sofern sie nicht bereits auf der Spezialitätenliste nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b KVG aufgeführt sind.</p> <p>⁶ Bei der Festlegung des Preises der Arzneimittel nach Absatz 5 kann das zuständige Bundesamt, soweit dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32 KVG erforderlich ist, für die Inhaberin der Zulassung die Pflicht vorsehen, einen Teil des Arz-</p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
	<p>neimittelpreises dem IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 zurückzuerstaten.</p> <p>⁷ Der Bundesrat regelt:</p> <p>a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgesehen werden können;</p> <p>b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung.</p> <p>⁸ Der Zugang zu amtlichen Dokumenten nach Artikel 5 des Öffentlichkeitsgesetzes vom 17. Dezember 2004 wird verweigert, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen nach den Absätzen 6 und 7 betreffen.</p>	<p>⁷ Der Bundesrat regelt:</p> <p>a. die Voraussetzungen, unter denen Rückerstattungen nach Absatz 6 vorgesehen werden können;</p> <p>b. die Berechnung und die Modalitäten der Rückerstattung.</p>	<p>Da Art. 52b KVG abgelehnt wird, ist hier Art. 14^{ter} Absatz 7 ebenfalls zu streichen.</p> <p>Einverstanden, keine Bemerkungen</p>
	<p>Art. 47b Elektronische Rechnungsstellung</p> <p>Das BSV bezeichnet die Leistungserbringer, die ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben. Der Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung richtet sich dabei nach dem Standard nach Artikel 42 Absatz 3^{ter} KVG.</p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>
	<p>Krankenversicherungsaufsichtsgesetz vom 26. September 2014</p>		
<p>Art. 48 Finanzierung des Insolvenzfonds</p>	<p>Art. 48</p>		<p>Einverstanden, keine Bemerkungen.</p>

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Geltendes Recht	Entwurf Änderung	Vorschlag santésuisse	Bemerkungen
<p>Der Insolvenzfonds wird finanziert durch:</p> <p>c. Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren und von den Pharmaunternehmen an die gemeinsame Einrichtung zurückerstattet werden.</p>	<p><i>Aufgehoben</i></p>		

Änderung des KVG (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

Vielen Dank für die Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für allfällige Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse
Direktion



Verena Nold
Direktorin santésuisse

Abteilung Grundlagen



Dr. Christoph Kilchenmann
Leiter Abteilung Grundlagen