



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit

Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Bern, 21.8.2019

Inhaltsverzeichnis

1	AUSGANGSLAGE	3
2	STELLUNGNAHMEN	4
3	ÜBERSICHT	4
4	ZUSAMMENFASSUNG DER STELLUNGNAHMEN	5
4.1	Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen	5
4.2	Stellungnahmen zu Artikel 42 Absatz 3 dritter Satz und Artikel 59 Sachüberschrift, Abs. 1 erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g (Rechnungskopie inkl. Sanktionierung)	5
4.3	Stellungnahmen zu Artikel 43 Absatz 5 erster Satz (M15 Pauschalen fördern)	8
4.4	Stellungnahmen zu Artikel 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen inkl. Übergangsbestimmung (M34 Tariforganisation)	10
4.5	Stellungnahmen zu Artikel 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen (M25 Datenbekanntgabe)	11
4.6	Stellungnahmen zu Artikel 47c Massnahmen zur Steuerung der Kosten inkl. Übergangsbestimmung	13
4.7	Stellungnahmen zum Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22)	15
4.7.1	Artikel 44 Abs. 1 zweiter Satz und Artikel 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1 ^{bis} und 3	18
4.7.2	Artikel 52a Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis	19
4.7.3	Artikel 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis inkl. Übergangsbestimmung ..	20
4.8	Stellungnahmen zu Artikel 53 Abs. 1 ^{bis} (Beschwerderecht Versicherer)	22
4.9	Stellungnahmen zu Artikel 59b (M02 Experimentierartikel)	24
4.10	Stellungnahmen zum MVG, UVG und IVG	26
4.11	Nicht weiter verfolgte Massnahmen	28
4.11.1	M35 Unabhängige Rechnungskontrollbehörde	28
4.11.2	M09 Rechnungskontrolle verstärken	28
4.11.3	M36 Unabhängige Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsbehörde (Governance Konflikt der Kantone)	28
4.11.4	M16 Skaleneffekte in der Tarifstruktur	28
4.12	Weitere Vorschläge	28
ANHANG: LISTE DER VERNEHMLASSUNGSTEILNEHMER		31

1 Ausgangslage

Am 14. September 2018 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, bis am 14. Dezember 2018 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft und den anderen interessierten Kreisen eine Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 durchzuführen.

In der Vernehmlassungsvorlage wurden zwölf Massnahmen in den Bereichen Experimentierartikel, Rechnungskontrolle, Tarife und Kostensteuerung, Reduktion Governance-Konflikte der Kantone und Referenzpreissystem geprüft. Anschliessend wurden zu 8 Massnahmen Anpassungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vorgeschlagen. Mit den Anpassungen im KVG wurden auch im Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG), im Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) und im Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG) entsprechende Anpassungen vorgeschlagen. Dabei wurden die Besonderheiten dieser Sozialversicherungszweige berücksichtigt, insbesondere die fehlende Genehmigungs- und Anpassungskompetenz des Bundesrates.

Konkret wurden folgende Gesetzesanpassungen vorgeschlagen:

1. Einführung eines **Experimentierartikels**, welcher innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglicht. (M02)
2. Zwingende **Rechnungskopie** des Leistungserbringers für die versicherten Personen inkl. Sanktionsmöglichkeiten. (Vorschlag EDI)
3. Schaffung einer **Tariforganisation im ambulanten Bereich**, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der ambulanten Tarifstrukturen zuständig ist. (M34)
4. Pflicht der Leistungserbringer und Versicherer, dem Bundesrat diejenigen **Daten** kostenlos bekanntzugeben, die für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind (inkl. Sanktionsmöglichkeit). (M25)
5. Leistungserbringer und Versicherer sehen in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen **Massnahmen zur Steuerung der Kosten** vor. Die Verträge sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten, und bei Nichteinigung legt der Bundesrat die Massnahmen fest. (Basierend auf Pa.IV. 17.402)
6. Auf ambulante Behandlungen bezogene **Patientenpauschaltarife** müssen gleich wie Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur beruhen. Die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates zur Anpassung und Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen werden auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife ausgeweitet. (M15)
7. Für Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung soll ein maximaler Preis (Referenzpreis) festgelegt werden. Nur dieser **Referenzpreis** wird von der OKP vergütet. Damit die versicherten Personen nicht übermässig belastet werden, wird ein Höchstpreis festgelegt, den die Leistungserbringer in Rechnung stellen dürfen. In Anlehnung an Referenzpreissysteme im Ausland werden zwei Varianten zur Diskussion gestellt. (M22)
8. Das **Beschwerderecht** gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung wird erweitert auf Organisationen der Versicherer von nationaler oder regionaler Bedeutung, die sich gemäss ihren Statuten und im Rahmen dieses Gesetzes dem Schutz der Interessen ihrer Mitglieder widmen. (Vorschlag EDI)
9. **UVG/MVG/IVG**: Parallele oder ähnliche Ausgestaltung wie im KVG betreffend Massnahmen zur Steuerung der Kosten sowie Datenlieferungspflicht

2 Stellungnahmen

Im Rahmen der Vernehmlassung sind 150 Stellungnahmen von folgenden Organisationen und Personen eingegangen:

- allen Kantonen sowie der GDK
- 7 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (BDP, CVP, glp, GPS, FDP, SPS, SVP)
- der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB), dem Schweizerischen Städteverband [SSV (Zürich) und SSV (Basel)], dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) sowie der Stadtkanzlei Biel (Biel)
- 6 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (ASSGP, economiesuisse, SAV, SGB, SGV-USAM, scienceindustries, CP) und 1 regionalen Dachverband der Wirtschaft (FER)
- 2 Konsumentenverbänden (FRC, SKS)
- 7 Patientenverbänden (DVSP, IGPZ, Krebsliga, oncosuisse, Pro Aidants, SPO, VASK)
- 64 betroffenen Leistungserbringerverbänden (AGPKJP, AllKidS, APA, Argomed, ARLD, ASPS, BBV+, BFG, ChiroSuisse, CURAVIVA, Dakomed, FAMH, FMCH, FMH, FSP, GSASA, H+, IFAK, IG Schweizer Pharma KMU, Intergenerika, iph, K3, Merck, mfe, MSN, Kinder- und Jugendmedizin, OdA KT, pharmalog, pharmaSuisse, physioswiss, P.IP, PKS, RVBB, SBK, SBV, senesuisse, SGAIM, SGC, SGAP, SGDv, SGG/IBDnet/CCS, SGKJPP, SGPP, SGS, SMHC, SOG, Spitex, SSO, SVBG, SVDE, SVKH, swiss orthopaedics, orthoptics, UNION, unimedsuisse, VDPS, VIPs, VLSS, VSAO, VSVA, VUA, ZGKJPP, Zur Rose)
- der KKA und 9 kantonalen Ärztesgesellschaften (BEKAG, BüAeV, AAV, AGZ, AeGLU, AeGBL, GAeSO, SVM, SMVS)
- 5 Versichererverbänden (curafutura, HSK, MTK, santésuisse, SVV) und 3 Versicherern (CSS, Groupe Mutuel, Helsana)
- 8 anderen (GELIKO, GFCH, HKBB, IG eHealth, MediData, SAKK/SPOG, SCTO) und 5 Privatpersonen

3 Übersicht

Im Folgenden werden die Rückmeldungen zu jeder Massnahme in der Vernehmlassungsvorlage kurz zusammengefasst:

Zu der Massnahme **«Rechnungskopie für die Versicherten»** haben sich insgesamt 109 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer Mehrheit begrüsst. Kritisiert wurde die Massnahme teilweise von den Leistungserbringern, aber auch die Kantone und die Versicherer schlagen gewisse Anpassungen vor.

Zu der Massnahme **«M15 Pauschalen fördern»** haben sich insgesamt 106 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Kantone sowie die Konsumenten- und Patientenverbände befürworten die Massnahme grundsätzlich, die politischen Parteien und Versicherer sprechen sich mehrheitlich dagegen aus. Die Leistungserbringerverbände sind geteilter Meinung.

Zu der Massnahme **«M34 Schaffung nationales Tarifbüro (Tariforganisation)»** haben sich insgesamt 114 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme hat von allen Seiten grosse Zustimmung erfahren, insbesondere auch von den Leistungserbringern. Die Notwendigkeit der Schaffung einer nationalen Organisation im ambulanten Bereich zur Lösung der bestehenden Blockaden wird allgemein anerkannt, und die Sanktionsmöglichkeiten werden mehrheitlich begrüsst. Gleichwohl werden auch viele kleinere Anpassungsvorschläge gemacht.

Zu der Massnahme **«M25 Tarifstruktur aktuell halten (Datenbekanntgabe)»** haben sich insgesamt 104 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Einführung einer Datenlieferungspflicht wird grundsätzlich begrüsst, insbesondere mit der Begründung, dass Daten eine regelmässige Aktualisierung der Tarifstrukturen ermöglichen und Transparenz schaffen. Es gibt allerdings auch einige kritische Stimmen, vor allem von Seiten der Leistungserbringer.

Zu der Massnahme **«Massnahmen zur Steuerung der Kosten»** haben sich insgesamt 107 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Sie wurde von einer knappen Mehrheit (vor allem Leistungserbringer und ein Teil der Versicherer) abgelehnt. Demgegenüber wurde sie vor allem von Kantonen und politischen Parteien begrüsst, jedoch mit diversen Änderungsvorschlägen.

Zum **«Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22)»** haben sich 102 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wird kontrovers beurteilt. Mehr als zwei Drittel der Stellungnehmenden lehnen die Massnahme ab. Zu den Hauptkritikern gehören insbesondere die Pharmaverbände, die Leistungserbringer, die Kantone sowie die Wirtschaftsverbände. Für die Einführung eines solchen Systems sprechen sich vor allem die Parteien, die Versicherer, die Konsumenten- und Patientenverbände aus. Die Akteure haben sich in unterschiedlichem Detaillierungsgrad zum Vorschlag geäussert, weshalb zu einigen Artikeln nur Rückmeldungen von wenigen Stellungnehmergruppen vorliegen (hauptsächlich Versicherer und Leistungserbringer).

Zu der Massnahme **«Beschwerderecht für Versichererverbände gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen nach Artikel 39 KVG»** haben sich insgesamt 88 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Die Massnahme wurde von einer Mehrheit abgelehnt, insbesondere von den Kantonen und den Leistungserbringern. Von den politischen Parteien und den Versicherern wird sie begrüsst.

Zum **«Experimentierartikel (M02)»** haben sich 132 Vernehmlassungsteilnehmer geäussert. Eine grosse Mehrheit begrüsst die Massnahme im Grundsatz. Abgelehnt wird die Massnahme von einem Teil der Leistungserbringer, insbesondere einigen kantonalen Ärztegesellschaften. Insgesamt äusserten sich 47 Vernehmlassungsteilnehmer zu den **«Massnahmen im MVG, UVG und IVG»**. Die Mehrheit, insbesondere die Leistungserbringer und die Kantone, lehnt die Massnahmen ab.

Zu den Massnahmen, zu welchen in der Vernehmlassungsvorlage keine Gesetzesanpassungen vorgeschlagen wurden (*M35 Unabhängige Rechnungskontrollbehörde, M09 Rechnungskontrolle stärken, M36 Unabhängige Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsbehörde, M16 Skaleneffekte in der Tarifstruktur*), haben sich nur sehr wenig Vernehmlassungsteilnehmer geäussert.

4 Zusammenfassung der Stellungnahmen

4.1 Stellungnahmen zur Vorlage im Allgemeinen

In viele Stellungnahmen werden die Bemühungen des Bundesrates zur Dämpfung der Kostenentwicklung begrüsst oder verständnisvoll beurteilt. Kritik wird von verschiedener Seite geäussert. Die Versicherer stellen das Kostendämpfungspotenzial in Frage. Die Kantone, politischen Parteien und die Wirtschaftsverbände weisen auf die Gefahr von Wechselwirkungen mit anderen geplanten oder laufenden Revisionen hin. Die Gesamtsicht auf das System müsse gewahrt werden. Die Kantone befürchten zudem negative Auswirkungen auf andere Finanzierer und die Versorgung. Die Leistungserbringer kritisieren den einseitigen Fokus der Vorlage auf die Kosten und geben mögliche negative Konsequenzen auf die Versorgungsqualität und -sicherheit zu bedenken. Die Vorlage sei ein verstecktes Globalbudget, begünstige die Bürokratie und setze zu stark auf staatliche Steuerung. Die letzten beiden Punkte bringen auch die Versicherer vor.

4.2 Stellungnahmen zu Artikel 42 Absatz 3 dritter Satz und Artikel 59 Sachüberschrift, Abs. 1 erster Satz sowie Abs. 3 Bst. g (Rechnungskopie inkl. Sanktionierung)

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **109 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit begrüsst**. Kritisiert wurde die Massnahme teilweise von den Leistungserbringern, aber auch die Kantone und die Versicherer schlagen gewisse Anpassungen vor.

Die **GDK und praktisch alle Kantone** stimmen der Zielsetzung dieser Massnahme zu: Die Transparenz über die abgerechneten Leistungen und ihre Kosten soll erhöht werden, um das Kostenbewusstsein der Versicherten zu stärken. Die vorgeschlagene Regelung erachten sie aber als ungeeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie würde zu einem massiven Mehraufwand bei den Leistungserbringern führen, ohne einen erheblichen zusätzlichen Nutzen zu bringen, da die Rechnungsinhalte für die versicherten Personen schwierig zu interpretieren sind. Sie schlagen daher vor, anstelle des Versands einer Rechnungskopie an die versicherte Person ein Auskunftsrecht zu schaffen, das den versicherten Personen auf Anfrage ein Anrecht auf Information durch den Leistungserbringer zu den abgerechneten Leistungen und deren Kosten einräumt. Zudem sollten die Versicherer auf der Leistungsabrechnung ergänzend zu heute den vom Kanton getragenen Anteil aufführen. Mit dieser Alternative könnte aus ihrer Sicht das Ziel der Massnahme erreicht werden, ohne das System mit erheblichem administrativen Mehraufwand zu belasten.

Die **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** stimmen der Massnahme alle zu. Die **glp** befürchtet jedoch, dass der Anstieg der Verwaltungskosten bei Leistungserbringern und Versicherern nicht mit entsprechenden Kosteneinsparungen einhergeht. Aus ihrer Sicht muss sichergestellt werden, dass die versicherte Person die Rechnung liest und versteht und dass sie einen Anreiz hat, falsche Rechnungen beim Versicherer zu beanstanden. Die Versicherer wiederum müssen die falschen Rechnungen beim Leistungserbringer beanstanden, und die Rückforderungen falscher Rechnungen dürfe nicht mehr kosten als der eingesparte Fehlbetrag. Auch die Motion Grossen (18.3664) «Digitalisierung auch im Gesundheitswesen» muss gemäss **glp** rasch umgesetzt werden. Die **FDP** stimmt der Massnahme zu, sofern die Übermittlung der Rechnung an den Patienten elektronisch erfolgt, und dafür gesorgt wird, dass die Rechnungen besser lesbar gemacht werden. Aus Sicht der **CVP** muss die Kontrolle der Leistungserbringer durch das Bundesamt für Gesundheit erfolgen und nicht durch die Versicherer. Zudem müssen die Sanktionsmassnahmen bei Nichteinhaltung auf Verordnungsstufe präzisiert werden. Auch die **SPS** setzt sich dafür ein, dass die Rechnungen besser verständlich gemacht werden. Dazu brauche es auch eine Stärkung der Patienten- und Konsumentenorganisationen, damit sie die Patienten und Patientinnen unterstützen können.

Die **SAB** begrüsst einen stärkeren Einbezug der versicherten Personen in die Rechnungskontrolle. Allerdings weist sie darauf hin, dass die Verständlichkeit der Rechnungen eine Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit der vorgesehenen Massnahme ist und fordert deswegen parallel dazu eine grundlegende Vereinfachung des Tarmed. Der **SSV (Basel)** schliesst sich der Stellungnahme der GDK an. Der **SSV (Zürich)** befürchtet, dass der Versand von 130 Millionen Papierrechnungen per Post zu einem Kosten- und Prämienschub führt. Stattdessen sollen höhere Standards für einen elektronischen Versand oder eine elektronische Ablage entwickelt werden, um einen aufwändigen und ökologisch unsinnigen Papierversand zu vermeiden.

Die **Dachverbände der Wirtschaft** begrüssen die Massnahme grundsätzlich, zeigen sich aber in gewissen Punkten auch skeptisch. Der **SGV-USAM** kann der Massnahme nur unter der Bedingung zustimmen, dass der Versand in elektronischer Form erfolgen kann. Er hat zudem ernsthafte Zweifel daran, ob die Massnahme tauglich ist, das Kostenwachstum auch nur geringfügig einzudämmen. Auch die **FER** und der **SGB** sprechen sich für die elektronische Übermittlung aus. **economiesuisse** unterstützt die Massnahme, weil sie die Transparenz und die Eigenverantwortung stärkt. Der **SGB** erachtet es weiter für wichtig, dass im Rahmen dieser Revision auch die Rolle der Patienten-/Konsumentenschutzorganisationen bzw. Patientenstellen als Anwälte der Versicherten gestärkt wird. Sie könnten den Patienten bei der Rechnungskontrolle mit ihrem Fachwissen zur Seite stehen. Ebenfalls stark im Sinne der Versicherten und deshalb zu befürworten ist aus Sicht des **SGB** die Aufhebung der doppelten Freiwilligkeit beim elektronischen Patientendossier. Gemäss **CP** ist die Stärkung der Verantwortlichkeit der Versicherten entscheidend im Kampf gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Deshalb müssten aus Sicht des **CP** dem Verständnis förderliche Massnahmen einfach, wirtschaftlich und mit möglichst wenig Zwang behaftet sein. Eine Webseite mit Erklärungen könnte in diesem Zusammenhang eine gute Lösung darstellen. Zudem sollte die Sanktionsmöglichkeit

für den Fall einer Abtretung der Versandpflicht an den Versicherer auch auf die Versicherer ausgeweitet werden.

Die **Konsumentenverbände** begrüßen die Massnahme. Dem Vorschlag, die Vorgaben zur besseren Verständlichkeit der Rechnungen für die Patienten auf Verordnungsstufe weiter zu konkretisieren, muss aus Sicht der **SKS** unbedingt und unverzüglich Folge geleistet werden. Die **FRC** fordert zudem eine Stärkung der Patienten- und Konsumentenorganisationen, damit sie die Patienten und Patientinnen bei der Rechnungskontrolle unterstützen können.

Auch die **Patientenverbände** begrüßen die Massnahme grundsätzlich. Einzig der **VASK** hält die Massnahme für ungeeignet, weil nur eine kleine Minderheit der Patienten in der Lage ist, die komplizierten Rechnungen überhaupt zu lesen. Die **SPO** begrüsst die stärkere Verankerung der Pflicht auf Gesetzesstufe und die Einführung von Sanktionsmöglichkeiten gegen Verstösse. Doch aus Sicht der **SPO** sind alle gesetzlichen Vorgaben wirkungslos, wenn der Vollzug fehlt. Es ist daher unverzichtbar, dass die gesetzlichen Vorgaben endlich vollzogen werden, der Vollzug überprüft wird und bei Bedarf Sanktionen ausgesprochen werden. Zudem muss dem Vorschlag, die Vorgaben zur besseren Verständlichkeit der Rechnungen für die Patienten auf Verordnungsstufe weiter zu konkretisieren, unbedingt und unverzüglich Folge geleistet werden. Der **DVSP** fordert Hilfestellungen zur besseren Verständlichkeit der Rechnung für die versicherten Personen. Die **IGPZ** schlägt vor, eine vereinfachte und einheitliche Abwicklung, verständliche Rechnungen und die Beteiligung der Prämienzahler bei der Kontrolle und Freigabe in den Fokus einer zukünftigen Entwicklung zu stellen. Sie erachten die Einführung eines elektronischen Rechnungsdossiers für zielführend und entwickeln ein Projekt, welches das Thema aufnimmt. Sie können sich vorstellen, z.B. im Rahmen des Experimentierartikels, dieses Projekt als Pilot umzusetzen.

Die **Versicherer (curafutura, santésuisse, Helsana, Groupe mutuel)** unterstützen die Zustellung einer verständlichen Rechnungskopie an Patienten und Patientinnen nach jedem Arzt- oder Spitalbesuch. Um ein mögliches weiteres Schlupfloch zu stopfen, sollte gemäss **santésuisse** aber im Gesetz präzisiert werden, dass die Rechnungskopie unaufgefordert zu schicken ist. **Groupe mutuel** ist der Ansicht, dass für den Fall einer Nichteinhaltung durch den Leistungserbringer ein juristischer Weg für die Patienten geschaffen werden muss. Sie spricht sich aber gegen die Anpassung von Artikel 59 KVG aus, da dies die administrativen Kosten für die Versicherer erheblich erhöhen würde.

Die **Leistungserbringerverbände** sind bezüglich dieser Massnahme geteilter Meinung, 2/3 befürworten die Massnahme, 1/3 spricht sich dagegen aus. Viele Leistungserbringerverbände stellen sich nicht gegen die Massnahme oder unterstützen diese explizit. Die Verpflichtung ist gemäss einigen in gewissen Tarifverträgen auch bereits umgesetzt (z.B. **FMH, SBK, AeGLu, SVBG, VSAO, SVDE, Spitex**). Die Kritiker bringen vor, dass eine Verschärfung mittels Kontrolle und möglichen Sanktionen zwar wünschbar, aber wohl kaum umsetzbar wäre (z.B. **VLSS, BEKAG**). Es wäre eine effizientere Lösung, wenn die Zustellung der Rechnungskopie nicht durch den Leistungserbringer, sondern durch den Versicherer erfolgen würde, weil so die Administrativkosten tiefer wären (z.B. **BüAeV, AGZ, KKA, MSN, FAMH, SMVS**). Gemäss **H+** würde die Einführung dieser Massnahme Mehrkosten von über CHF 400 Mio. verursachen. Die kostendämpfende Wirkung der Massnahme wird von einigen angezweifelt: Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass die Kontrolle durch die Versicherer gut funktioniert und eine grosse Mehrheit der Versicherten kein Interesse an einer Kopie der Rechnung hat bzw. das Kostenbewusstsein dadurch nicht gefördert wird (z.B. **ChiroSuisse, SBV, Argomed, mfe**). Der Versicherte wird aus Sicht von **physioswiss** eine Rechnungskopie des Leistungserbringers wohl erst kontrollieren, wenn er selbst etwas bezahlen muss, also wenn die Abrechnung des Versicherers für den durch den Versicherten zu bezahlenden Anteil eintrifft. Wenn das Bewusstsein der Patienten gefördert und die Selbstverantwortung gestärkt werden soll, so muss der Tiers payant abgeschafft werden und der Tiers garant für zwingend erklärt werden (z.B. **SBV, swiss orthopaedics**). **H+** und einige andere unterstützen den Ansatz, dass Tarifpartner und Behörden Standards entwickeln für eine elektronische Zustellung oder Ablage, um einen aufwändigen und ökologisch unsinnigen Papierversand zu vermeiden. Um die Administrativkosten zu senken, soll die elektronische Übermittlung der Rechnungskopie möglich sein (z.B. **H+, Spitex, SVM, unimedsuisse, AllKidS**). **SGS, SGC und FMCH** zeigen sich bereit,

ihre Erfahrungen zur Verfügung zu stellen und bei der Erarbeitung einer Verordnung über die Verständlichkeit der Rechnungen konstruktiv mitzuwirken.

4.3 Stellungnahmen zu Artikel 43 Absatz 5 erster Satz (M15 Pauschalen fördern)

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **106 Vernehmlassungsteilnehmer** geäußert. Die Kantone sowie die Konsumenten- und Patientenverbände befürworten die Massnahme grundsätzlich, die politischen Parteien und Versicherer sprechen sich mehrheitlich dagegen aus. Die Leistungserbringerverbände sind geteilter Meinung.

Die **GDK** und die **Kantone** unterstützen das Vorhaben grundsätzlich. Die Erweiterung der subsidiären Kompetenz auf Pauschalen wird aus ihrer Sicht den Druck auf die Tarifpartner erhöhen, ambulante Pauschaltarifstrukturen zu vereinbaren. Eine schweizweit einheitliche Struktur für Pauschaltarife mache aber nur in Fällen Sinn, bei denen die Versorgung in der ganzen Schweiz standardisiert erfolge und auf klar abgrenzbare Leistungen bezogen sei. In vielen Bereichen (z. B. kardiale Rehabilitation, psychiatrische Tages- und Nachtstrukturen, Methadonbehandlungen) sei dies aber nicht der Fall, da unterschiedliche Versorgungsstrukturen bestehen. Die **GDK** fordert daher, dass nur für klar abgrenzbare, standardisierte ambulante Behandlungen Patientenpauschaltarife, die auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten, einheitlichen Tarifstruktur beruhen, gelten sollen. Komplexere ambulante Behandlungen sollen weiterhin auf kantonalen Tarifstrukturen beruhen können.

Eine Mehrheit der **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** befürwortet grundsätzlich die Verwendung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Die Bestimmung dieser müsse aber bei den Tarifpartnern bleiben (z.B. **FDP, BDP**). Pauschalen haben gemäss **CVP** gegenüber dem Einzelleistungstarif Vorteile: Die Rechnungsstellung wird vereinfacht, und gleichzeitig kann der Versicherer die Arztrechnung besser kontrollieren. Zudem lässt sich die Mengenausweitung innerhalb eines Eingriffs eingrenzen. Die **glp** sieht Pauschaltarife als eine gute Möglichkeit, die Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung zu erhöhen. Die Vorgabe einer national einheitlichen Struktur für Pauschaltarife schränkt aus Sicht der **glp** und der **BDP** jedoch den Handlungsspielraum der Tarifpartner zu stark ein. Die **SPS** zeigt sich skeptisch betreffend Einführung von ambulanten Pauschalen, da die Erfahrungen im stationären Bereich eine Jagd nach lukrativen Fällen zeigen würde. Aus Sicht der **SVP** können Pauschalen im ambulanten Bereich Fehlanreize reduzieren. Anstelle einer schweizweit einheitlichen Definition sollen Pauschalen aber von den Tarifpartnern bilateral vereinbart werden können, basierend auf einer schweizweit genehmigten Tarifstruktur. Die Stellungnahme der **GPS** deckt sich inhaltlich mit derjenigen der **GDK** (siehe oben).

Die **gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete** begrüßen die Massnahme grundsätzlich (**SAB, SSV [Zürich], SSV [Basel]**). Der **SSV (Basel)** schliesst sich der Stellungnahme der **GDK** an. Der **SSV (Zürich)** unterstützt ambulante Pauschalen, da diese helfen können, die heute bestehenden Fehlanreize im System zu beseitigen. Bei der Erarbeitung von Pauschalen müsse aber ein Augenmerk auf gewisse Patientengruppen gelegt werden (z.B. Patienten mit komplexen - oder Mehrfacherkrankungen). Die Erfahrungen mit diesen Patientengruppen unter SwissDRG würden zeigen, dass die erbrachten Leistungen der Spitäler teilweise nicht adäquat abgebildet werden und es dadurch zu einer Unterfinanzierung kommt. Der **SSV (Zürich)** fordert aber, dass neben einer national einheitlichen Regelung von ambulanten Pauschalen, auch bilaterale, kantonale oder regionale Lösungen für ambulante Pauschalen weiterhin möglich sein sollen und auch neue Pauschallösungen für Spezialgebiete und sektorielle Leistungen entwickelt werden können.

Die **Dachverbände der Wirtschaft** unterstützen zwar im Grundsatz Pauschalen im ambulanten Bereich, dazu reicht aus ihrer Sicht jedoch das aktuell geltende Gesetz. Sowohl der **SGB** als auch **economiesuisse** wollen keine Beschneidung der Tarifautonomie. Den Tarifpartnern soll der heutige Spielraum belassen werden.

Die **Konsumentenverbände (SKS und FRC)** unterstützen das Vorhaben. Die **SKS** ist der Meinung, dass die Weiterentwicklung weg von Einzelleistungstarifstrukturen in Richtung Pauschalen dringend und rasch voranzutreiben ist. Sie kritisiert jedoch die zögerlichen Schritte, welche die Gesetzesvorlage diesbezüglich vorsieht. Die **FRC** unterstützt die Massnahme unter

der Voraussetzung, dass zur Einstufung der Schwere der Fälle einheitliche Methoden angewandt werden. Damit sollen Überdiagnostik und Überarztung vermieden werden.

Auch die **Patientenverbände** begrüßen die Massnahme. Der **DVSP** erachtet die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates in Bezug auf Tarifstrukturen als notwendig und weist darauf hin, dass bei der Gestaltung von Pauschalstrukturen eine Selektion von lukrativen Fällen verhindert werden muss. Der **VASK** unterstützt die Massnahme für die Psychiatrie, wenn die Pauschalen nicht zu eng und zu differenziert festgelegt werden und nicht auf Diagnosen beruhen. Die **IGPZ** begrüsst national einheitliche Patientenpauschaltarife, vorausgesetzt, dass damit gleichzeitig die Anzahl der Einzelleistungstarife reduziert wird.

Die Versicherer sprechen sich mit Ausnahme der *Groupe mutuel* gegen die Massnahme aus (**curafutura, santésuisse, SVV, HSK, Helsana, CSS**). **Groupe Mutuel** begrüsst die vorgeschlagene Anpassung. Allerdings müsse es den Tarifpartnern obliegen, die Pauschalen festzulegen (Wahrung ihrer Tarifautonomie), und nicht einer nationalen Tariforganisation. Grundlage der Pauschalen muss eine einheitliche, nationale Tarifstruktur sein unter Einbezug weiterer Leistungen (Arzneimittel, MiGeL-Produkte etc.). **santésuisse** ist zwar für ambulante Pauschalen, jedoch gegen eine national einheitliche Tarifstruktur. Vereinbarungen über die pauschale Abgeltung bestimmter Leistungen sind aus ihrer Sicht ein wichtiges wettbewerbliches Element im KVG. Der **SVV** befürchtet, dass die vorgeschlagene Ausweitung des Geltungsbereichs von Art. 43 Abs. 5 KVG auch bei den ambulanten Pauschalen zu Blockaden führen wird und lehnt die Massnahme vor diesem Hintergrund ab. Auch **curafutura** und die **Helsana** sind der Ansicht, dass ambulante Pauschalen individuell auf die Situation abgestimmt von den Tarifpartnern vorangetrieben werden müssten. Die Anwendung von Pauschalen basiert auf Freiwilligkeit und soll nicht gesetzlich fixiert werden. Gemäss **HSK** und **CSS** gibt es die Möglichkeit für ambulante Pauschalen bereits; deshalb sei keine Anpassung der aktuell gültigen Bestimmung notwendig.

Viele **Leistungserbringerverbände** unterstützen das Vorhaben grundsätzlich, fordern für die vorgeschlagene Lösung jedoch Ergänzungen und Anpassungen. Die meisten sehen Vorteile bei Pauschalen im ambulanten Bereich. Positiv werden insbesondere die verbesserte Effizienz, die erhöhte Transparenz sowie die Vergleichbarkeit der Leistungen gewertet. Die **FMH** unterstützt die Massnahme nur, wenn im Gesetz auch festgehalten wird, dass die Basis jedes Pauschaltarifs ein sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Tarif ist (z.B. auch **GAeSO, pharmaSuisse, AllKids**). Die **KKA** bemängelt, dass regional begrenzbare Pauschalen mit der vorgeschlagenen Lösung nicht mehr möglich seien (auch **MSN, SMVS**). Der **BüAeV** und die **AGZ** schliessen sich dieser Meinung an. Sie schlagen vor, dass es möglich sein muss, auf die Vereinbarung von ambulanten Pauschaltarifstrukturen zu verzichten, wenn die Tarife nicht gesamtschweizerisch verglichen werden können oder müssen. Der **VLSS** zeigt sich grundsätzlich offen für gemischte Tarifsysteme und ist damit auch nicht gegen eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante Patientenpauschalen, aber nur dort, wo dies auch aus Patientensicht Sinn macht. Der **SVBG** unterstützt die Vorgabe, dass Pauschaltarife im ambulanten Tarif gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen folgen sollen. Die Bestimmung eines regional / kanton unterschiedlichen Basiswertes ist aus seiner Sicht zentral und unbedingt beizubehalten (auch **orthoptics, SVDE**). Die **FMCH, die SGS und die SGC** sehen viele Vorzüge in einem ambulanten Pauschaltarif, sprechen sich jedoch gegen schweizweit einheitliche Strukturen aus. Damit werde der existierende Handlungsspielraum des KVG empfindlich eingeschränkt und die Hürde für eine Genehmigung deutlich erhöht. Einige sind auch der Ansicht, dass damit die Tarifautonomie untergraben wird (z.B. **SBV-ASMI, SOG, BBV+**). Einige Leistungserbringerverbände sehen in der Vorlage eine Pflicht zur Vereinbarung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Gemäss der **GAeSo** bspw. haben pauschalisierte Abgeltungen nur in den Fällen ihre Berechtigung, für die Leistungen effektiv standardisiert erbracht werden können. Die **mfe** sind der Ansicht, dass viele Behandlungen in der Grundversorgung nicht standardisierbar und deshalb nicht pauschalierbar sind. Die Organisationen der **Kinder- und Jugendmedizin** bringen vor, dass die Leistungen der Kindermedizin heterogen und damit weniger standardisierbar sind als diejenigen anderer Fachrichtungen. **ChiroSuisse** erachtet Patientenpauschaltarife bei chiropraktischen Fällen als nicht praktika-

bel, da der Heilungsverlauf aufgrund unterschiedlicher, komplexer Voraussetzungen individuell schwierig vorhersagbar ist. Aus Sicht von **UNION, DAKOMED, SVKH und OdA KT** sind Patientenpauschalen für die komplementärmedizinische Grundversorgung weder geeignet noch sachgerecht, weil die Behandlungen massgeschneidert und individuell abgestimmt auf den jeweiligen Patienten erfolgen. Die in der Vorlage enthaltene subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Anpassung von Pauschaltarifstrukturen wird von diversen Leistungserbringerverbänden abgelehnt (z.B. **BüAeV, PKS, ÄeGLU, AAV, swiss orthopaedics, FMCH**). Diese führt aus Sicht von **swiss orthopaedics** zu einem Ungleichgewicht zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, weil bei fehlendem Konsens ein Tarifeingriff zum Vorteil der Kostenträger führen werde. **BEKAG** und **SSO** lehnen Pauschalen für den ambulanten Bereich grundsätzlich ab. Laut **SSO** besteht die grosse Gefahr, dass die Sachgerechtigkeit verloren geht und eine sachfremde Vermengung von preisbestimmenden Faktoren erfolgt.

4.4 Stellungnahmen zu Artikel 47a Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen inkl. Übergangsbestimmung (M34 Tariforganisation)

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **114 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme hat von allen Seiten grosse Zustimmung erfahren, insbesondere auch von den Leistungserbringern. Die Notwendigkeit der Schaffung einer nationalen Organisation im ambulanten Bereich zur Lösung der bestehenden Blockaden wird allgemein anerkannt, und die Sanktionsmöglichkeiten werden mehrheitlich begrüsst. Gleichwohl werden auch viele kleinere Anpassungsvorschläge gemacht.

Die **GDK** sowie die **Kantone** sprechen sich grundsätzlich für die Massnahme aus, fordern jedoch, dass die Kantone paritätisch an der Tariforganisation beteiligt werden, die Zuständigkeit der Tariforganisation sich auf Tarifstrukturen mit schweizweiter Gültigkeit beschränkt und die Tariforganisation in der Startphase für die Tarifstrukturen für Arztleistungen zuständig ist. Zudem sollen die von der Organisation erarbeiteten Tarifstrukturen dem Bundesrat auch von der Organisation selbst zur Genehmigung unterbreitet werden. Einzig der **Kanton NW** ist gegen die Schaffung einer weiteren Organisation für Tarifstrukturen für ambulante Behandlungen. Aus seiner Sicht könnte evtl. die bereits bestehende Organisation SwissDRG AG Aufgaben im Bereich der ambulanten Tarifstrukturen übernehmen.

Die **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** begrüssen mit Ausnahme der **SVP** die Massnahme (**glp, GPS, BDP, FDP, SPS, CVP**). Die **glp**, die **GPS**, die **BDP** und die **FDP** fordern, dass sich die Tariforganisation auf die ärztlichen Einzelleistungstarifstrukturen bzw. auf TARMED beschränkt. Die **glp** und die **BDP** sind der Ansicht, dass die Tarifstrukturen dem BR weiterhin von den Tarifpartnern und nicht von der Tariforganisation eingereicht werden sollen, die **GPS** ist gegenteiliger Meinung. Gemäss **GPS** sollen die Kantone paritätisch an der Tariforganisation beteiligt sein. Die **SPS** ist erstaunt, dass keine Patienten- und Konsumentenorganisationen Einsitz in der Tariforganisation haben.

Von den **gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete** wird die Massnahme begrüsst (**SSV [Zürich], SSV [Basel], SAB**). Der **SSV (Basel)** schliesst sich der Stellungnahme der GDK an. Der **SSV (Zürich)** findet, dass sich die Tariforganisation primär auf den Ärztetarif konzentrieren sollte.

Mit Ausnahme von **economiesuisse** wird die Massnahme von den **Dachverbänden der Wirtschaft** begrüsst (**FER, SGV-USAM, SGB, CP**). **economiesuisse** lehnt die Massnahme ab, weil sie aus ihrer Sicht die Tarifpartnerschaft schwächt. Der Bundesrat soll so wenig wie möglich in die Tarifpartnerschaft eingreifen. Der **SGV-USAM** begrüsst die Massnahme nur, wenn die Tariforganisation in einer ersten Phase nur für den ärztlichen Tarif zuständig ist und die Zuständigkeit dann sukzessive auf weitere Bereiche ausgedehnt wird. Nebst den Versicherern und Leistungserbringern sollen laut **SGB** auch die Patientenorganisationen im Verwaltungsrat der Tariforganisation vertreten sein, und die Organisation soll auch gegenüber der Öffentlichkeit Transparenz über ihre Arbeit schaffen. Aus Sicht von **CP** muss das Prinzip der Tarifautonomie auch im Gesetzestext noch verdeutlicht werden.

Die **Konsumentenverbände** unterstützen die Massnahme (**SKS, FRC**). Die **FRC** wünscht sich aber eine stärkere Beteiligung der Versicherten; denn die Versicherer treten aus Sicht der

FRC nicht zwingend für die Interessen der Versicherten ein. Auch gemäss **SKS** fehlen in der Tariforganisation die Kantone und auch die Patienten- und Konsumentenorganisationen.

Mit Ausnahme der **VASK** unterstützen auch die **Patientenverbände** die vorgeschlagene Massnahme (**DVSP, SPO, IGPZ**). Die **VASK** lehnt die Massnahme ab, weil sie mit viel administrativem Aufwand verbunden ist und der kostendämpfende Effekt fraglich ist. Gemäss **SPO** und **IGPZ** fehlen in der Tariforganisation die Kantone und auch die Patienten- und Konsumentenorganisationen bzw. die Verbände der Versicherten. Der **DVSP** wünscht sich, dass die Tariforganisation sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich neue Tarifstrukturen erarbeiten kann. Dabei müssten auch neue Formen wie bspw. eine **Komplexpauschale** geprüft werden.

Die **Versicherer** unterstützen die Massnahme grundsätzlich ebenfalls (**curafutura, santésuisse, MTK, SVV, HSK, CSS, Helsana, Groupe mutuel**). Gemäss **curafutura, santésuisse, HSK, CSS und Groupe mutuel** soll sich die Tariforganisation allerdings auf die Tarifstrukturen für ärztliche Leistungen beschränken. Die Erarbeitung sämtlicher ambulanter Tarifstrukturen durch die Organisation ist aus ihrer Sicht nicht zielführend, ineffizient und bürokratisch. **santésuisse** schlägt vor, dass die Tariforganisation bei den übrigen ambulanten Leistungserbringern zur Pflege und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen mandatiert werden könnte. Dass der Bundesrat Grundsätze zu Form und Betrieb der Organisation erlassen kann, erachten **curafutura, santésuisse, Helsana und CSS** für unnötig. Die **MTK** möchte auch an der Tariforganisation beteiligt sein.

Die Tariforganisation im ambulanten Bereich wird insbesondere auch von den **Leistungserbringerverbänden** begrüsst. Sie bringen jedoch auch einige Anpassungsvorschläge ein. Einige Leistungserbringerverbände erachten eine einzige Tariforganisation für den ganzen ambulanten Bereich für nicht praktikabel (z.B. **physioswiss, H+, SVBG, SBK, KKA**). Es brauche pro Leistungserbringerkategorie bzw. zumindest für TARMED eine separate Organisation. Auch für die Leistungen des Pflegebereichs brauche es eine separate Organisation (**CURAVIVA, senesuisse**). **H+, die FMCH und die BEKAG** sind der Ansicht, dass die Entscheidungsprozesse in der Tariforganisation geregelt sein müssten, so dass auch Mehrheitsbeschlüsse der Organisation zur Genehmigung beim Bundesrat eingereicht werden können. Darüber hinaus wird der Einbezug weiterer Akteure in die Tariforganisation – wie z.B. der Kantone (**H+, VLSS**), der Tarifpartner aus dem UVG-/IVG- und MVG-Bereich (**H+**) oder der Patientenorganisationen (**VLSS**) – gefordert. Und **swiss orthopaedics** weist darauf hin, dass das nationale Tarifbüro in Bezug auf die ärztliche Zusammensetzung ebenfalls paritätisch besetzt sein sollte, das heisst, nicht in Bezug auf die Quantität der Leistungserbringer eines Fachgebietes allein, sondern insbesondere auch in Bezug auf die vom BfS publizierten fachspezifischen Konsultationsgründe. Die in der Vorlage vorgesehene subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, Grundsätze zu Form und Betrieb der Organisation aufstellen zu können, wird von einigen Leistungserbringerverbänden abgelehnt (z.B. **FMH, APA, AllKids, SVBG, SBK, AAV, AeGLU, AeGBL, VDPS, SGPP, swiss orthopaedics**). Die Struktur- und Organisationsautonomie der Tarifpartner müsse gewahrt bleiben. Auch die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates zur Einsetzung der Organisation, falls die Tarifpartner sich nicht einigen, wird teilweise kritisiert (**H+, AAV, swiss orthopaedics**). Der Bundesrat könne ja bereits subsidiär Amtstarife erlassen bzw. Revisionen an den Strukturen durchführen. **FMCH** und **physioswiss** erachten die Einführung einer Finanzierungsbestimmung für die Organisation als notwendig. **PKS, VUA, MSN, SVM, Kinder- und Jugendmedizin** sind mit der Massnahme einverstanden ohne konkrete Änderungsanträge. **ZGKJPP, BBV+, SSO und UNION** sind gegen eine Tariforganisation im ambulanten Bereich, weil dies eine aufwändige Bürokratielösung sei, die unter Pattsituationen der Entscheidungsträger leiden und in einem staatlichen Tariffestsetzungssystem enden könnte.

4.5 Stellungnahmen zu Artikel 47b Datenbekanntgabe im Tarifwesen für ambulante Behandlungen (M25 Datenbekanntgabe)

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **104 Vernehmlassungsteilnehmer** geäußert. Die Einführung einer Datenlieferungspflicht wird grundsätzlich begrüsst, insbesondere mit der Begründung, dass Daten eine regelmässige Aktualisierung der Tarifstrukturen ermöglichen

und Transparenz schaffen. Es gibt allerdings auch einige kritische Stimmen, vor allem von Seiten der Leistungserbringer.

Die **GDK** und die **Kantone** sind grundsätzlich mit der Datenlieferungspflicht an den Bundesrat einverstanden. Sie fordern aber eine Erweiterung der Datenlieferungspflicht, so dass auch die Kantone für kantonale Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren Daten erhalten und bei Nichtbekanntgabe Sanktionen ergreifen können. Die Sanktionsmöglichkeit soll auch im stationären Bereich aufgenommen werden (Art. 49 KVG). Der Kanton Nidwalden (**NW**) erachtet den Artikel 47b KVG für obsolet, da der Regierungsrat des Kantons NW bereits die Streichung von Art. 47a KVG beantragt hat.

Die **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** begrüßen die Massnahme mit gewissen Einschränkungen. Der **glp** ist es ein Anliegen, dass die Datenlieferungen das Datenschutzgesetz respektieren und keine unverhältnismässige oder unzweckmässige administrative Belastung der Tarifpartner mit sich bringen. Es sollen dem Bundesrat nur diejenigen Daten zur Verfügung gestellt werden, die für die Genehmigung der Tarifstrukturverträge und die Ausübung der subsidiären Kompetenzen notwendig sind. Die Datenlieferungspflicht soll sich zudem auf Einzelleistungstarifstrukturen für ärztliche Leistungen beschränken. Die **GPS** verlangt, dass auch die Lieferung der notwendigen Daten an die Kantone inklusive Sanktionsmöglichkeit gesetzlich verankert wird. Die **BDP** spricht sich für die Datenlieferungspflicht inklusive Sanktionsmöglichkeit aus, wenn diese auf die Daten beschränkt wird, die für die Genehmigung von Tarifstrukturen benötigt werden. Die **FDP** und die **SVP** sind mit der Datenlieferungspflicht einverstanden, jedoch nur, wenn diese wirklich notwendig ist. Die Tarifautonomie der Tarifpartner muss aus ihrer Sicht beibehalten werden. **SPS** und **CVP** begrüßen die Massnahme.

Auch die **gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete** begrüßen die Massnahme (**SAB, SSV [Zürich], SSV [Basel]**). Gemäss **SSV (Zürich)** ist die Ausgestaltung der Datenlieferung (Art, Umfang, Periodizität, etc.) unter den Tarifpartnern und der neu zu schaffenden Tariforganisation einheitlich zu regeln.

Die Massnahme findet auch bei den **Dachverbänden der Wirtschaft** Unterstützung (**FER, economiesuisse, SGV-USAM, SGB, CP**). **economiesuisse** stimmt allerdings nur zu, wenn der Zweck der Datenerhebung klar ist, die Datenlieferungspflicht sachlich begründet ist und die Daten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Der **SGV-USAM** fordert, dass die Datenlieferung nicht kostenlos und aus Effizienzgründen in erster Linie durch die Tariforganisation an den Bundesrat erfolgt. Der Bundesrat darf die Daten aus der Sicht von **SGV-USAM** ausschliesslich zur Erledigung der in Art. 47b Abs. 2 KVG festgehaltenen Aufgaben verwenden. **CP** erachtet es für wichtig, dass die Datenlieferungen sich am Verhältnismässigkeitsprinzip orientieren.

Beide **Konsumentenverbände (FRC und SKS)** unterstützen die Massnahme. Die **SKS** kritisiert allerdings, dass der Vorschlag der Expertengruppe verwässert wird und der Bundesrat die Anpassung der TARMED Tarifstruktur nicht jährlich vornehmen soll. Mit dieser Massnahme hätte der BR ein starkes Instrument zur Kostensteuerung in der Hand.

Die Patientenverbände **DVSP, SPO** und **IGPZ** unterstützen die Massnahme. Der **DVSP** begrüsst die Möglichkeit zur Sanktionierung bei Nichteinhalten der Datenlieferung. Aus Sicht der Patientenverbände gilt es anzumerken, dass die Tarifstruktur engmaschig – die Experten- gruppe schlägt ein Jahr vor – aktualisiert wird. Die **SPO** ist der gleichen Meinung wie die **SKS** (siehe weiter oben bei den Konsumentenverbänden). Gemäss **IGPZ** sollten die Daten auch den Kantonsregierungen bekanntgegeben werden, und die Datenübermittlung sollte grundsätzlich in elektronischer Form erfolgen.

Die **Versicherer** sind zwar grundsätzlich zur Datenlieferung bereit, jedoch nur unter gewissen Voraussetzungen bzw. mit gewissen Einschränkungen. **santésuisse, curafutura** und **HSK** möchten, dass die Datenlieferungspflicht an den Bundesrat primär auf den Fall von Genehmigungen von Tarifstrukturen beschränkt wird und erst sekundär für die subsidiären Kompetenzen. Form und Umfang der zu liefernden Daten sollen von der Tariforganisation bestimmt werden. Zudem lehnen sie die Verbandshaftung bei der Sanktionierung bzw. die Sanktionsbestimmungen grundsätzlich ab. Gemäss **CSS** sollen die Sanktionen auf die Leistungserbringer,

welche der Pflicht zur Datenlieferung an die gemeinsame Organisation nicht nachkommen, beschränkt werden. Die **MTK** erachtet bezüglich Sanktionen die Höhe der Bussen als zu niedrig. **curafutura** sieht insbesondere Handlungsbedarf bei Einzelleistungstarifstrukturen im ambulanten Arztbereich. Bei gut funktionierender Tariforganisation kann das Ziel der vorliegenden Massnahme aus ihrer Sicht durch Ergänzung von anderen KVG-Bestimmungen schlanker erreicht werden. Gemäss **Groupe mutuel** sollte der Bundesrat die Daten nur bekommen, wenn er sie braucht, um die Struktur festzulegen oder zu genehmigen. In diesen Fällen, soll die Tariforganisation sie ihm liefern. **Helsana** und **CSS** erachten die generelle Verpflichtung zur systematischen Lieferung aller Daten für unverhältnismässig. Nur wenn ein subsidiärer Eingriff des Bundesrates notwendig wird, müssten die Daten zur Verfügung gestellt werden. **HSK** betont, dass die notwendige Datentransparenz nicht nur die Tarifstrukturverhandlungen, -genehmigungen oder -festsetzungen betreffen, sondern im Rahmen der Verhandlungen aufgrund des Verhandlungsprimats im KVG auch die Tarifpartner. Der **SVV** stimmt der Datenlieferungspflicht zu, sofern sie dem Bundesrat ermöglicht, seine Aufgaben wahrzunehmen. Fraglich ist aus seiner Sicht, ob eine zusätzliche Gesetzesgrundlage hierzu überhaupt notwendig ist.

Eine grosse Mehrheit der **Leistungserbringerverbände** lehnt die Massnahme ab bzw. fordert diverse Anpassungen. Insbesondere kritisieren sie die Bestimmung, dass die Daten kostenlos an den Bundesrat geliefert werden sollen. Die Finanzierung müsste aus ihrer Sicht ähnlich wie bei der SwissDRG AG geregelt werden. Viele sind der Ansicht, dass ihre Pflicht durch die Datenerhebung MAS des Bundesamtes für Statistik bereits erfüllt ist. Weiter wird die direkte Datenlieferungspflicht der einzelnen Leistungserbringer an den Bundesrat kritisiert. Der Bundesrat soll die Daten nur von der Organisation beziehen können. **FMH, APA und AllKidS** sagen, dass sie die Massnahme zwar grundsätzlich unterstützen. Gemäss der **FMH** soll der Bundesrat die Daten allerdings erst erhalten, wenn eine Tarifierung durch die Tariforganisation erfolgt ist, ansonsten ist das aus ihrer Sicht ein Angriff auf die Tarifautonomie. **H+** unterstützt eine regelmässige Aktualisierung der Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, wenn alle Leistungserbringer und alle Versicherer und deren Verbände sowie die neue nationale Tariforganisation verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten, die für die Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind, zur Verfügung zu stellen. Die Ausgestaltung der Datenlieferung (Art, Umfang, Periodizität etc.) ist unter den Tarifpartnern und der neu zu schaffenden Tariforganisation einheitlich zu regeln. **physioswiss** kann die Massnahme in dieser Form nicht unterstützen, denn aus ihrer Sicht fehlt eine Bündelung der Bestimmungen zur Datenlieferung und -bearbeitung. Zudem sehen sie die kostenlose Lieferung sowie die Lieferungspflicht für Verbände als problematisch. Weil die Organisation die Daten der Leistungserbringer erhebt, ist aus Sicht von **physioswiss** einzig diese zur Datenbekanntgabe an den Bundesrat zu verpflichten. Die **FMCH** steht der Massnahme kritisch gegenüber. Es sollten keine neuen Datenflüsse geschaffen und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Die Beauftragung der Verbände zur Lieferung der Daten ist gemäss FMCH rechtlich nicht durchführbar.

4.6 Stellungnahmen zu Artikel 47c Massnahmen zur Steuerung der Kosten inkl. Übergangsbestimmung

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **107 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Sie wurde von einer knappen Mehrheit (vor allem Leistungserbringer und ein Teil der Versicherer) abgelehnt. Demgegenüber wurde sie vor allem von Kantonen und politischen Parteien begrüsst, jedoch mit diversen Änderungsvorschlägen.

Die **GDK** und die **Kantone** anerkennen, dass mit einer solchen neuen Bestimmung ein potenziell wirksames Instrument zur Eindämmung der Kosten vorgeschlagen wird, welches die Kostenverantwortung der Leistungserbringer in einem angebotsgetriebenen Markt stärken kann. Die Versorgungsverantwortung und Steuerungskompetenz muss aber in den Händen der Kantone bleiben und darauf nimmt die vorgeschlagene Regelung aus ihrer Sicht nicht ausreichend Rücksicht. Die Bestimmung ist deshalb unter Berücksichtigung gewisser Eckwerte zu überarbeiten. Die kantonale Verantwortung für die Versorgungsplanung darf nicht ausgehebelt werden. Es soll das Primat der staatlichen Steuerung über die vertraglich unter den Tarifpartnern

vereinbarte Steuerung gelten. Es muss auch ein Mechanismus für die Steuerung bei Unterversorgung vorgesehen werden. Und Interferenzen zu anderen laufenden KVG-Revisionsprojekten müssen ausgemerzt werden. Bei kantonalen Tarifverträgen sollten die für die gesamtschweizerischen Verträge vorgesehenen Bestimmungen analog gelten, d.h. die Steuerungsmechanismen müssen auch Eingang in die kantonalen Verträge finden. Die Genehmigung soll in diesem Fall durch die Kantonsregierungen erfolgen.

Eine Mehrheit der **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** spricht sich grundsätzlich für eine Kostensteuerung aus; es handle sich um ein wichtiges Element zur Kosteneindämmung, welches den Druck auf die Tarifpartner erhöhe. Zwei Parteien sprechen sich dagegen aus (**FDP, BDP**). Von den Bundesratsparteien unterstützen die **CVP** und die **SPS** die Massnahme. Die CVP spricht sich dafür aus, dass verbindliche Kostenbegrenzungsmassnahmen analog zur «Kostenbremse-Initiative» der CVP eingeleitet werden sollen, sobald die Kostenentwicklung deutlich über der Einkommensentwicklung liege. Die **SVP** zeigt sich kritisch bezüglich Umsetzung der Massnahme in der Praxis, und die **FDP** lehnt die Massnahme ab. Die **glp** unterstützt den Vorschlag des Bundesrates insofern, als Anreize gesetzt werden, um Instrumente zur Kostendämpfung in Tarifverträgen zu vereinbaren. Einen Zwang lehnen die Grünliberalen jedoch ab. Auch aus Sicht der **BDP** führt eine Verpflichtung zu Massnahmen nur zu mehr Verhandlungsblockaden. Die **GPS** verweist auf die Stellungnahme der GDK.

Der **SSV (Zürich)** unterstützt das Ziel der Kosteneindämmung, hingegen lehnt er die Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, weil diese die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern. Die **SAB** begrüsst die Verpflichtung der Tarifpartner sowie die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Sie regt an, neben der Überwachung der mengenmässigen Entwicklung der verschiedenen Positionen und der abgerechneten Kosten auch verbindliche Ziele in Bezug auf die Kostenentwicklung vorzusehen.

Die **Dachverbände der Wirtschaft** sind geteilter Meinung. Der **SGB** und die **FER** erachten die Massnahme als richtig, **economiesuisse**, **CP** und der **SGV-USAM** lehnen die Massnahme tendenziell ab. Der **SGV-USAM** ist der Ansicht, dass es nicht Aufgabe der Leistungserbringer und deren Verbände sein kann, Massnahmen zur Steuerung der Kosten auszuarbeiten, mit den Versicherern zu verhandeln und das Ergebnis durch den Bundesrat genehmigen zu lassen. Sehr problematisch erachtet der **SGV-USAM** die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, weil diese zu einer weiteren Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens führt und faktisch ein Globalbudget eingeführt wird. **economiesuisse** lehnt die Massnahme zwar ab, sieht aber in einem Mengenmonitoring durchaus Potenzial (auch **CP**). Unerwartete Entwicklungen könnten analysiert und allfällige Massnahmen ergriffen werden. **economiesuisse** erachtet die subsidiäre Kompetenz als unnötig, da der Bundesrat bei der Tarifgenehmigung genügend Druck entfalten kann und mit 47a KVG ein zusätzliches Druckinstrument hat. **CP** befürchtet, dass diese Massnahme zu einer Rationierung der Leistungen in einer Zweiklassenmedizin führt. Der **SGB** erachtet die Massnahme als richtig, entscheidend ist für ihn aber, dass die Steuerung grundsätzlich über stufenweise vorgenommene Tarifierhöhungen und nicht über mengenmässige Beschränkungen erfolgt und dass spezifische Korrekturkomponenten (wie neue Pflichtleistungen oder die demografische Entwicklung) in die Beurteilung der Massnahmen miteinbezogen werden.

Der **Konsumentenverband SKS** begrüsst die Massnahme, die entsprechenden Prinzipien sollen analog aber auch auf kantonaler Ebene gelten. Die **Patientenverbände (VASK, IGPZ)** sind der Ansicht, dass auch die Patienten- und Angehörigenorganisationen bzw. die Versichererverbände einbezogen - und mit den Massnahmen zur Kostensteuerung gleichzeitig auch Solidarität und Angemessenheit der medizinischen Leistung gestärkt werden sollten.

Bei den **Versicherern** haben sich **santésuisse** und **Groupe mutuel** für die Massnahme ausgesprochen, die anderen Versicherer zeigen sich gegenüber dem Vorschlag in der Vernehmlassungsvorlage kritisch (**curafutura, SVV, CSS, Helsana, HSK**). **santésuisse** begrüsst die Verpflichtung der Tarifpartner zur Kostensteuerung, schlägt aber diverse Anpassungen vor. So sollen die Ziele und Korrekturmassnahmen in kantonalen Tarifverträgen festgelegt werden. In den gesamtschweizerischen Verträgen wären dann ausschliesslich gemeinsame Grundsätze zu bestimmen. Die ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und der Kosten sollen nicht

zwingend gegenüber dem Vorjahr festgestellt werden, aus Gründen der zeitlichen Vergleichbarkeit und der Robustheit der Ergebnisse kann es sinnvoll sein, längere Zeitperioden oder Durchschnittswerte zu berücksichtigen. Weiter sollen die zu steuernden Bereiche grundsätzlich auf tarifpartnerschaftlicher Ebene bestimmt werden. Auch Groupe mutuel spricht sich für die Massnahme aus, beantragt jedoch die Streichung der darin enthaltenen subsidiären Kompetenzen des Bundesrates. Der **SVV, curafutura, CSS, Helsana** und auch **HSK** erachten die Massnahme als nicht zielführend; denn aus ihrer Sicht ist es den Tarifpartnern schon heute möglich, Kostensteuerungsmechanismen in Tarifverträge einzubauen, und es gibt auch bereits solche Verträge. Von einem Zwang sollte deshalb abgesehen werden; denn es werden vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner befürchtet. Aus Sicht der **CSS** braucht es zusätzlich den Druck von verbindlich festgesetzten Kostenzielen gemäss Massnahme 1 des Expertenberichts des Bundesrates. Zielführender wäre aus Sicht von **curafutura, CSS, Helsana** und **HSK** eine Anpassung der Rahmenbedingungen durch die Aufhebung des Vertragszwangs für Tarifverträge.

Der Grossteil der **Leistungserbringerverbände** spricht sich gegen die Verpflichtung zur Vereinbarung von Massnahmen zur Steuerung der Kosten aus. Sowohl die Befürworter als auch die Gegner der Massnahme fordern diverse Anpassungen an der Vernehmlassungsvorlage. Viele Leistungserbringerverbände befürchten, dass mit der Vorlage durch die Hintertür ein Globalbudget eingeführt wird, welches aus ihrer Sicht zu Rationierungen, einer Zweiklassenmedizin und Qualitätsverlust führt (z.B. **VLSS, SBV, VSAO, FMH, mfe, SGPP, KKA, SMVS, VSÄG, BüAeV, AeGLu, GAeSO, Argomed, AeGBL, AAV, AGZ, SVM, SSO, AllKidS**). Die in der Vorlage enthaltene subsidiäre Kompetenz des Bundesrates wird von einigen abgelehnt (**H+, AllKidS, ChiroSuisse, BFG**). Es handle sich hier um eine Machtverschiebung in Richtung Bundesrat bzw. in Richtung Versicherer. Einige Leistungserbringerverbände finden, dass genauer zu definieren ist, was mit ungerechtfertigter Erhöhung von Mengen und Kosten gemeint ist bzw. welche Faktoren in diese Beurteilung einfließen sollen (z.B. **K3, Kinder- und Jugendmedizin, SGAP**). Insbesondere auch von Leistungserbringerseite wird der kurze Beobachtungszeitraum von einem Jahr bemängelt (z.B. **mfe, UNION, Kinder- und Jugendmedizin, SBK, orthoptics, SVDE**). Denn um feststellen zu können, ob es eine ungerechtfertigte Erhöhung von Mengen und Kosten gegeben hat, sei ein längerer Beobachtungszeitraum notwendig als nur ein Jahr. Bestimmte Leistungserbringerverbände sind der Ansicht, dass die Massnahmen zur Steuerung der Kosten nicht in jedem Bereich sinnvoll sind, insbesondere nicht in den Bereichen, in welchen der Staat die Tarife festsetzt bzw. die Beiträge oder Höchstvergütungen der OKP nicht von ihnen festgelegt werden (**CURAVIVA, Spitex, ASPs**). Die in der Vernehmlassungsvorlage vorgesehene Datenlieferungspflicht der Leistungserbringer und Versicherer gegenüber dem Bundesrat wird von den Leistungserbringerverbänden kritisch beurteilt (**CURAVIVA, RVBB, KKA**). Es sei möglichst genau zu spezifizieren, welche Daten damit genau gemeint seien, um einerseits den administrativen Aufwand gering zu halten und andererseits eine unnötige Datensammlung zu vermeiden. **KKA, SMVS und VSÄG** schlagen vor, dass die Tarifpartner stattdessen in ihren Tarifverträgen ein gemeinsames Monitoring, das den verschiedenen bekannten Faktoren korrekt und transparent Rechnung trägt, vorsehen und für den Fall unvorhergesehener und ungerechtfertigter Entwicklungen in den Bereichen Versorgungssicherheit, Qualität der Versorgung sowie Mengen- und Kostenentwicklungen Korrekturmassnahmen vereinbaren.

4.7 Stellungnahmen zum Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22)

Zum Referenzpreissystem haben sich **102 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Die Massnahme wird kontrovers beurteilt. Mehr als zwei Drittel der Stellungnehmenden lehnen die Massnahme ab. Zu den Hauptkritikern gehören insbesondere die Pharmaverbände, die Leistungserbringer, die Kantone sowie die Wirtschaftsverbände. Für die Einführung eines solchen Systems sprechen sich vor allem die Parteien, die Versicherer, die Konsumenten- und Patientenverbände aus. Die Akteure haben sich in unterschiedlichem Detaillierungsgrad zum Vorschlag geäussert, weshalb zu einigen Artikeln nur Rückmeldungen von wenigen Stellungnehmergruppen vorliegen (hauptsächlich Versicherer und Leistungserbringer).

Ein Grossteil der **Kantone** sowie die **GDK** lehnen die Einführung eines Referenzpreissystems ab. Sie vermuten, dass ein solches System das Problem der wirklich teuren Arzneimittel nicht lösen kann. Zudem befürchten sie, dass die vorgeschlagene Regelung zu einer für die Leistungserbringer und Versicherten äusserst unübersichtlichen Situation führen kann. Nur die Kantone **TG**, **TI**, **GE**, **JU** und **VD** stehen der Einführung positiv gegenüber.

Die in der **Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** begrüssen die Einführung eines Referenzpreissystems mehrheitlich. Die **GPS** steht dem Vorschlag positiv gegenüber. Grundsätzlich einverstanden zeigen sich auch **CVP**, **FDP**, **GLP** und **SPS**. Die **CVP** steht den vorgeschlagenen Modellen jedoch skeptisch gegenüber. Sie beauftragt den Bundesrat zu prüfen, ob sich ein wettbewerbliches Referenzpreissystem einfacher als mit den von ihm vorgeschlagenen Modellen umsetzen lässt. Darüber hinaus sollen weitere Massnahmen im Arzneimittelbereich des Expertenberichts umgesetzt werden (insbesondere die Senkung der Hürden für Generika). Die **FDP** warnt zudem vor zu viel Bürokratie und mahnt zur Vorsicht in Bezug auf die Versorgungssicherheit. Auch die **SPS** plädiert dafür, dass medizinische Gründe, die gegen einen Wechsel eines Arzneimittels sprechen, zwingend beachtet werden müssen und den Patientinnen und Patienten keine Zusatzkosten aufgebürdet werden. **BDP** und **SVP** lehnen den vorliegenden Vorschlag ab, da sie ihn als nicht zielführend einschätzen und Bedenken bezüglich der Patienten- und Versorgungssicherheit haben.

Die **gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete** sind geteilter Meinung. Die **SAB** begrüsst die Einführung eines Referenzpreissystems und fordert, dass bei der Wahl des Modells die Kriterien der realisierten Einsparungen und der Versorgungssicherheit prioritär zu berücksichtigen sind. Der **SSV (Zürich)** und der **SSV (Basel)** lehnen ein Referenzpreissystem klar ab, da dieses aufgrund seiner Ausgestaltung die Versorgungssicherheit gefährden würde. Zudem vermutet der **SSV (Basel)**, dass die Apotheken zukünftig den Patienten mehrheitlich Spezialitäten unterhalb des Referenzpreises abgeben, was zu einem Preiskampf unter den Pharmaunternehmen und schliesslich zu sinkenden Preisen führen wird. Die daraus entstehende Abwärtsspirale bei den Preisen ist als Kostensenkungsmassnahme auf den ersten Blick zu begrüssen, birgt aber die Gefahr, dass der Patient unter Umständen bei jedem Bezug seiner Medikamente ein anderes Generikum erhält.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** wird die Massnahme mehrheitlich abgelehnt. Die **ASSGP**, **scienceindustries**, **economiesuisse** und die **HKBB** vertreten die Meinung, dass am aktuellen Preisfestsetzungssystem im Grundsatz festzuhalten ist, dieses aber mit richtigen Anreizen für die Generikaabgabe erweitert werden soll. **scienceindustries** weist darauf hin, dass es verfrüht ist, neue Massnahmen im Arzneimittelbereich vorzuschlagen, da die positiven Effekte der neu geregelten dreijährlichen Preisüberprüfungen noch gar nicht abschliessend beurteilt werden können. **economiesuisse** sieht im Referenzpreissystem eine neue und komplizierte Regulierung, die bei einer administrierten Preissetzung unnötig ist. Der **SGV-USAM** und das **CP** befürchten, dass durch die zu tiefen Preise die Versorgungssicherheit gefährdet würde und die Weiterentwicklung von Präparaten mit bekannten Wirkstoffen und damit für die Patienten nützliche Innovationen abgewürgt werden könnten. Zudem würde die Wahlfreiheit der Ärzte, der Leistungserbringer und vor allem auch der Patienten unverhältnismässig stark eingeschränkt. Die **HKBB** sowie **scienceindustries** lehnen es ab, dass der Bundesrat ohne Einbezug der betroffenen Industriepartner Parameter wie den Preisabstand oder den neuen Preisabschlag bestimmen soll. Dies schaffe bei den Herstellern und Vertreibern von Arzneimitteln inakzeptable Unsicherheiten. Auch zur Einführung des Günstigkeitsprinzips äussert die **HKBB** grosse Zweifel. Die Festlegung von Voraussetzungen auf Verordnungsstufe, welche Arzneimittel als medizinisch gleich geeignet definieren, wird als besonders problematisch angesehen. Überdies sei die pharmakologische Wirkung am Patienten nicht nur von der Wirkstoffzusammensetzung sondern auch von der galenischen Formulierung und damit der Pharmakokinetik abhängig (Voltaren versus Voltaren Rapid). Nicht zuletzt lehnen die **HKBB**, **ASSGP** und **scienceindustries** die Gleichbehandlung von Biosimilars bzw. Referenzpräparaten mit Generika bzw. Originalpräparaten strikt ab. Im Unterschied zu Generika sind Biosimilars zum Referenzpräparat nicht wirkstoffidentisch und können weder mit dem Referenzpräparat noch untereinander ausgetauscht werden. Der **SGB** und **FER** sprechen sich für die Einführung eines Referenzpreissystems aus. Seitens **FER** werden aber auch grosse Bedenken

geltend gemacht. Diese betreffen einerseits mögliche Versorgungsengpässe und andererseits die Patientensicherheit. Nicht nur der Wirkstoff sondern auch medizinische Aspekte (Wirksamkeit und Ansprechverhalten beim Patienten) sollen berücksichtigt werden. Der **SGB** möchte das Referenzpreissystem noch wesentlich griffiger ausgestalten (z.B. jährliche Überprüfung der Arzneimittelpreise, Einführung des Kostengünstigkeitsprinzips, Ausdehnung des Auslandspreisvergleichs auf weitere und günstigere europäische Länder). Zudem befürchtet er, dass durch die enge Definition der Wirkstoffgruppen (ATC-5-Level) und die Regelung, dass Wirkstoffe erst dann in das Referenzpreissystem aufgenommen werden, wenn dafür mindestens drei Arzneimittel auf der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt werden, das Referenzpreissystem für eine zu kleine Anzahl an Medikamenten Anwendung finden würde.

Beide **Konsumentenverbände (SKS und FRC)** befürworten die Einführung eines Referenzpreissystems. Die **FRC** weist aber auf die strukturellen Probleme des Gesundheitswesens hin, die weiterhin bestehen bleiben, und eine mögliche Gefährdung der Versorgungssicherheit. Zudem vertritt sie die Meinung, dass nicht allein der Wirkstoff berücksichtigt werden soll, sondern auch die Wirkstoffklassen und die Indikationen der gleichen galenischen Form.

Die **Patientenverbände** begrüßen die Massnahme. Der **DVSP**, die **SPO** und der **VASK** begrüßen grundsätzlich die Einführung eines Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel. Wichtig ist dem **DVSP**, dass die Versicherer keine zusätzlichen Kompetenzen erhalten und die Hoheit zwingend beim BAG verbleibt. Zudem betont er, dass die Sicherheit der Patientinnen und Patienten bei den Medikamenten wie bei den Wirkstoffen zu gewährleisten ist. Zusatzkosten bei der Abgabe von Originalpräparaten dürfen nicht auf die Patientinnen und Patienten abgewälzt werden. Dazu fordert die **SPO** eine Ausnahmeregelung für (wenige) medizinisch begründete Fälle. Sie schlägt vor, einen Antrag auf Kostengutsprache beim Vertrauensarzt der obligatorischen Krankenversicherungen einzureichen. Während der Zeit der Entscheidung durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse, während laufenden Fristen und einem möglichen Einspruch gegen eine Verfügung sowie einem allfälligen Weiterzug müsste allerdings das teurere Präparat bezahlt werden.

Die **IGPZ** lehnt die Einführung von Referenzpreisen ab, weil sie unsolidarisch und nicht zielführend für eine nachhaltige Kostendämpfung im Kostenblock Arzneimittel seien und gleichzeitig Versorgungs- und Complianceprobleme provozieren. Die IGPZ sieht den vorrangigen Handlungsbedarf im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel. Sie kann sich jedoch vorstellen, dass das BAG Höchstpreise festlegt, diese sich aber nicht nur auf patentabgelaufene Arzneimittel beschränken. Die Höchstpreise entsprächen damit gleichzeitig den Preisen der Arzneimittel auf der SL. Zudem fordert sie die Erarbeitung eines alternativen Vorschlags, welcher auf Konkurrenzförderung und eine Verhinderung von Monopolisierung zielt. Das **BFG** lehnt den Vorschlag ab, weil er zu einem Verlust der Rechtsstaatlichkeit führe, da für Generika keine Verfügung ergehe, welche mit Rechtsmitteln angefochten werden kann. Weiter sei der Spareffekt eines Referenzpreissystems völlig unklar, und es wird befürchtet, dass viele Generika vom Markt verschwinden würden.

Die **Versicherer** begrüßen ausdrücklich die Verankerung eines Referenzpreissystems im KVG (**santésuisse, curafutura, CSS, Helsana, Groupe Mutuel, SVV**). **curafutura** betont, dass mit dem Vorschlag einer langjährigen Forderung der Krankenversicherungen, des Preisüberwachers und der Konsumentenverbände entsprochen wird. **santésuisse** zeigt sich überzeugt, dass mit der Einführung eines Referenzpreissystems ohne jeglichen Qualitätsverlust bei den kassenpflichtigen Medikamenten rund 400 Millionen Franken pro Jahr eingespart werden können. Sie weist jedoch auch darauf hin, dass das Referenzpreissystem für die Generika nur ein erster Schritt sein kann und in einem zweiten Schritt auf die übrigen Medikamente ausgedehnt werden muss. **Helsana** findet das Referenzpreissystem zwar sinnvoll, stuft die vom Bundesrat vorgeschlagenen Modelle jedoch als noch nicht umsetzbar ein. Sie ist der Ansicht, dass wenige Grundsätze im KVG vollkommen ausreichen.

Die **Leistungserbringer** sprechen sich mit grosser Mehrheit gegen ein Referenzpreissystem aus. Nur für wenige Verbände oder Gesellschaften (u.a. **SGAIM, SGAP, SGG, SVM, VUA**) überwiegen die positiven Effekte eines solchen Systems. Ein Grossteil der Leistungserbringer lehnt den Vorschlag aus Gründen der Gefährdung der Versorgungs- und Patientensicherheit ab (u.a. **FMH, H+, unimedsuisse, K3, Intergenerika, vips, SGDv, SGPP, KKA/SMVS,**

VSAO, AeGBL, AeGLU, AllKidS, ChiroSuisse, GAeSO, Spitex). Die Sorge ist gross, dass das Referenzpreissystem zu einem Preisdruck bei Generika und Originalen im Niedrigpreissektor führen würde. In der Folge würde es zu weiteren Marktrückzügen kommen, da sich der Vertrieb der betroffenen Medikamente in einem kleinen Markt wie der Schweiz nicht mehr lohnt. Konsequenz wäre, dass der Anteil an Generika und Biosimilars zurückgehen würde. Der **MSN** ist der Meinung, dass eine Kostenverlagerung auf die Patientinnen und Patienten stattfinden würde. Für **pharmaSuisse** braucht es zwingend eine Korrektur der Fehlanreize in Art. 38 KLV. Einige prognostizieren zudem eine Art Staatsmedizin durch staatlich diktierte Preissysteme (**BBV+, VSVA, Zur Rose**). Viele Leistungserbringer befürchten, dass die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte sowie die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten eingeschränkt wird, indem das Referenzpreissystem preisliche Vorgaben gibt. Aufgrund dauernder Preiswechsel müssen sich die Patienten immer wieder auf neue Arzneimittel einstellen, was zu unnötigen Gesundheitskosten führt und die Therapietreue (Compliance) vermindert (u.a. **Intergenerika, MSD, pharmaLog, SVM, APA, BEKAG, VLSS, IFAK**). Einige Leistungserbringer merken an, dass aus Gründen der Gleichbehandlung sämtliche Arzneimittel durch das RPS erfasst und vergütet werden müssten (**SVKH, Dakomed/OdA KT, UNION**). Viele Leistungserbringer (u.a. **APA, Argomed, GSASA, SSO, IG Schweizer Pharma KMU**) befürchten einen grossen, zusätzlichen bürokratischen Aufwand (insbesondere für die Informationskosten), da in den meisten Arztpraxen nur sehr wenige Personen beschäftigt sind. Administrative Preisanpassungen sollten höchstens einmal pro Jahr erfolgen. Die Stichtage und die neuen Preise sollten zudem früh im Voraus bekannt sein. Ein Grossteil der Stellungnehmenden findet die Bildung von Referenzgruppen, die einzig auf der Wirkstoffgleichheit beruhen, als völlig ungeeignet (**H+, unimedsuisse, mfe, pharmaLog, Kinder- und Jugendmedizin, SGG, GSASA, Rey**). Für die Patientensicherheit, Verträglichkeit und Wirksamkeit ist nicht nur der Wirkstoff sondern auch die Galenik eines Arzneimittels wesentlich. Als problematisch wird zudem die Tatsache erachtet, dass Originale und Biosimilars in die Referenzpreisbildung miteinbezogen werden (u.a. **Iph, Dakomed/OdA KT, Intergenerika**). Da Biosimilars nicht substituierbar sind, sollen sie nicht in ein Referenzpreissystem aufgenommen werden. Die **SGAP** fordert, dass es möglich sein muss, bei Unverträglichkeit eines Arzneimittels einer Wirkstoffklasse auf ein teureres Präparat der gleichen Wirkstoffklasse mit gleicher galenischer Zusammensetzung auszuweichen. Zu vermeiden sei, dass eine Zweiklassenmedizin entstehe, wenn verträgliche Arzneimittel nicht bezahlt werden können (u.a. **vips**). Einige Leistungserbringer betonen zudem, dass Alternativvorschläge zielführender wären. Gemäss **FMCH** wiegt das Problem der schwachen Marktdurchdringung von Generika in der Schweiz weitaus grösser als die im internationalen Vergleich hohen Generikapreise. Mit der Schaffung von geeigneten Anreizen für eine höhere Marktdurchdringung für Generika könne dauerhaft mehr eingespart werden. Auch **Argomed** will die Generikaquote erhöhen, indem sie Ärzte mit Selbstdispensation im Rahmen von alternativen Versicherungsmodellen einen entsprechenden Anreiz geben will.

4.7.1 Artikel 44 Abs. 1 zweiter Satz und Artikel 52 Abs. 1 Bst. b, Abs. 1^{bis} und 3

Die **Versicherer curafutura, CSS** und **Helsana** merken an, dass die SL zwingend alle Preise der aufgenommenen Medikamentenpackungen enthalten muss. Neben dem Referenzpreis muss auch der Höchstpreis für das Original gelistet sein. Damit soll die Transparenz erhöht werden. **Santésuisse** fordert, dass die Krankenversicherer die SL des BAG mit den Preisen anfechten können. **Helsana** regt an, die Referenzpreise nicht durch eine Verordnung sondern eine Verfügung festzusetzen. Der Referenzpreis sei so festzulegen, dass unter Berücksichtigung der Angebots- und Preisentwicklung der betreffenden Arzneimittel im In- und Ausland eine kostengünstige und sichere Versorgung mit Arzneimitteln erreicht wird. Weiter soll die Festlegung eines Höchstpreises nur als Kann-Bestimmung vorgesehen werden und von Sanktionen begleitet werden, weil die allgemeine Festlegung von Höchstpreisen in gewissen Fällen auch als behördliche Anerkennung eines bestimmten Zuschlags zum Referenzpreis aufgefasst werden könnte. Wird der Höchstpreis von einer Zulassungsinhaberin nicht respektiert, soll mittels einer beschwerdefähigen Verfügung das betreffende Arzneimittel aus der SL gestrichen werden. Nicht zuletzt fordert **Helsana** eine Ergänzung im KVG, die besagt, dass auf Wettbewerbsabreden die Bestimmungen des Kartellgesetzes anwendbar sind. Das Ziel des

Referenzpreissystems ist die Verstärkung des Preiswettbewerbs zwischen den Zulassungsinhaberinnen von austauschbaren Arzneimitteln. Dieser Wettbewerb soll nicht durch Wettbewerbsabreden behindert oder ausgeschaltet werden.

Von den **Leistungserbringern** äussern **KKA/SMVS** Sorgen, dass Leistungserbringer gezwungen wären, Mittel oder Gegenstände und Arzneimittel unter dem Selbstkostenpreis zu verkaufen. Den Leistungserbringern soll es deshalb möglich sein, den Aufpreis ausserhalb der Grundversicherung einzufordern, falls kostendeckende Tarife nicht gewährt würden. **BüAeV** befürchtet, dass die Patientinnen und Patienten so zu Zuzahlungen gezwungen werden oder ständige Behandlungswechsel über sich ergehen lassen müssen. Die **IG Schweizer Pharma KMU**, die **vips** und **Intergenerika** vertreten die Meinung, dass die vorgesehene Regelung zu einem Verlust der Rechtsstaatlichkeit führen würde, da die Festlegung der Preise in einer Verordnung es den Herstellern verunmöglicht, die Preise mit einer Beschwerde anzufechten. Zudem würden verschiedene Verhältnisse zwischen Höchst- und Referenzpreis sowie zum Fabrikabgabepreis nicht definiert, was zu weiterer Rechtsunsicherheit führen würde.

4.7.2 Artikel 52a Vergütung von Arzneimitteln ohne Referenzpreis

Die Neuformulierung von Artikel 52a wird von den **Versicherern (santésuisse, curafutura, Helsana und Groupe Mutuel)** im Grundsatz unterstützt, da das vorgeschlagene Substitutionssystem den Anteil von Generika erheblich erhöhen und damit eine Senkung der Kosten zur Folge haben kann. **Curafutura** und **Helsana** weisen darauf hin, dass das Substitutionsrecht jedoch nicht nur für Arzneimittel ohne Referenzpreis sondern auch für diejenigen mit Referenzpreis gelten soll. Problematisch ist aus Sicht von **santésuisse** die Einschränkung der Substitution auf die medizinische Eignung. Diese bietet viel Interpretationsspielraum. Es wird bezweifelt, dass der Bundesrat dieser Aufgabe nachkommen kann. Es wird angeregt, diese Einschränkung aus dem Entwurf zu streichen. Im Fall von wirkstoffgleichen Medikamenten darf in jedem Fall nur das günstigste Medikament von der OKP übernommen werden. Auch **Helsana** ist der Meinung, dass die Frage der Austauschbarkeit von Arzneimitteln von der individuellen Situation des Patienten oder der Patientin abhängen könne. Daher soll für diese eher seltenen Fälle eine Ausnahme vom Referenzpreissystem vorgesehen werden. Der verschreibende oder abgebende Leistungserbringer muss aber dem Versicherer gegenüber zwingend erläutern, weshalb die Substitution durch ein preisgünstigeres Arzneimittel bei der betreffenden Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. **Santésuisse** und **Helsana** regen weiter an, den Leistungserbringer, der das Arzneimittel verschreibt oder abgibt, explizit zu verpflichten, den Patienten über den erstatteten Referenzpreis zu informieren, wenn er nicht das preisgünstigste Medikament erhält.

Von den **Leistungserbringern** (u.a. **FMH, Iph/MSD, BüAeV, VLSS**) wird gefordert, die Vergütung der Arzneimittel ohne Referenzpreis (d.h. bis zum Markteintritt von mindesten drei patentabgelaufenen Medikamenten) nach geltendem Recht beizubehalten. **UNION, H+, unimed-suisse, Dakomed/Oda KT, SVKH, KKA/SMVS** und weitere regen an, das Günstigkeitsprinzip zu streichen, da es im Widerspruch zum Grundsatz der SL steht, wonach die Vergütungsregelung bei Arzneimitteln in der SL erfolgt. Zudem sei die Versorgungssicherheit sowie der Grundsatz der Verschreibungsfreiheit des Arztes gefährdet und die vorgeschlagene Bestimmung mit dem tragenden Prinzip der Patientensicherheit nicht vereinbar. Die **IG Schweizer Pharma KMU** argumentiert, dass nicht alle Arzneimittel mit ausschliesslich gleicher Wirkstoffzusammensetzung auch identische Indikationen haben, weshalb eine Substitutionspflicht nicht sachgerecht sei. Zu beachten ist nach **SGAP** und **pharmaSuisse** auch hier, dass nicht nur die Wirkstoffzusammensetzung sondern auch die Galenik eine Rolle spielt, weshalb der Absatz entsprechend ergänzt werden müsste. Auch das Kriterium der «gleichen medizinischen Eignung» wird in Frage gestellt. Es scheint nicht klar, was darunter zu verstehen ist und wer diesen Begriff definiert (u.a. **FMH, GAESO, AeGBL, SGKJPP, SGDV/SGPP**). **Intergenerika** und **vips** fordern, die entsprechenden Kriterien im KVG zu definieren, da die KVV und die KLV nur Vollziehungsverordnungen seien. Jedoch kann und soll dies nicht Aufgabe des Bundesrates sein. **Intergenerika** und **vips** finden die Formulierung irreführend und möglicherweise unrichtig. Nach der **BEKAG** und **VLSS** müsste Art. 52a KVG mit einem Absatz ergänzt werden,

wonach die Einschränkung, nach der bei zwei vergleichbaren Arzneimitteln nur noch das preisgünstigere Arzneimittel vergütet würde, zumindest dann nicht gilt, wenn der Arzt ausdrücklich die Abgabe oder Anwendung eines ganz bestimmten Arzneimittels der betreffenden Wirkstoffgruppe anordnet. **pharmaSuisse** verlangt, dass auch eine Möglichkeit für eine pharmazeutische Begründung (ist vom Apotheker zu dokumentieren) vorgesehen wird, um einem allfällig schädlichen Medikamentenwechsel vorbeugen zu können.

4.7.3 Artikel 52b Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis inkl. Übergangsbestimmung

Wenige **Kantone** präferieren das «Modell mit Preisabschlag» [Modell 1] (**GE, TI, AI**) gegenüber dem «Modell mit Meldesystem» [Modell 2] (**BL**). Der Kanton **ZH** regt zudem an, als Alternative die Preise auf der SL konsequent und regelmässig auf der Grundlage eines Auslandspreisvergleichs anzupassen. Die Umsetzung dieser Variante wäre für alle Dispensierenden einfacher und damit auch wirksamer. Oberstes Ziel muss jedoch sein, Engpässe bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln zu verhindern.

Von den **Parteien** äussern sich **FDP, GLP und SPS** zudem für das Modell 2, weil dieses als wirksamer wahrgenommen wird und verspricht, mit Anreizen für Preiswettbewerb zu sorgen. Nicht einverstanden ist die **SPS** jedoch mit den Befugnissen der Versicherer, nur einzelne Arzneimittel zu vergüten.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** kommen **HKBB, ASSGP und scienceindustries** zum Schluss, dass keines der beiden vorgeschlagenen Modelle geeignet scheint, die anvisierten Ziele zu erreichen. Indes bringen sie erhebliche Unsicherheiten und Risiken für Patienten, Leistungserbringer und Anbieter von patentfreien Arzneimitteln mit sich. Langzeitpatienten hätten bei der Umsetzung der beiden Modelle in Kauf zu nehmen, dass sie zwecks Vermeidung einer höheren Kostenbeteiligung vermehrt die Medikation wechseln müssten. Solche Wechsel wirken sich negativ auf die Therapietreue und den Behandlungserfolg aus, was unweigerlich Folgekosten auslösen würde. Der **SGB** hingegen beurteilt Modell 1 als zu wenig weitreichend und bevorzugt deshalb das Modell 2.

Von den **Konsumentenverbänden** spricht sich die **FRC** für das Modell 1 aus, weil sie bei Modell 2 befürchtet, dass die Krankenkassen alleine über die Vergütung der Arzneimittel entscheiden könnten und ein häufiger Wechsel der Arzneimittel die Therapietreue verschlechtern würde. Die **SKS** befürwortet hingegen Modell 2, welches Wettbewerb schafft und zu Kosteneinsparungen führt.

Bei den **Patientenverbänden** zieht die **SPO** keines der Modelle vor, da sie bei beiden Modellen gewichtige Vor- und Nachteile sieht. Der **DSVP** tendiert eher in Richtung Modell 2, behält sich aber eine abschliessende Beurteilung zu einem späteren Zeitpunkt vor.

Bei den Umsetzungsvarianten haben die **Versicherer** eine klare Präferenz für das wettbewerbliche Modell 2. Nur **Helsana** empfiehlt, den gesamten Art. 52b zu streichen, da sie die vom Bundesrat vorgeschlagenen Modelle als noch nicht umsetzbar einstuft. **curafutura** regt weiter an, auf Basis von Modell 2 einen vereinfachten Vorschlag auszuarbeiten, damit im patentabgelaufenen Bereich der Preis- und Qualitäts-Wettbewerb spielen kann und gleichzeitig die Versorgung sichergestellt wird. **CSS und SVV** ist das Modell 1 zu wenig dynamisch und zu kompliziert. In den letzten 10 Jahren hätte eine ähnliche Regulierung dazu geführt, dass das Fabrikabgabepreisniveau der Generika im Durchschnitt doppelt so hoch war wie im Ausland. **Santésuisse** erachtet das Kostensenkungspotenzial von Modell 1 als zu wenig ambitioniert, unterstützt es als „second best“-Lösung aber trotzdem. **Groupe Mutuel** und **CSS** befürworten Modell 2, weil die Versicherer mit den Produzenten noch günstigere Preise aushandeln können. Dies gibt neu die Möglichkeit zu wettbewerblichen Lösungen, die zu einer optimalen Kosteneinsparung führen. In jedem Fall muss die administrative Praktikabilität gewährleistet sein, und die Bedingungen müssen für den Versicherten angemessen sein. **CSS und curafutura** sind der Ansicht, dass bereits zwei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung anstatt drei ausreichen, um einen Referenzpreis auszuhandeln. Der Referenzpreis soll dem tiefsten gemeldeten Preis pro Packung und Dosierung entsprechen und bis zum nächsten

Meldeverfahren gelten. Nach Patentablauf sollen zudem die Preise auf dem generischen Niveau der Vergleichsländer gedeckelt werden und der Höchstpreis höchstens 20% über dem durchschnittlichen Generikapreisniveau der Referenzländer liegen. Des Weiteren sehen sie die Gefährdung der Versorgung in den meisten Fällen als nicht preisbedingt. Wenn die Preise zu tief sein sollten und die Fabrikationskosten nicht decken, können Generikahersteller in einem wettbewerblichen System höhere Preise anbieten. **Santésuisse** ist überzeugt, dass der Preiswettbewerb unter den wirkstoffgleichen Medikamenten stimuliert werden muss, um die entsprechenden Kostensenkungspotenziale auch zu realisieren. Der Verband kritisiert die Wahl der Festlegung des Referenzpreises aufgrund des günstigsten Drittels ebenfalls, sieht aber auch dessen systemstabilisierenden Vorteile. Weiter fordert **santésuisse**, dass Vergünstigungen auf vertraglicher Basis zwischen Zulassungsinhabern und Versicherern von der Meldepflicht ausgenommen werden sollen. Nicht zuletzt vertreten sie die Meinung, dass die Versicherer vorsehen können, dass nur einzelne der Arzneimittel nach Absatz 1 vergütet werden, wenn damit eine kostengünstigere Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. Dazu veröffentlichen sie eine Liste dieser Arzneimittel und deren Wirkstoffzusammensetzung.

Aufgrund der allgemein ablehnenden Haltung gegenüber einem Referenzpreissystem stehen die **Leistungserbringer** beiden Modellen negativ gegenüber. Sie finden die Modelle zu komplex, um befriedigend umgesetzt zu werden. **pharmaSuisse** und die **AeGBL** argumentieren, dass das Kriterium der Anzahl Generika in der SL nicht genügt, um zu verhindern, dass die weltweite Versorgung mit Wirkstoffen mehrheitlich von Herstellern aus Indien oder China stammen. Vielmehr sollte die Anzahl der Wirkstoff-Lieferanten ausschlaggebend sein und berücksichtigt werden. **H+** merkt an, dass die Vergangenheit gezeigt hat, dass Arzneimittel, die in der Schweiz nur von drei Zulassungsinhaberinnen vermarktet werden, im Fall von Lieferengpässen flächendeckend zu einer kritischen Versorgungslage führen. Für die Patientensicherheit ist laut **SGDV** und **SGKJPP** nicht nur der Wirkstoff sondern auch die Galenik eines Arzneimittels entscheidend, welcher im Gesetz ebenfalls Rechnung getragen werden muss. **pharmaSuisse** wehrt sich gegen eine Festlegung eines Höchstpreises, der den von der OKP übernommen Betrag übersteigt. Der regulierte Markt betrifft einzig den von der OKP übernommen Kosten-Anteil. Der «Rest» ist dem freien Markt zuzurechnen und wird von Patienten aus eigener Tasche bezahlt. Eine einseitige Preisanpassung nur nach unten widerspricht einer rechtsgleichen Behandlung und wird von **Intergenerika** und **vips** strikt abgelehnt. Dasselbe gilt für die Kompetenz des Bundesrates, Preisabstände, Referenzpreise etc. sowie Ausnahmen festlegen zu können. **Intergenerika**, **vips** und **SO** vertreten die Meinung, dass für diese Bestimmungen die rechtliche Grundlage fehlt, da es sich bei der KVV und KLV nur um Vollziehungsverordnungen handelt. Vorliegend fehlen jegliche Anhaltspunkte oder Kriterien in den Bestimmungen, wie z. B. die Preisabstände zu bestimmen sind. Schliesslich ist für **Intergenerika** und **vips** bei beiden Modellen nicht ersichtlich, aufgrund welcher Kriterien der Bundesrat beurteilen will, dass die Versorgung gefährdet ist. Die **SGAIM** bevorzugt Modell 1, da der bürokratische Aufwand geringer scheint und eine schematische Festlegung der Referenz- und Höchstpreise als pragmatischer betrachtet wird. Obwohl die **APA** ein Referenzpreissystem ablehnt, würde sie im Notfall ebenfalls Modell 1 bevorzugen. **FMH**, **Iph**, **Intergenerika**, **vips** etc. lehnen Modell 1 vollumfänglich ab, weil es mittelfristig den Generika- und Biosimilars-Markt zerstören würde. Die günstigeren Produkte würden vom Markt verschwinden, was mittel- und langfristig zu höheren Kosten führt und damit den Zielen des KVG zuwiderläuft. Es würde zwar zu einer kurzfristigen Preissenkung von Generika führen, aber zu einer Reduktion der Versorgungssicherheit und der Versorgungsqualität führen. Patienten müssten zuzahlen, sofern sie ihr bewährtes Medikament weiter einnehmen wollen. Die Grösse des Preisabstandes sollte nicht (alleine) vom Bundesrat in einer Verordnung festgelegt werden (u.a. **vips**). Die Hersteller brauchen Rechtssicherheit und können deshalb nicht vorausschauend planen und produzieren, wenn der Bundesrat die Preisabschläge in Eigenregie ändern kann. **Intergenerika** und **vips** bemängeln, dass unklar ist, nach welchen Kriterien der angemessene Preisabstand sowie Preisabschlag bestimmt werden und ob der Auslandpreisvergleich (APV) mit den bestehenden Regeln berechnet wird. **SO** fordert, die Preisberechnung im paritätischen Tariffbüro durchzuführen und neben ökonomischen auch medizinische Aspekte zu berücksichtigen. Laut **AeGBL**, **SGDV**, **SGKJPP** müsste die Periodizität der Preisüberprüfung zudem mindestens 3 Jahre betragen.

Eine jährliche Überprüfung der Höchst- und Referenzpreise würde mehr administratives Personal bedingen, was zu unnötigen Zusatzkosten führt (u.a. **vips**). Die **FMH, AeGLU, AeGBL, APA, VLSS, chiroSuisse, GAESO/SGKJPP, Iph, K3, mfe** und weitere lehnen Modell 2 klar ab, da es zu einem massiven administrativen Mehraufwand führe und das Modell nicht kompatibel mit der Selbstdispensation durch Arztpraxen sei. Für **BüAeV** und die **KKV** stellt sich zum Beispiel die Frage, zu welchem Preis durch den Hersteller geliefert werden muss. Im Übrigen ist stossend, dass die Periodizität der Preismeldungen durch die Hersteller nicht mit jener der Auswahl durch die Versicherer übereinstimmt. Nach **Intergenerika** und **vips** beeinträchtigt Modell 2 sowohl die Behandlungsqualität (Verschreibungsfreiheit der Ärzte) und Therapietreue als auch die Wahlfreiheit der Patienten und Leistungserbringer. Medikamentenwechsel seien bei diesem Modell systemimmanent. Im Ergebnis wird im Schweizer Generikamarkt eine Monopol- bzw. Duopol-Situation eintreten. Vertragsänderungen zwischen Krankenversicherern und Generikafirmen würden dazu führen, dass einzelne Medikamente nicht mehr verkauft werden und in der Folge wegen Überschreiten der Haltbarkeit entsorgt werden müssen. **SGG** stört sich zudem daran, dass die Patienten nur selektiv Zugang zu den Arzneimitteln hätten und dass ein einzelner Akteur (der Krankenversicherer) eine Sonderstellung bei der Bewertung der zugelassenen Therapien erhalten würde. Für **Intergenerika** ist weiter nicht ersichtlich, welche Preise dem BAG zu melden sind. Problematisch ist, dass je nach Versicherer (entsprechend den individuellen Verträgen) beim gleichen Produkt unterschiedliche Preise gemeldet werden. Zudem sei die vorgesehene Meldehäufigkeit zu hoch und führe zu einem unverhältnismässigen bürokratischen Aufwand bei den Herstellern.

Im Interesse einer geordneten und die Versorgungssicherheit nicht gefährdenden Systemeinführung unterstützt **santésuisse** eine gestaffelte Einführung des Referenzpreissystems über drei Jahre. **Intergenerika** und **vips** stellen die Kriterien zur Bestimmung des Marktvolumens infrage (nur anhand des Originalpräparates oder unter Einschluss von Generika) und regen an, die Übergangsbestimmung zu streichen.

4.8 Stellungnahmen zu Artikel 53 Abs. 1^{bis} (Beschwerderecht Versicherer)

Zu dieser Massnahme haben sich insgesamt **88 Vernehmlassungsteilnehmer** geäußert. Die Massnahme wurde **von einer Mehrheit abgelehnt**, insbesondere von den Kantonen und den Leistungserbringern. Von den politischen Parteien und den Versicherern wird sie begrüßt. Von der **GDK und den Kantonen** wird das Beschwerderecht für Versichererverbände entschieden abgelehnt. Sie sind der Ansicht, dass die Bestimmung nicht zu einer Kosteneindämmung beitragen, sondern kostentreibend wirken würde, indem sie zu Rechtsunsicherheit bezüglich der Gültigkeit von Leistungsaufträgen und Spitalisten führt. Die Kantone befürchten, dass Beschwerden der Versicherer der bedarfsgerechten Spitalplanung zuwiderlaufen könnten. Einzig der Kanton Zürich ergänzt, dass den Versicherern das Beschwerderecht aus systemischen Gründen zugestanden werden müsse.

Unter den **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** wird die Massnahme von der **BDP, der SVP, der FDP, der CVP** und der **glp** grundsätzlich begrüßt. Die BDP und die SVP begrüßen, dass Leistungserbringer und Versicherer durch diese Massnahme in Zukunft über gleich lange Spiesse verfügen und es mehr *checks and balances* im Gesundheitswesen geben wird. Die FDP unterstützt die Massnahme, da sie es ermöglicht, diejenigen medizinischen Einrichtungen zu limitieren, die sich nicht an der Nachfrage orientieren. Auch die CVP begrüßt die Massnahme, weil so alle Positionen berücksichtigt werden. Die Krankenversicherer sollen aber nicht einen Teil der Planungsrolle der Kantone übernehmen. Die **glp** unterstützt die Massnahme zwar, weist aber darauf hin, dass sie nicht per se kostendämpfend wirkt. Die GPS und die SPS lehnen das Beschwerderecht für Versichererverbände ab, da es zu Rechtsunsicherheit führt und die Planungskompetenz der Kantone untergräbt. Sie schliessen sie sich in der Argumentation grundsätzlich der GDK und den Kantonen an (siehe oben).

Von den **gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete** wird die Massnahme mehrheitlich abgelehnt. Der **SGV** lehnt es ab, den Krankenversicherern ein Beschwerderecht zur Planung von Spitälern und Heimen zu gewähren, weil dies

die Bemühungen der Kantone und Gemeinden, die Entwicklung von integrierten Angeboten voranzutreiben, gefährden kann. Auch der **SSV (Zürich und Basel)** lehnt das Beschwerderecht ab, da es zu Verzögerungen und Rechtsunsicherheit führt. Die **SAB** begrüsst, dass mit dieser Massnahme die Leistungserbringer und Versicherer wieder gleichgestellt werden.

Bei den **Dachverbänden der Wirtschaft** gehen die Meinungen zum Beschwerderecht für Versichererverbände auseinander. **FER** unterstützt die Massnahme, weil damit sowohl die Interessen der Versicherer als auch die Interessen der Leistungserbringer in die kantonale Planung einfließen können. Der **SGV-USAM** begrüsst das Beschwerderecht für Versichererverbände, weil die Erstellung der Spitallisten massgebenden Einfluss auf die Kosten hat, die die Krankenversicherer später zu vergüten haben. **economiesuisse** befürwortet die Stärkung der Interessen der Versicherten, allerdings stehen sie dem Verbandbeschwerderecht kritisch gegenüber und würden das Beschwerderecht den einzelnen Versicherern übertragen. **scienceindustries** und **ASSGP** sprechen sich gegen die Massnahme aus, denn es ist aus ihrer Sicht kein schutzwürdiges Bedürfnis der Versicherer erkennbar und es gibt im heutigen System für die Versicherten genügend Gewähr für eine bedarfsorientiert umgesetzte Spitalplanung. Auch der **SGB** lehnt die Massnahme ab, weil den demokratisch nicht legitimierten Versicherern nicht die Kompetenz zugesprochen werden darf, die Entscheide der demokratisch legitimierten Kantone zu Spital- und Pflegeheimlisten anzufechten. Das **CP** lehnt diese Massnahme entschieden ab, da sie nur die den Versichererverbänden eingeräumte Macht verstärke und das bestehende Gleichgewicht stören könnte.

Die **Konsumentenverbände** sind geteilter Meinung. Die **SKS** unterstützt das Beschwerderecht für Versichererverbände, da es einen verbesserten Schutz der Interessen der OKP gewährleistet. Allerdings müssen PatientInnen und KonsumentInnen miteinbezogen werden, da die Versicherer nicht immer deren Wohl vertreten. Die **FRC** ist gegen die Massnahme, da diese aus ihrer Sicht das System zum Nachteil der Konsumenten dauerhaft lähmt.

Die **Patientenverbände** unterstützen die Massnahme mehrheitlich. Die **SPO** begrüsst das Beschwerderecht für Versichererverbände, da es einen verbesserten Schutz der Interessen der OKP gewährleistet. Allerdings müssen PatientInnen und KonsumentInnen miteinbezogen werden, da die Versicherer nicht immer deren Wohl vertreten. Der **DVSP** und die **IGPZ** begrüssen das Beschwerderecht auch, allerdings sollte es ihres Erachtens auch auf die Patientinnen- und Patientenvertretungen bzw. Versicherten ausgeweitet werden. Der **VASK** lehnt die Massnahme ab. Solange die Versicherungen und Leistungserbringer mit ihrer zum Teil aggressiven Werbung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen fördern, soll den Versicherungen kein Beschwerderecht zugestanden werden.

Von den **Versicherern** wird die Einführung eines Beschwerderechts für Versichererverbände begrüsst. Aus Sicht von **Groupe Mutuel** werden so auch die Interessen der Versicherer und somit letztendlich auch der Versicherten berücksichtigt. **Helsana** und **curafutura** weisen jedoch darauf hin, dass die eigentliche Aufgabe der Spitalplanung nicht den Krankenversicherern obliegt, und deshalb sollen die Versicherer nicht einen Teil der Planungsrolle der Kantone übernehmen. **santésuisse** fordert, dass nicht nur Verbände der Versicherer sondern auch die Versicherer selbst zur Beschwerde berechtigt sein sollten und nicht nur einzelne Entscheide sondern auch Erlasse der Kantone anfechtbar sein müssten. **Helsana**, **HSK** und **santésuisse** halten fest, dass beim Beschwerderecht im Bereich der vom Departement administrierten Preise im Medikamentenbereich (SL) ein weit grösseres Kostendämpfungspotenzial besteht.

Die **Leistungserbringerverbände** lehnen mit wenigen Ausnahmen das Beschwerderecht für Versichererverbände klar ab. Sie sind der Ansicht, dass die Beschwerdelegitimation der Versichererverbände die Möglichkeit eröffnen würde, das stationäre Versorgungssystem teilweise lahm zu legen oder mit jahrelangen Rechtsstreitigkeiten erheblich zu belasten (z.B. **VLSS**, **BEKAG**). Die Macht der Krankenversicherer würde weiter ausgebaut und ihr Veto hätte Planungsunsicherheiten bei den Kantonen und Spitälern zur Folge mit unbekannten Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten (z.B. **FMH**, **APA**, **GAESO**, **mfe**, **SSO**, **VSAO**). **K3** bringt an, dass die Zulassung der Spitäler Sache der Kantone ist und die Krankenversicherer keinerlei Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Versicherten der Kantone tragen. Den Versicherern fehlt nach Ansicht von **AllKids** diesbezüglich sowohl die Legitimation als auch

die Expertise. **physioswiss** sieht in der Ausweitung des Beschwerderechts auf Versichererverbände die Gefahr, dass kostspielige Verfahren verursacht werden, deren Kosten schlussendlich vom Steuerzahler zu tragen sind. **MSN** fordert, dass auch den Organisationen der Leistungserbringer das Beschwerderecht zugestanden wird. In der Langzeitpflege entstehen laut **CURAVIVA** derzeit innovative, integrierte Versorgungsmodelle und Versorgungsräume, die ambulante, intermediäre und stationäre Pflegeleistungen umfassen. Ein Beschwerderecht gegen die Zulassung von Pflegeheimen könnte die Entwicklung ganzer Versorgungsräume gefährden und sich als Innovationsbremse entpuppen. Einige wenige unterstützen die Massnahme bedingt. Statt den Versichererverbänden sollen aber ausschliesslich die einzelnen Versicherer das Beschwerderecht erhalten (z.B. **PKS**).

4.9 Stellungnahmen zu Artikel 59b (M02 Experimentierartikel)

Zum Experimentierartikel haben sich **132 Vernehmlassungsteilnehmer** geäussert. Eine grosse Mehrheit begrüsst die Massnahme im Grundsatz. Abgelehnt wird die Massnahme von einem Teil der Leistungserbringer, insbesondere einigen kantonalen Ärztegesellschaften.

Die **GDK** und die **Kantone** begrüssen die Schaffung eines Experimentierartikels grundsätzlich. Sie empfinden den vorliegenden Entwurf aber als inhaltlich zu einschränkend und empfehlen den Geltungsbereich auch auf Pilotprojekte im Rahmen der integrierten Versorgung und Prävention auszuweiten. Zudem unterstreichen die Kantone, dass das EDI nur für die Bewilligung von Pilotprojekten mit einem nationalen Geltungsbereich zuständig sein kann. Pilotprojekte auf kantonaler und regionaler Ebene sollen die Kantone bewilligen können. Generell wird angemerkt, dass die verfassungsmässigen Zuständigkeiten der Kantone nicht tangiert werden dürfen. Die Kantone fordern zudem eine Garantie, dass alle Projekte reversibel sein müssen. Eine Verpflichtung der Kantone zur Teilnahme an Pilotprojekten wird abgelehnt. Eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an den Pilotprojekten wird ebenfalls kritisch beurteilt. Nach Abschluss eines Projektes sollen die Bestimmungen laut den Kantonen zudem maximal für weitere drei Jahre gelten. Bedingung ist, dass die Evaluation gezeigt hat, dass mit dem erprobten Modell die Kostenentwicklung wirksam eingedämmt werden kann und unmittelbar ein Gesetzgebungsprojekt gestartet wird. Die Kantone fügen hinzu, dass einige Pilotprojekte für ihre Durchführung eine besondere Finanzierung erfordern und daher die Finanzierung an geeigneter Stelle im KVG geregelt werden muss. Ferner äussert der Kanton **BS** den Wunsch, auch allfällige finanzielle Entschädigungen zu regeln, welche Anreize für die Teilnahme an einem Pilotprojekt bieten könnten. Der Kanton **ZH** lehnt den Vorschlag ab. Er bezweifelt die Rechtsstaatlichkeit des Experimentierartikels, da damit die verfassungsmässige Garantie des Gleichbehandlungsgebots der Versicherten sowie das Verhältnismässigkeitsprinzip ausgehebelt werden könnten. Sollte der Experimentierartikel trotzdem Teil der Vorlage bleiben, verweist der Kanton auf die Stellungnahme der GDK. Unabdingbar für den Kanton **ZH** wäre, dass die Teilnahme an Pilotprojekten für alle Beteiligten freiwillig bleibt und bei der Einführung von Pilotprojekten die Finanzierung vorgängig geregelt wird, wobei das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz einzuhalten ist. Die Umsetzung müsste sodann ohne Zusatzbelastungen für die Kantone erfolgen bzw. mit allfälligen Kompensationsmöglichkeiten für sie versehen sein.

Die **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** begrüssen den Experimentierartikel mehrheitlich. **CVP** und **GPS** verweisen aber auf den bereits bestehenden Handlungsspielraum, welches das KVG den Gesundheitsakteuren zur Durchführung von Pilotprojekten bietet. Ausser der **BDP**, welche eine Beschränkung auf Kostendämpfungsprojekte fordert, äussern sich die Parteien analog zu den Kantonen für eine Ausweitung des Geltungsbereichs für die Pilotprojekte. **BDP, FDP, glp, GPS** und **SVP** betonen zudem, dass die Teilnahme an Pilotprojekten auf Freiwilligkeit basieren muss. Die **FDP** verweist darüber hinaus auf den reversiblen Charakter, den ein Pilotprojekt haben muss. Aus Sicht der **glp** ist weiter zu prüfen, ob eine (Mit-)Finanzierung von Pilotprojekten durch den Bund nicht zweckmässig sein könnte. Die **SPS** empfindet den Geltungsbereich als zu einschränkend und steht der Einführung eines Experimentierartikels negativ gegenüber.

Die **gesamtschweizerischen Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete** stehen dem Experimentierartikel grösstenteils positiv gegenüber. Der **SSV (Zürich und Basel)** und der **SGV** begrünnen die Einführung eines Experimentierartikels, fordern aber die Ausweitung des Geltungsbereichs. Der **SGV** verlangt die Sicherstellung der Reversibilität und Beschränkung der Pilotprojekte auf drei Jahre. Weiter äussert er Bedenken bezüglich der Wirksamkeit des Artikels, da der bereits bestehende Spielraum heute nicht ausgenutzt wird. Die **SAB** ist gegenüber dem Experimentierartikel ebenfalls positiv eingestellt, möchte das heute geltende Territorialitätsprinzip aber bewahren. Zudem regt sie an, für den Fall einer positiven Evaluation eine Verlängerung der Verordnung vorzusehen, die die Rechte und Pflichten der Teilnehmer des Pilotprojekts und die Abweichungen vom Gesetz so regelt, dass erfolgreiche Pilotprojekte auch nach Ablauf des ursprünglich vom Bundesrat bewilligten Zeitrahmens fortgesetzt werden können. Die Einwohnergemeinde **Biel** steht dem Artikel ablehnend gegenüber, weil sie durch die Pilotprojekte eine Verschiebung der Lasten auf die Gemeindeebene befürchtet.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** befürwortet der Grossteil die Einführung des Artikels mit Vorbehalt. Mit Ausnahme der **FER** plädieren **economiesuisse**, der **SGV-USAM**, **science-suisse**, die **HKBB** sowie der **ASSGP** für eine Ausweitung des Geltungsbereichs der Projekte zur Stärkung von Qualität, Effizienz und Effektivität. Die Rahmenbedingungen wie Reversibilität oder zeitliche Begrenzungen der Projekte sollen ebenfalls konkretisiert werden. Scienceindustries, die **HKBB** und der **ASSGP** betonen zudem, dass das Territorialitätsprinzip nicht aufgeweicht werden darf. Die **HKBB** bekräftigt, dass es auch der Life Sciences-Industrie erlaubt werden soll, im Rahmen des Experimentierartikels Projekte vorzuschlagen. Das **CP** sowie der **SGB** lehnt die Einführung eines Experimentierartikels ab, u.a. weil bereits heute ein grosser Spielraum im KVG für Pilotprojekte besteht.

Beide **Konsumentenverbände** befürworten einen Experimentierartikel unter dem Vorbehalt, dass ausschliesslich Projekte durchgeführt werden, die tatsächlich zu einer Kostensenkung führen (**SKS**), und dass die Teilnahme auf Freiwilligkeit beruht (**FRC**).

Die **Patientenverbände** unterstützen die Einführung eines Experimentierartikels. **Pro Aidants** und der **VASK** unterstützen den Vorschlag vorbehaltlos. Ausser der **SPO**, welche nur Projekte mit kostendämpfendem Charakter bewilligen möchte, fordern die Patientenverbände eine Ausweitung des Geltungsbereichs. Der Experimentierartikel soll dazu dienen, die Qualitätsverbesserung, das Rückerstattungssystem und insbesondere die integrierte Versorgung zu verbessern. Die **KLS** und **GELIKO** fordern, dass Projekte basierend auf Ergebnissen der Versorgungsforschung oder aus der akademischen klinischen Forschung ermöglicht werden. **KLS** und **oncosuisse** lehnen die Zwangsverpflichtung zur Teilnahme an einem Pilotprojekt ab. Der **DVSP** betont zudem, dass nicht die kostendämpfende Wirkung, sondern der Nutzen für den Patienten / die Patientin im Zentrum der Bewertung stehen muss. Die **SPO** unterstreicht dabei, dass die bisherige Erfahrung mit Kostendämpfungsmassnahmen eine Gefahr für die Qualität der Patientenbehandlung aufzeigt. Patientengruppierungen müssen zwingend miteinbezogen werden, um ihre Perspektive einbringen zu können.

Das **BFG** sowie die **P.IP** begrünnen den Experimentierartikel unter der Bedingung, dass der Geltungsbereich für Pilotprojekte ausgeweitet wird, diese reversibel sind und kein Teilnahmezwang besteht. Die **GFCH** fordert die Ausweitung des Geltungsbereichs auf Projekte zur Förderung von Prävention in der Gesundheitsversorgung. Die **SCTO**, **SAKK**, die **SPOG** und ihre forschenden Onkologen begrünnen den Vorschlag eines Experimentierartikels und fordern die Ausweitung des Geltungsbereichs auf Projekte im Bereich Anwendungsoptimierung von Medikamenten.

Die **Versicherer** befürworten den Experimentierartikel prinzipiell. Ausser **santésuisse** vertreten die Versicherer (u.a. **HSK**, **MTK**, **SVV**) die Meinung, dass der Geltungsbereich für Pilotprojekte ausgeweitet werden muss. Die Teilnahme an einem Projekt muss zudem auf Freiwilligkeit beruhen. Nur **santésuisse** befürwortet den Teilnahmezwang unter der Bedingung, dass es für bestimmte Projekte notwendig sein kann, alle davon betroffenen Leistungserbringer einzubinden. In solchen Fällen ist aber sicherzustellen, dass eine Mehrheit der betroffenen Leistungserbringer das Projekt unterstützt. **Groupe Mutuel** lehnt den Experimentierartikel ab, sollte ein Teilnahmezwang bestehen. Die **CSS** fordert, dass für die Pilotprojekte die WZW-

Kriterien verbindlich erklärt werden und ein unbürokratisches und flexibles Bewilligungsverfahren eingeführt wird, bei dem das BAG bei Nicht-Einhaltung der Projektkriterien eingreifen kann. **Curafutura** und **helsana** zu Folge sollen zudem die Projektpartner für die Evaluation des Pilotprojektes zuständig sein (Selbstevaluation mittels Bericht an das BAG).

Von den **Leistungserbringerverbänden** befürwortet ein grosser Teil einen Experimentierartikel unter Vorbehalt. **AVV**, **FSP**, **SMHC** und **VDPS** äussern sich mehrheitlich positiv. Ein Grossteil der Leistungserbringer fordert eine Ausweitung des Geltungsbereichs sowie eine explizite inhaltliche, räumliche und zeitliche Begrenzung der Projekte im Gesetz. Zielvorgaben des Bundes sollen sich nicht auf Kostensparmassnahmen beschränken, sondern generell ergänzt und ausgeweitet werden auf medizinisch sinnvolle Behandlungsansätze (z.B. **H+**, **Médecine universitaire suisse**, **K3**, **AllKidS**, **orthoptics**, **UNION**, **Dakomed**, **physiosuisse**, **chirosuisse**, **SVKH**, **SVBG**, **SGPP**, **SVDE**, **SGAP**, **SBK-ASI**). Vor allem seitens der Vertreter der Pharmaverbände und Laboratorien wird jedoch darauf hingewiesen, dass das Territorialitätsprinzip durch Pilotprojekte nicht aufgehoben werden darf und Experimente nur in der Schweiz stattfinden dürfen (z.B. **interpharma**, **pharmasuisse**, **FAMH**, **MSD Merck Sharp & Dohme AG**, **vips**). Häufig wird zudem bekräftigt, dass die WZW-Kriterien auch für Pilotprojekte verbindlich erklärt werden müssen. Praktisch alle Leistungserbringer äussern sich sehr kritisch zum Teilnahmepflicht und fordern dessen Aufhebung. Einzig die **SGAIM** begrüsst explizit die Verpflichtung zur Teilnahme, weil damit auf bestehendes Datenmaterial zurückgegriffen werden kann. Jedoch fordert auch sie einen zwingenden Einbezug der Patienten und der Öffentlichkeit bei jedem Projekt. Die **FMH** unterstützt den Experimentierartikel nur unter der Voraussetzung, dass Leistungserbringer, Versicherer und Kantone gleichwertige Partner sind. Projekte sollen von allen Beteiligten gemeinsam initiiert, beantragt, durchgeführt und evaluiert werden (z.B. **VSAO**, **SGKJPP**, **FSP**, **VUA**). Auch die **SSO** äussert sich entsprechend und fordert, dass es auf Gesetzesstufe festzuhalten gilt, die Leistungserbringer und Versicherer bei derartigen Pilotprojekten zwingend einzubinden und anzuhören. Bezüglich Evaluation wird von vielen Leistungserbringern bedauert, dass nur Auswirkungen des Pilotprojekts hinsichtlich des Spareffekts überprüft werden sollen. Negative Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung sollen auch evaluiert und wenn möglich korrigiert werden (z.B. **VLSS**, **BEKAG**, **BüAeV**). **CURAVIVA**, **senesuisse** und **swiss orthopaedics** fordern zudem eine klare Regelung, wie die Kostenübernahme für die Projekte geregelt sein soll. Verschiedene Leistungserbringer möchten zudem einen Innovationsfond schaffen, aus dem kleine, innovative Projekte gefördert werden können, oder den Bund verpflichten, die Projektteilnehmer finanziell zu unterstützen (z.B. **mfe**, **Kinder- und Jugendmedizin**, **Spitex Schweiz**, **ASPS**). Leistungserbringer, welche den Artikel ablehnen, äussern Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit und Zweckmässigkeit der Vorlage, weil sie befürchten, dass im Rahmen der Experimente gegen verpflichtende Grundsätze verstossen werden könnte (z.B. **KKA**, **FMCH**, **SGC**, **SGS**, **SMVS**). Es wird ein «Globalbudget» unter anderem Titel und die Aushebelung der demokratischen Legitimität über einen längeren Zeitraum befürchtet. **BBV+**, **GAESO**, **AGZ**, **Argomed** sind zudem der Ansicht, dass innovative und effiziente Lösungen nicht unter dem Kostendämpfungsziel gefunden werden. Auch die **FMCH** bezweifelt, dass der vorgelegte Gesetzesartikel einen Innovationsschub auslösen wird. Sie ist überzeugt, dass Behörden des Bundes viel mehr erreichen können, wenn sie die Akteure zur Nutzung der bestehenden, gesetzlich gebilligten Handlungsspielräume ermutigen und, soweit zulässig, unterstützen würden. **PKS** sowie **SBV-ASMI** sind bereit, die Einführung des Artikels mitzutragen, zweifeln aber an der Wirkung der Massnahme.

4.10 Stellungnahmen zum MVG, UVG und IVG

Insgesamt äusserten sich zu diesen Massnahmen **47 Vernehmlassungsteilnehmer**. Die Mehrheit, insbesondere die Leistungserbringer und die Kantone, lehnt die Massnahmen ab.

Die Mehrheit der **Kantone** (**AR**, **BL**, **BS**, **GL**, **GR**, **OW**, **SG**, **SH**, **SO**, **SZ**, **TG**, **UR**, **VD**, **VS**, **ZG**, und **ZH**), die **GDK** sowie der **SSV (Basel)** beurteilen diese Änderungen kritisch, da das IVG das Naturalleistungsprinzip und somit weder Kontrahierungszwang noch Aufnahmepflicht vorsieht. Ebenso wenig seien einige im KVG geregelte Grundsätze im IVG auf Gesetzesstufe geregelt. Es sei daher nicht klar, warum eine solche Regelung auf Gesetzesstufe vorgesehen

werden soll. Diese sei eher in den Tarifverträgen zu regeln, analog zur Tarifstruktur, Tarifhöhe und Aufnahmepflicht. Wenn an dieser entworfenen Regelung festgehalten würde, muss gewährleistet werden, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Es gibt bereits heute Leistungsbereiche, bei denen die Kantone als Restfinanzierer einspringen müssen, da die Tarife von UV und IV nicht alle Kosten decken. Der Kanton **BE** begrüsst die Massnahmen betreffend MVG, UVG und IVG, unterstreicht aber auch, dass gewährleistet werden muss, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden. Der Kanton **JU** bezeichnet die Massnahmen betreffend MVG, UVG und IVG als legitim, stellt allerdings deren Zusammenhang mit dem Massnahmenpaket in Frage.

Von den **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** weist die GPS darauf hin, dass dafür gesorgt werden muss, dass die Versicherer mit diesen Massnahmen die Sicherstellung der Versorgung nicht gefährden.

Die **Dachverbände der Wirtschaft** sind bezüglich der Massnahmen geteilter Meinung. Die **FER** begrüsst die Massnahmen, da sie zu einer strikteren Anwendung der Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit führen. Der **SGV-USAM** spricht sich klar dagegen aus, dass die Leistungserbringer gezwungen werden sollen, mit der Militärversicherung bzw. mit den Unfallversicherern Massnahmen zur Steuerung der Versicherungsleistungen oder ihrer Kosten zu vereinbaren. **economiesuisse** stimmt den Massnahmen in Bezug auf die Datenlieferung zu, sofern klar ersichtlich ist, welche Daten für welchen Zweck benötigt werden. Die Massnahmen mit Steuerungsfunktion werden abgelehnt, da eine Mengensteuerung im Rahmen eines regulierten Wettbewerbs widersinnig sei.

Die **Leistungserbringer** lehnen die Massnahmen mehrheitlich ab, insbesondere die Ärzteschaften und Spitalverbände (**AAV, K3, AeGLU, AeGBL, SBV-ASMI, iph, SGPP, SGKJPP, mfe, GAeSO, FMH, APA, SGDv, SSO, UNION** und **AllKids**). Sie weisen darauf hin, dass eine Revision des UVG, MVG und IVG separat behandelt werden müsse und dass es nicht nachvollziehbar sei, warum in diesem Bereich Massnahmen ergriffen werden sollen (**UNION, SGDv, mfe, AeGLU, AllKids**) oder dass die Massnahmen systemfremd wirkten (**AAV, AeGLU, mfe**). Die **Spitex** lehnt die Massnahmen ab und weist darauf hin, dass der Anteil Fälle aus der Unfall- und Militärversicherung für die Spitex klein ist und es deswegen unverhältnismässig wäre in diesem Bereich Massnahmen zu ergreifen. **physioswiss** weist darauf hin, dass beim MVG und beim IVG das Naturalleistungsprinzip gültig ist. Deswegen wird eine neue Regelung von Art. 26 Abs. 1 MVG und Art. 27^{bis} Abs. 1 IVG abgelehnt. Zudem gäbe es keine Notwendigkeit für Tarifeingriffe, weswegen Art. 27^{bis} Abs. 2-5 IVG abgelehnt wird. Des Weiteren lehnt es **physioswiss** ab, die Leistungserbringer im Rahmen des MVG, UVG und IVG zur Datenweitergabe zu verpflichten. **swiss orthopaedics** verweist darauf, dass die Militärversicherung die in der Vorlage erwähnten Punkte mit dem nationalen Tarifbüro regeln, da dort alle Parteien paritätisch vertreten sind. Die alleinige Verpflichtung der kostenlosen Weitergabe von Daten durch die Leistungserbringer kann nicht akzeptiert werden, und der Art. 26 Abs. 1 und Abs. 3^{bis} MVG seien dahingehend anzupassen. Die Revision der Artikel im IVG und UVG werden abgelehnt. Die Organisationen der **Kinder- und Jugendmedizin** weisen darauf hin, dass die Reduktion von Renten bei jungen Menschen mit psychischen Krankheiten aktuell eine der Hauptzielrichtungen der IV ist. Eine Reduktion des Angebotes der medizinischen Leistungen im Kinder- und Jugendbereich würde diesen Bestrebungen diametral entgegenlaufen und auch ökonomisch keinen Sinn machen. Als einzige **Leistungserbringerin** stimmt die **SVM** den Massnahmen bezüglich dem MVG, UVG und IVG zu.

Von den **Versicherern** äusserte sich nur die **MTK** und begrüsst die Massnahmen. Sie weist darauf hin, dass in dem Falle, dass die nationale Tariforganisation nicht für alle ambulanten Tarife zuständig sein werde, eine Datenlieferungspflicht sinnvollerweise im UVG respektive MVG zu verankern sei.

4.11 Nicht weiter verfolgte Massnahmen

4.11.1 M35 Unabhängige Rechnungskontrollbehörde

Die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde wurde von **13 Vernehmlassungsteilnehmern** explizit erwähnt. Diese haben sie **mehrheitlich abgelehnt**, insbesondere die Versicherer und Leistungserbringer resp. ihre Verbände sowie der Gewerbeverband. Unterstrichen wurde, dass der Rechnungskontrolle als ureigene Aufgabe der Krankenkassen aufgrund des hohen Wettbewerbsdrucks bereits hohe Aufmerksamkeit geschenkt werde. Die Massnahme wurde als systemwidrige, zwangsweise Zentralisierung ohne erkennbaren Mehrwert und Gewähr von Einsparungen auf Leistungsseite angesehen. Von Seiten der Patienten- und Konsumentenorganisationen wurde der vorläufige Verzicht bedauert resp. die unverzügliche Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde gefordert. Die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde wurde als Massnahme zur Gleichbehandlung aller Versicherten angesehen, welche zu einer Bündelung der Ressourcen und einer effizienteren Kontrolle führen werde.

4.11.2 M09 Rechnungskontrolle verstärken

Die Stärkung der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitskontrolle wurde von **24 Vernehmlassungsteilnehmern** explizit erwähnt und stiess bei diesen auf breite Zustimmung. Eine strengere Aufsicht würde die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften sicherstellen sowie eine grössere Vereinheitlichung und Normierung der Rechnungskontrolle bewirken. Da die Rechnungskontrolle zu den Kernaufgaben der Versicherer gehöre, müsse die Verantwortung grundsätzlich bei den Versicherern bleiben. Die Stärkung der Rechnungskontrolle müsse die Qualität der Kontrolle verbessern und neue Kontrollmöglichkeiten ermöglichen, ohne den vom Gesetzgeber festgelegten Rahmen der Versicherer zu beeinträchtigen. Zudem müsse das Kosten/Nutzen-Verhältnis der Massnahme vorab geprüft werden. Zusätzlich müssten jedoch auch weitere Massnahmen wie die systematische elektronische Zustellung der Rechnungen an die Versicherer sowie eine zusätzliche Standardisierung der Rechnungen umgesetzt werden, um eine effiziente und effektive Rechnungskontrolle sicherstellen zu können. Zusätzlich verlangt wurden Massnahmen wie die Zuordnung mittels eines Identifikations-Codes an die ausführende Person für jede KVG-Leistung oder die Lieferung von zusätzlichen Informationen bezüglich Diagnose- und Behandlungscodierung im ambulanten Bereich an den Versicherer. Zudem sollen die Sanktionsmassnahmen gegenüber den Leistungserbringern ausgebaut werden.

4.11.3 M36 Unabhängige Tarifgenehmigungs- und Tariffestsetzungsbehörde (Governance Konflikt der Kantone)

Es sind nur **4 Stellungnahmen (SKS, SGV, economiesuisse, SVP)** eingegangen, die sich explizit zum Governance-Konflikt der Kantone geäussert haben. Es wurde jeweils kritisiert, dass dieser nicht stärker reduziert werde.

4.11.4 M16 Skaleneffekte in der Tarifstruktur

Zu dieser Massnahme haben sich die Vernehmlassungsteilnehmende in ihren Stellungnahmen nicht geäussert.

4.12 Weitere Vorschläge

In den eingegangenen Stellungnahmen äusserten **31 Teilnehmende** weitere Vorschläge.

Von den **Kantonen** schlagen **VD** und **GR** eine Anpassung von Art. 49 Abs. 2 KVG vor, damit das Problem der Integration von curafutura in die SwissDRG AG gelöst - und die Einreichung des Genehmigungsantrags beim Bundesrat der nationalen Tariforganisation anvertraut werden könne.

Von zwei **in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien** kamen unterschiedliche Anregungen. Die **glp** verweist auf drei Motionen, die der weiteren Kostendämpfung dienen würden: «Mit maximal sechs Gesundheitsregionen Koordination fördern und Überkapazitäten abbauen» (Motion 18.3294), «Keine mengenbezogenen Lohnanreize für Spitalärzte» (Motion 18.3293) und «Unabhängige Rechnungskontrolle zur Vermeidung unnötiger Leistungen im Gesundheitswesen» (Motion 18.3296). Die **SVP** verweist auf das Einsparpotenzial der Digitalisierung und fordert die Umsetzung der übrigen Massnahmen des Expertenberichts.

Von den **gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete** beantragt der **SGV**, dass die Nationale Strategie Palliative Care ins Paket 1 aufgenommen wird. Die **SAB** fordert, dass im vorliegenden Reformpaket die nötigen Anreize geschaffen werden, um die allgemeinmedizinische Versorgung zu stärken und regionale Ungleichheiten in der Versorgungsqualität zu verringern. Des Weiteren fordert die **SAB** im Rahmen der laufenden Revision die gesetzliche Verankerung eines Anreizsystems, um die allgemeinmedizinische Grundversorgung, namentlich in den Berggebieten und ländlichen Räumen, zu fördern.

Von den **Dachverbänden der Wirtschaft** gingen drei Stellungnahmen mit weiteren Vorschlägen ein. **economiesuisse** weist darauf hin, dass die Reformen auf den Outcome abzielen sollten, damit sie auch messbar sind. Die **ASSGP** würde es begrüssen, wenn im Rahmen der Kostendiskussionen im Gesundheitswesen vermehrt auch Massnahmen zur Stärkung der Selbstmedikation geprüft, erarbeitet und umgesetzt sowie die entsprechenden Stakeholder und Spezialisten aus diesem Bereich vermehrt miteinbezogen würden. Die **SGB** beantragt die Umsetzung von "M28 Missbräuchliche Zusatzversicherungstarife verhindern" des Expertenberichts.

Von den **Patientenverbänden** werden verschiedenste Anregungen gemacht. Die **SPO** erwartet vom Bundesrat, dass die folgenden Punkte behandelt werden: Es sollen keine unnötigen Behandlungen durchgeführt werden, die Prozesse und Infrastrukturen sollen konsequent auf den Patientennutzen ausgerichtet werden (inklusive integrierter Versorgung) und die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten muss gefördert werden. **Oncosuisse** und die **Krebsliga** fordern Massnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und plädieren für ein Patienteninformationsgesetz. Der Verein **Pro Aidants** fordert, dass hilfsbedürftige Menschen selber entscheiden können, wer ihre betreuenden und pflegenden Personen sind. In diesem Zusammenhang fordert er mehr Flexibilität bei der Abrechnung von Grundpflegeleistungen über die obligatorische Krankenversicherung, um pflegende Angehörige, Assistenzpersonen oder privat angestellte Hilfskräfte mit entsprechender Grundpflegeausbildung den ambulanten Dienstleistungsanbietern gleichzustellen. Dadurch würde echte Wahlfreiheit gewährleistet, um komplexen Situationen, wie der 24/7-Betreuung in der eigenen Wohnung, Rechnung zu tragen. Zudem wird gefordert, dass betreuende und pflegende Angehörige finanziell besser entschädigt werden, dass die Entscheidungskompetenz von Pflegenden erweitert wird und dass das Gesundheitssystem einem zeitgemässen Familienbild Rechnung trägt.

Von den **Versicherern** werden von **Curafutura** und der **Helsana** weitere Vorschläge gemacht. Beide schlagen eine Ergänzung des KVG dahingehend vor, damit jede KVG-Leistung mittels Identifikations-Code der ausführenden Person zugeordnet werden kann. Dieser Code dient dem systematischen Monitoring von Gruppenpraxen, inhomogenen Facharztpraxen, dem spitalambulanten Bereich oder von Belegärzten im stationären Bereich. **Curafutura** und **Helsana** schlagen zudem eine Anpassung von Art. 42 Abs. 3 KVG vor, sodass die Rechnung in elektronischer und strukturierter Form an den Versicherer übermittelt werden muss. Des Weiteren beantragen sie Art. 59 Abs. 1 Bst. c KVV zu ändern, um eine Diagnose- und Behandlungskodierung zu ermöglichen, da ohne eine solche Kodierung eine systematische Kontrolle der Wirtschaftlichkeit sowie der Indikations- bzw. der Output-Qualität auf der ambulanten Rechnung schwer durchführbar sind. **Helsana** schlägt ausserdem eine Anpassung von Art. 84a Abs. 5 Bst. b KVG vor, damit die von den Krankenversicherern abgerechneten Leistungen im Rahmen einer Behandlung den Leistungserbringern zugänglich gemacht werden könnten.

Von den **Leistungserbringern** kamen verschiedenste Vorschläge. Die **SVKH** und die **UNION** schlagen vor, dass der gesamte Medikationsprozess nach Ablauf einer angemessenen Übergangsfrist elektronisch erfolgen soll. Die Arbeit der interprofessionellen Arbeitsgruppe elektronisches Patientendossier (IPAG) soll dabei als Grundlage dienen. Die **AeGBL** und die **Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin** weisen darauf hin, dass eine Kostenreduktion im Schweizerischen Gesundheitswesen ebenfalls durch adäquate und wirksame Schutzmassnahmen und Tabakwerbeschutz von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes zu Tabakprodukten erzielt werden könnte. **CURAVIVA** beantragt, dass Art. 7 Abs. 2 KLV ergänzt wird, um die Leistungen in der Palliativpflege adäquat zu erfassen und zu finanzieren. Des Weiteren, dass die OKP-Beiträge für Leistungen in Pflegeheimen durch eine entsprechende Ergänzung von Art. 7a Abs. 3 KLV auch bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten pro Tag in Schritten zu 20 Minuten abgestuft werden, indem die Anzahl der Stufen von zwölf auf 18 erhöht wird. Ferner beantragt **CURAVIVA**, den Vorschlag M10 zur Stärkung der koordinierten Versorgung zur Kostendämpfung in der OKP bereits ins erste Massnahmenpaket zu integrieren. Gleich wie **senesuisse**, weist sie auch darauf hin, dass durch die nationale Strategie Palliative Care Kosten reduziert werden und sie entsprechend umgesetzt werden muss. Die **Spitex** spricht sich ebenfalls für die Förderung der Palliative Care aus. Des Weiteren befürwortet sie die Massnahme zur Stärkung der koordinierten Versorgung und fordert eine rasche und klare Regelung der Abgeltung von Pflegematerial. **pharmasuisse** fordert die Umsetzung der Motion 16.4049 Humbel, der Motion 18.4079 Ettlin, der Motion 18.3977 Humbel und der Motion 18.3397 SGK-N. Des Weiteren wird der Bundesrat gebeten, auf jede weitere weder sachlich noch betriebswirtschaftlich begründete Kürzung des Ertrags der Apotheker und Apotheken zu verzichten. Die **SGAP** weist darauf hin, dass durch eine Steigerung der Qualität (und Homogenisierung der Qualität) der Leistungen bei den einzelnen Leistungserbringern und eine bessere Vernetzung vermutlich mehr Kosten gespart werden können, als durch eine aufwändige Datenerhebung und -auswertung sowie einer Limitierung der Leistungen auf rein ökonomischer Basis.

Des Weiteren gingen folgende Anregungen ein: **Stephan Lehner** beantragt, dass Patienten mit einem Post-Polio-Syndrom in die Liste nach Art. 31 Abs. 1 KVG: Krankheitsbedingte Zahnbehandlungen aufzunehmen sind. **Peter Zürcher** schlägt eine Totalrevision der Organisation der Spitäler vor. **Kathrin Weber** fordert eine Lösung der Spitalfrage auf nationaler Ebene. Zudem weist sie darauf hin, dass eine Krankenkasse eine Non-Profit-Organisation sein sollte und nicht in der freien Marktwirtschaft angesiedelt werden dürfte. Die **GFCH** regt an, im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets die Perspektive zu erweitern und konkret kosteneffiziente Massnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern. Die **IG eHealth** und die **GELIKO** schlagen eine Verpflichtung zu elektronischem Medikationsprozess vor. Ausserdem schlagen sie vor, den Einsatz des EPD bei alternativen Versicherungsmodellen zuzulassen. Und **Medidata** weist darauf hin, dass Plattformen für die elektronische Rechnungsübermittlung bereits seit einigen Jahren bestehen.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer¹

Annexe: Liste des participants à la consultation²

Allegato: Elenco die partecipanti alla consultazione³

Abkürzung Abréviation Abbreviazione	Name Nom Nome
Kantone Cantons Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel

¹ in alphabetischer Reihenfolge der Abkürzungen

² en ordre alphabétique d'après les abréviations

³ in ordine alfabetico secondo le abbreviazioni

NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Politische Parteien Partis politiques Partiti politici	
BDP	Bürgerlich-Demokratische Partei
PBD	Parti bourgeois-démocratique
PBD	Partito borghese democratico
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
PDC	Parti démocrate-chrétien
PPD	Partito popolare democratico

FDP	FDP. Die Liberalen
PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux
PLR	PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei
pvl	Parti vert'libéral
pvl	Partito verde-liberale
GPS	Grüne Partei der Schweiz
PES	Parti écologiste suisse
PES	Partito ecologista svizzero
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union Démocratique du Centre
UDC	Unione Democratica di Centro
Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete (inkl. Städte) Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne que oeuvrent au niveau national (y. c. les villes) Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (comprese le città)	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
SAB	Gruppo svizzero per le regioni di montagna
SGV	Schweizerischer Gemeindeverband (SGV)
ACS	Association des Communes Suisses (ACS)
ACS	Associazione dei Comuni Svizzeri (ACS)
SSV (Zürich)	Schweizerischer Städteverband (SSV) – Stadt Zürich
UVS (Zurich)	Union des villes suisses (UVS)
UCS (Zurigo)	Unione delle città svizzere (UCS)
SSV (Basel)	Schweizerischer Städteverband (SSV) – Stadt Basel
UVS (Bâle)	Union des villes suisses (UVS)
UCS (Basilea)	Unione delle città svizzere (UCS)
Biel	Stadtkanzlei Biel
Bienne	Chancellerie municipale de Bienne
Dachverbände der Wirtschaft Associations faîtières de l'économie Associazioni mantello dell'economia	
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera del'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
CP	Centre patronal (CP)
FER	Fédération des Entreprises Romandes (FER)
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV)
UPS	Union patronale suisse (UPS)
USI	Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)

SGV-USAM USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia
Konsumentenverbände Associations de consommateurs Associazioni dei consumatori	
FRC	Fédération romande des consommateurs
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori
Organisationen des Gesundheitswesens – Leistungserbringer Organisations du domaine de la santé – Fournisseurs de prestations Organizzazioni del settore sanitario – Fornitori di prestazioni	
AAV	Aargauischer Ärzteverband (AAV)
AegBL	Ärztegesellschaft Baselland
AeGLU	Ärztegesellschaft des Kantons Luzern
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
AGPKJP	Aargauische Gesellschaft für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses
APA	Schweizerische Vereinigung der Ärzte mit Patientenapotheke (APA)
Argomed	Argomed Ärzte AG
ARLD	Association romande des logopédistes
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse (ASPS) Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
BBV+	Berner Beleg-Ärzte Vereinigung+ (BBV+)
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) Société des médecins du canton de Berne (SMCB) Società dei medici del Cantone di Berna (SMCB)
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei meidici grigioni
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (SCG) Association suisse des chiropraticiens (ASC) Associazione svizzera dei chiropratici (ASC)
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz (CURAVIVA) Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
Dakomed	Dachverband Komplementärmedizin (Dakomed) Fédération de la médecine complémentaire (Fedmedcom)
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz (FAMH) Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera

FMCH	Foederation Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) Dachverband 21 chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften und 3 Berufsorganisationen Association faîtière de 21 sociétés de Disciplines médicales chirurgicales et invasives et de trois associations professionnelles
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération Suisse des Psychologues (FSP) Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi (FSP)
GAeSo	Gesellschaft der Solothurner Ärztinnen und Ärzte
GSASA	Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker (GSASA) Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
IFAK	Verein für die unabhängige Apotheke (IFAK Verein) Association pour la pharmacie indépendante
IG Schweizer Pharma KMU	Interessengemeinschaft Schweizer Pharma KMU Groupement d'intérêt PME Pharma Suisse Gruppo d'interessi PMI Pharma Svizzera
Intergenerika	Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller Organisation faîtière des fabricants de génériques et de biosimilaires
iph	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (interpharma) Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche
K3	Konferenz kantonale Krankenhausverbände (K3)
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
Merck	MSD Merck Sharp & Dohme AG
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
MSN	medswiss.net - Schweizer Dachverband der Ärztenetze - Association suisse des réseaux de médecins - Associazione svizzera delle reti di medici
Kinder- und Jugendmedizin	Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin/Organisations de médecine pour enfants et adolescents/Organizzazioni della medicina per bambini e adolescenti – Vertretung Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) Représentation Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique (SSCP) Rappresentazione Società Svizzera di Chirurgia Pediatrica (SSCP) – Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) – Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) Société Suisse de Pédiatrie (SSP) Swiss Society of Paediatrics (SSP) – Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie (SKJP) Association Suisse de Psychologie de l'Enfance et de l'Adolescence (ASPEA) Associazione Svizzera di Psicologia dell'Età Evolutiva (ASPEE)

	Swiss Medi Kids
OdA KT	OdA KomplementärTherapie OdA KT
Pharmalog	Pharmalog.ch
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
P.IP	Plattform Interprofessionalität in der primären Grundversorgung Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
PKS	Privatkliniken Schweiz (PKS) Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
RVBB	Regionalverband beider Basel physioswiss
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung (SBV) Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux (ASMI) Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private (ASMI)
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGC	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) Société Suisse de Chirurgie (SSC)
SGAP	Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Agée (SPPA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia degli Anziani (SPPA)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venerologia (SSDV)
SGG, IBDnet, CCS	Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie, IBDnet (Inflammatory Bowel Disease), Crohn Colitis Schweiz Société Suisse de Gastroentérologie (SSG), IBDnet, Crohn colite suisse Società Svizzera di Gastroenterologia (SSG), IBDnet, Colite di crohn svizzera
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents (SSPPEA) Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia Infantile e dell'Adolescenza (SSP-PIA)
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) Società Svizzera di psichiatria e psicoterapia (SSPP)
SGS	Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie (SGS) Société Suisse de Chirurgie Du Rachis Società Svizzera di Chirurgia Spinale

SMHC	Swiss Mental Healthcare Gesamtschweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Kliniken und Dienste Association regroupant les cliniques et hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble de la Suisse
SMVS	Société Médicale du Valais (SMVS) Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG)
SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) Société Suisse d'Ophtalmologie (SSO) Società Svizzera di Ofalmologia (SSO)
Spitex	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)
SVKH	Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel (SVKH) Association suisse pour les médicaments de la médecine complémentaire (ASMC) Associazione Svizzera per i medicinali della medicina complementare (ASMC)
SVM	Société vaudoise de médecine
swiss orthopaedics	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie Société Suisse d'Orthopédie et de Traumatologie Società Svizzera di Ortopedia e Traumatologia
orthoptics	Swiss Orthoptics Schweizer Berufsverband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Association professionnelle suisse des orthoptistes
UNION	UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen UNION des sociétés suisses de médecine complémentaire UNION delle associazioni mediche svizzere di medicina complementare
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VDPS	Vereinigung der Direktorinnen und Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz (VDPS) Association des directeurs de cliniques et hôpitaux psychiatriques en Suisse (ADPS) Associazione dei direttori delle cliniche e dei servizi psichiatrici della Svizzera (ASDCP)
VIPS	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS) Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS) Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri (AMDOS)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC)

	Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
VSVA	Verband der Schweizerischen Versandapotheken (VSVA)
VUA	Vereinigung unabhängiger Ärztinnen und Ärzte und Medizinstudierender
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (ZGKJPP)
Zur Rose	Zur Rose Suisse AG
Organisations des Gesundheitswesens – Versicherer Organisations du domaine de la santé – Assureurs Organizzazioni del settore sanitario – Assicuratori	
CSS	CSS Versicherung CSS Assurance CSS Assicurazione
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Assicurazioni
Helsana	Helsana Versicherungen AG Helsana Assurance SA Helsana Assicurazioni SA
HSK	Einkaufsgemeinschaft HSK Communauté d'achat HSK Cooperativa di acquisti HSK
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband (SVV) Association suisse d'assurances (ASA) Associazione svizzera d'assicurazioni (ASA)
Organisations des Gesundheitswesens – PatientInnen / BenutzerInnen Organisations du domaine de la santé – Patients / Usagers Organizzazioni del settore sanitario – Pazienti / Utenti	
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP) Fédération suisse des patients (FSP)
IGPZ	Interessengemeinschaft Prämienzahler IGPZ
Krebsliga	Krebsliga Schweiz Ligue suisse contre le cancer Lega svizzera contro il cancro
oncosuisse	Schweizerische Vereinigung gegen Krebs Union suisse contre le cancer
Pro Aidants	Verein Pro Aidants
SPO	Stiftung Patientenschutz (SPO) Fondation Organisation suisse des patients (OSP) Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
VASK	Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Kranker (VASK)

Andere Autres Altri	
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse les ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera
HKBB	Handelskammer beider Basel
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth
MediData	MediData AG
SAKK/SPOG	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung und Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe
SCTO	Swiss Clinical Trial Organisation
Privatpersonen Personnes privées Persone private	
Gonella	Gonella Beatrice
Lehner	Lehner Stephan
Rey	Marie-Josèphe Rey
Weber	Weber Kathrin
Zürrer	Zürrer Peter