

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Oncosuisse

Abkürzung der Firma / Organisation : OS

Adresse : Effingerstrasse 40, 3008 Bern

Kontaktperson : Franziska Lenz

Telefon : 031 389 93 17

E-Mail : franziska.lenz@krebsliga.ch

Datum : 19. November 2020

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. November 2020** an folgende E-Mail Adressen:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	_____	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	_____	5
Weitere Vorschläge	_____	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anhang: Anleitung zum Einfügen zusätzlicher Zeilen:	_____	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Oncosuisse bedankt sich für die Möglichkeit, zu der Änderung des KVG und den vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung des Pakets 2 Stellung zu nehmen.</p> <p>Oncosuisse, die Schweizerische Vereinigung gegen Krebs, ist der Zusammenschluss von sieben nationalen Schweizer Organisationen, die sich der Bewältigung von Krebserkrankungen widmen: die Krebsliga Schweiz KLS, die Stiftung Krebsforschung Schweiz KFS, die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung SAKK, die Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe SPOG, das Nationale Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung NICER, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO sowie die Schweizerische Gesellschaft für Hämatologie SGH. Oncosuisse wurde vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik beauftragt, die «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2020» (NSK) sowie deren Weiterführung bis Ende 2020 umzusetzen. Ziel der NSK ist, dass allen Bewohnerinnen und Bewohnern der Schweiz die gleichen Bedingungen und Chancen hinsichtlich der Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zur Verfügung stehen. Dies muss trotz der Umsetzung von kostendämpfenden Massnahmen sichergestellt sein. Zur Kostendämpfung ist die Koordination und Kooperation sämtlicher Akteure insbesondere im Krebsbereich vordringlich. Als Nachfolgeorganisation der NSK wird das «Oncosuisse Forum» als nationales Netzwerk aller Akteure im Krebsbereich koordinativ tätig sein sowie in gemeinsamen Multi-Stakeholder-Projekten Lösungen zur optimalen Versorgung von Krebspatientinnen und -patienten erarbeiten. Gerade Organisationen mit dem Zweck der Koordination und Kooperation sollten entsprechend aus Kostendämpfungsgründen nachhaltig finanziell unterstützt werden, denn sie dienen nicht nur den Interessen der Betroffenen, sondern sind auch im volkswirtschaftlichen Interesse.</p>
	<p>Wir begrünnen die Bemühungen des Bundesrates, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der Prämien zu begrenzen. Eine qualitativ hochstehende und langfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten hängt von einem stabil finanzierten Gesundheitswesen ab.</p> <p>Die OKP-Prämien sind für einen Teil der Schweizer Bevölkerung nicht oder kaum mehr tragbar. Gerade die Diagnose Krebs kann drastische finanzielle Folgen mit sich bringen: Neben der Kostenbeteiligung an den Behandlungen und Medikamenten sowie weiteren Kosten wie beispielsweise für den Transport von und zu Onkologiezentren, erleiden viele Betroffene massive finanzielle Einbussen, weil sie eine gewisse Zeit gar nicht oder nur teilweise arbeiten können. Vermehrt stellen wir deshalb fest, dass Krebsbetroffene Schwierigkeiten haben, Krankenkassenprämien, Franchisen und Selbstbehalte überhaupt zu bezahlen.</p>
	<p>Massnahmen zur Kostendämpfung dürfen die Versorgungsqualität und Patientensicherheit nicht gefährden und die Chancen- und Zugangsgerechtigkeit muss gewahrt bleiben. In der Diskussion zur Kostendämpfung sind dementsprechend nicht nur die Reduktion der Kosten, sondern zwingend auch die Stärkung der Qualität entscheidend. Dies wird auch mit der KVG-Anpassung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden, wobei ein qualitativ hochstehendes und gleichzeitig wirtschaftlicheres Handeln kurzfristig weniger eine sichtbare</p>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

	Kostensenkung bedeutet, jedoch wie auch die Prävention und Gesundheitsförderung mittelfristig einen weit nachhaltigeren Erfolg bei der Dämpfung der Gesundheitskosten zeigen.
	<p>Um der Herausforderung der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung zu begegnen, will der Bundesrat gemäss seiner Strategie «Gesundheit 2030» die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten stärken. Ebenso hat sich das Parlament in seiner Legislaturplanung 2019-2023 neben der qualitativ hochstehenden und finanziell tragbaren Gesundheitsversorgung und einem gesundheitsfördernden Umfeld auch eine wirkungsvolle Prävention zum Ziel gesetzt. Umso weniger ist für uns nachvollziehbar, dass weder im ersten noch im vorliegenden zweiten Kostendämpfungspaket entsprechende Massnahmen aufgenommen wurden. Wirkungsvolle Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention führen mittel- bis langfristig zu einer nachhaltigen und effektiven Dämpfung des Kostenwachses im Gesundheitssystem.</p> <p>Mehr noch als verhaltenspräventive Angebote inner- und ausserhalb der Gesundheitsversorgung tragen verhältnispräventive Massnahmen zur Senkung der Gesundheitskosten bei. Die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit und Umweltbedingungen) haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Am effektivsten werden die Kosten in der kurativen Medizin gedämpft, wenn alle Menschen in der Schweiz gute Möglichkeiten haben, ihr Leben so zu gestalten, dass sie möglichst lange gesund bleiben können. So sollte vor allem in die Gesundheitsförderung schon während der obligatorischen Schulzeit investiert werden.</p>
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Zudem können auch mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung sowie der Förderung des Selbstmanagements von Patientinnen und Patienten – auch im Sinne von Patient Empowerment – Kosten in der Gesundheitsversorgung gedämpft werden. Der Zugang zu validen umfassenden Informationen, die es den Bürgerinnen und Bürgern erlauben, gute Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit zu treffen, muss gewährleistet sein.</p>

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

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen					
Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
	Art. 21			Wir begrüßen, dass die Datenweitergabe im KVG geregelt und der Persönlichkeitsschutz berücksichtigt wird. Die Versicherer müssen dem Bund grundsätzlich aggregierte Daten liefern. Sofern aggregierte Daten zur Erfüllung einer Aufgabe ungeeignet sind und die benötigten Daten nicht schon anderweitig zur Verfügung stehen, soll das BAG anonymisierte Individualdaten erheben können. Dabei ist das BAG verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten jederzeit gewahrt ist. Auch bei anonymisierten Daten kann allerdings eine Re-Identifikation von Einzelpersonen nicht ausgeschlossen werden. Wir fordern das BAG auf, in Zusammenarbeit mit dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten alles daranzusetzen, dass der Datenschutz optimal gewährleistet ist und das Risiko einer Re-Identifikation von Versicherten möglichst verhindert wird.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 25	Abs. 2	Bst. h und i	Wir begrüßen die Förderung von Programmen zur koordinierten Patientenversorgung mit interprofessioneller Beteiligung sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Behandlungsprozess hinweg, weil sie bessere Ergebnisse erzielen können als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Dass im erläuternden Bericht darauf hingewiesen wird, dass innerhalb des Programmes andere Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und	Art. 25, Abs. 2, Bst i Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Behandlungsmassnahmen übernehmen können, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen, begrüssen wir ausdrücklich.</p> <p>Um in einem Programm die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den qualifizierten Fachpersonen zu gewährleisten, müssen alle Berufsgruppen, welche die entsprechenden Qualitätskriterien erfüllen, ihre Leistungen im Rahmen des organisierten Programms anbieten können. Dies ist beispielsweise in qualitätsgesicherten Früherkennungsprogrammen zentral. Im Rahmen eines Projekts der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2020 bekennen sich die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, der Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe), die Schweizerische Gesellschaft für Pathologie, der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, die Swiss Cancer Screening und die Krebsliga Schweiz in ihrer gemeinsamen Charta zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Einhaltung nationaler Qualitätsstandards im Rahmen von organisierten Programmen. Für die erfolgreiche interprofessionelle Umsetzung ist es zentral, dass die Beteiligung der Apothekerinnen und Apotheker in kantonalen Programmen für Darmkrebsvorsorge ermöglicht wird und ihre in den Programmen vorgesehenen Leistungen über die OKP abgegolten werden können.</p> <p>Wir schlagen indes vor, die Terminologie in Absatz i) 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf 'von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht' zu ändern. Dies weil die Programme in der Regel administrativ geleitet sind. Der Begriff 'national oder kantonal organisierte Programme' steht im Einklang mit Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG.</p>	
	Art. 32	Abs. 3	Wir begrüssen den Entscheid des Bundesgerichts, dass das BAG bei der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>Jahre nicht nur den Auslandpreisvergleich, sondern auch den therapeutischen Quervergleich durchzuführen hat. So kann dem Kosten-Nutzen des Medikaments besser Rechnung getragen werden. Gleichzeitig macht es Sinn, wenn die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgt.</p> <p>Die WZW Beurteilung kann sich im Verlauf je nach Wandel der Therapieprinzipien ändern. Eine Aufnahme in die Spezialitäten-Liste sollte nicht bedeuten, dass dies unveränderlich ist – entsprechend wären Massnahmen für provisorische Listungen und Entlistungen nützlich.</p> <p>Gleichzeitig muss die dokumentierte Nutzenbewertung als Bedingung für die definitive Zulassung aufgenommen werden (Value Based Assessment). Bei vorläufig zugelassenen neuen Medikamenten bzw. neuen Indikationen (Conditional Approval) müssen die Daten zum Nutzen nachgeliefert werden und entsprechende begründete Preisanpassungen (in beide Richtungen) könnten erfolgen.</p> <p>Dazu könnten evtl. national vorhandene und nachhaltig betriebene standardisierte Datenerhebungen (Register) genutzt bzw. über ihren Grundzweck hinaus erweitert werden. Die neu geschaffenen Register nach dem Krebsregistrierungsgesetz bieten sich hierfür an.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	Art. 33	Abs. 3bis	<p>Wie bereits in den Ausführungen zu Art. 25 erwähnt, begrüssen wir die Förderung von Programmen zur koordinierten Patientenversorgung. Wir hoffen, dass solche Programme tatsächlich ermöglicht und gefördert werden. Aufgrund der inhaltlichen Zuordnung dieses Themas im Rahmen von kostendämpfenden Massnahmen und den entsprechenden erläuternden Ausführungen hegen wir jedoch die Befürchtung,</p>	<p>Art. 33 Abs. 3bis</p> <p>Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe I erbracht werden</p>

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>dass die implizite Absicht besteht, solche Programme zu beschränken (siehe auch Seite 47 erläuternden Bericht).</p> <p>Hingegen ist zentral, dass im Rahmen von sinnvollen Programmen zur koordinierten Patientenversorgung auch weitere nicht-ärztliche Leistungen zulasten der OKP ermöglicht werden.</p> <p>Die vom Parlament verabschiedete Kommissionsmotion «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen» der SGK-N (18.3387) verlangt explizit, dass die OKP Kosten von Leistungen übernehmen soll, die im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung durchgeführt werden, wenn diese auf eine klar definierte Patientengruppe beschränkt sind, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung hinsichtlich des Behandlungsergebnisses führen sowie zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart werden. Gerade koordinative oder beratende Aufgaben im Rahmen von qualitätsgesicherten organisierten Programmen werden teilweise von Organisationen – wie beispielsweise kantonale und regionale Krebsligen – erbracht, welche bislang die finanziellen Mittel dafür selbst aufbringen müssen. Es kann nicht sein, dass hierfür Spendengelder eingesetzt werden müssen. Angesichts des zunehmenden Mangels an Hausärzten ist es sinnvoll, auch nicht-ärztliche Leistungserbringer vermehrt für Koordinations- und Beratungsaufgaben einsetzen zu können. Dies ist in den Ausführungsbestimmungen entsprechend zu berücksichtigen.</p> <p>Auch hier schlagen wir vor, die Terminologie in 'von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen' auf 'von national oder kantonale organisierten Programmen unter ärztlicher Aufsicht' zu ändern.</p>	
--	--	--	--	--

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) Vernehmlassungsverfahren

			<p>Im erläuternden Bericht bleibt in der Beschreibung der medizinischen Rehabilitation die onkologische Rehabilitation leider unerwähnt. Im Bereich der Onkologie werden zahlreiche ambulante sowie stationäre Rehabilitationsangebote unter medizinischer Leitung durchgeführt. Onkologische Rehabilitationsprogramme verbessern die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und erleichtern ihre Wiedereingliederung in den Alltag und ins Berufsleben. Dies wird in Zukunft angesichts der zunehmenden Zahl von «Krebsüberlebenden» (halbe Million Cancer Survivors im Jahr 2030) auch angesichts einer zahlenmässig geringeren erwerbstätigen Population zusehends wichtiger.</p> <p>An dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen ist die Kosten-Nutzen-Analyse von Früherkennungsprogrammen: Um zu beurteilen, ob eine Früherkennungsleistung sinnvollerweise im Rahmen eines Früherkennungsprogramms zur Verfügung gestellt werden soll, müssen Nutzen- und Schadenspotential differenziert abgewogen und die ökonomischen Effekte abgeschätzt werden. Im Rahmen der Nationalen Strategie gegen Krebs wurde das Expertengremium Krebsfrüherkennung «Cancer Screening Committee» geschaffen, welches wissenschaftlich fundierte, ausgewogene und von Partikularinteressen unabhängige Empfehlungen zu Krebs-Früherkennungsprogrammen formuliert. Leider fehlt gemäss Aussagen des BAG bis heute eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung eines solchen nationalen, unabhängigen Gremiums. Gerade in Bezug auf Kostendämpfung – und angesichts des KVG-Grundsatzes, wonach OKP-Leistungen den WZW-Kriterien zu entsprechen haben, – ist nicht nachvollziehbar, dass im vorliegenden Kostendämpfungspaket Früherkennungsprogramme zwar gefördert und erweitert werden sollen, für eine fundierte evidenzbasierte und ökonomische Ausarbeitung entsprechender Empfehlungen aber keine rechtliche Grundlage geschaffen wird.</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

				Es muss im Interesse von Bund und insbesondere den für die Vorsorge und Früherkennung zuständigen Kantonen sein, dass eine unabhängige systematische Bewertung mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durchgeführt und entsprechend Empfehlungen formuliert werden, gerade um eben «nur wirkungsvolle Früherkennungsprogramme» zuzulassen und schlussendlich auch mitzufinanzieren.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 35	Abs. 2	Bst. o	Wir begrüßen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringerkategorie im Sinne der Förderung der koordinierten Versorgung in der Schweiz. Denn Netzwerke zur koordinierten Versorgung sind zentral für die künftige Gesundheitsversorgung und Anreize für deren Schaffung umso wichtiger, dass in der Praxis Optimierungsbedarf besteht.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 36b			Wir begrüßen die Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung ist insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten wichtig, da verschiedene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind – und entspricht grundsätzlich einer optimalen Krebsversorgung. Zur qualitativ hochstehenden koordinierten Versorgung überall in der Schweiz gehört zudem einfach zugängliche Beratung und Unterstützung. Solche erbringen Fachorganisationen wie beispielsweise die regionalen und kantonalen Krebsligen für Krebspatientinnen und Krebspatienten. Entsprechend sollte in der Verordnung KVV eine entsprechende Anpassung Spielraum zulassen, dass auch nicht medizinische Leistungserbringer ihren wesentlichen Teil einer qualitativ hochstehenden und v.a. koordinierten Versorgung erbringen dürfen – bei der Netzwerkbildung sollen grundsätzlich auch geeignete Leistungserbringer mit Fachexpertise in der Vorsorge,	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Versorgung und Nachsorge einbezogen werden können, deren Leistungen bisher nicht über die OKP entschädigt wurden.</p> <p>So erachten wir beispielsweise Dienstleistungen im Bereich der psychosozialen Unterstützung und Beratung für Betroffene chronischer Krankheiten als eine wesentliche Versorgungssäule. Diese sollen durch nicht-ärztliches Personal in diesen Netzwerken angegliedert werden können (Gesundheitscoachs, Familienbegleitung, psychosoziale Beratung, palliative Versorgung (nicht nur medizinisch), Anbindung Sozialarbeit etc.). Gerade für chronische Krankheiten wie Krebs, die das ganze System und alle Lebensbereiche betreffen, reichen rein medizinische – also im KVG geregelte Dienstleistungen – nicht aus für eine umfassende Betreuung.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Art. 40a</p>		<p>Wenngleich die Grundidee der Erstberatungsstelle sinnvoll sein kann, geht die vorgeschlagene Massnahme in die falsche Richtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Zugang zu Spezialisten (Diagnose und Behandlung) darf nicht verzögert werden. Gerade bei nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs können eine verzögerte Diagnosestellung oder spätere Behandlung massiven Einfluss auf die Heilungschancen und Lebensqualität haben – und bedeuten gleichzeitig aufwendigere Behandlungen und damit höhere Kosten. Dies gilt auch für die Nachsorge bei Krebspatientinnen und Krebspatienten (im Nachgang zur Primärversorgung). - Neben dem Ziel der Kosteneinsparung durch ein Gatekeepermodell muss auch das Ziel verfolgt werden, die Patientinnen und Patienten vor Überdiagnostik und Übertherapie zu schützen (Prinzip beneficency/no maleficiency). Die «Gatekeeper» benötigen dafür das 	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>entsprechende Wissen und Bewusstsein, auch im Sinne der Verteilung von limitierten Ressourcen. Das muss künftig Lehr- und Lerninhalt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voraussetzung, um auch wirklich einen entsprechenden Effekt der koordinierten Versorgung zu haben, muss die Beseitigung von monetären Fehlanreizen zwischen ambulanten und stationären Leistungsvergütungen sein. <p>Zentral ist der niederschwellige und unkomplizierte Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bevölkerungsgruppen. Es braucht genügend Grundversorger/innen, die interprofessionell und -disziplinär vernetzt sind und deren koordinative Aufgaben vergütet werden.</p>	
			<p>Patientinnen und Patienten müssen gemäss ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Eine pauschale Abgeltung führt dazu, dass für manche Patienten die Pauschale zu hoch, für andere aber unter Umständen massiv zu tief angesetzt ist. Gerade für chronisch kranke und oft multimorbide Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf dürfte die Pauschalvergütung nicht ausreichend sein. Die Gefahr einer «Risikoselektion» erscheint verhältnismässig gross zu sein, um die Kosten der Erstberatungsstelle «optimieren» zu können. Das Ziel, dass die Erstberatungsstelle Patientinnen und Patienten berät und entscheidet, ob, wann und welche weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist und diese koordiniert, wird mit einer Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung gerade nicht erreicht.</p>	
	Art. 41		<p>Wir begrüssen die gesetzliche Präzisierung bezüglich der Festlegung der Referenztarife für ausserkantonale Wahlbehandlungen ausdrücklich, weil sie einer</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Ungleichbehandlung von Versicherten im Falle einer frei gewählten Spitalbehandlung entgegenwirkt bzw. die vom Gesetzgeber mit Änderung des KVG vom 21. Dezember 2007 geforderten freien Spitalwahl für alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz nach gleichen Bedingungen zulässt. Dies ist umso wichtiger angesichts des Trends zu kantonsübergreifenden Versorgungsregionen.</p>	
	Art. 52b		<p>Grundsätzlich begrüssen wir die Schaffung der rechtlichen Grundlagen für Preismodelle und Rückerstattung auf Gesetzesstufe zur Stärkung der Rechtssicherheit.</p> <p>Die Gewährleistung der Medikamentenversorgung sowie die Sicherstellung des Zugangs zur bestmöglichen Behandlung für alle Patientinnen und Patienten ist zentral. Es ist nachvollziehbar, dass Preismodelle erforderlich sind, weil sich die entsprechende Praxis international bei der Vergütung von Medikamenten durchgesetzt hat – die Schweiz ist hier einer von zahlreichen Akteuren im internationalen Kontext. Dass die, für den Auslandspreisvergleich berücksichtigten Preise, (v.a. bei hochpreisigen Medikamenten) in den Vergleichsländern nicht den effektiv vergüteten Preisen entsprechen, erachten wir allerdings nicht als zielführend. Zudem wird der Nutzen bei der Preisfestsetzung nicht berücksichtigt – die kürzlich publizierte Studie von Kerstin N. Vokinger et al. «Clinical Benefit and Prices of Cancer Drugs in the US and Europe» zeigt deutlich auf, dass es in der Schweiz (sowie USA, Deutschland, England, Frankreich) keine Korrelation zwischen dem Nutzen und Preisen von Onkologika gibt.</p> <p>Preismodelle ermöglichen beispielsweise in der Onkologie, dass Betroffene trotz hoher Preise Zugang zu innovativen Therapien erhalten. Entsprechend sind Modelle wie Pay-for-performance begrüssenswert. Dennoch ist Vorsicht geboten, beispielsweise</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>sind die Kriterien für die Beurteilung des Behandlungserfolges unklar. Der Outcome bzw. der tatsächliche Nutzen lässt sich nicht unmittelbar nach der Therapie sondern erst längerfristig beurteilen. Entsprechend bräuchte es eine einheitliche Nutzenbewertung, auch des volkswirtschaftlichen Nutzens (HTA). Um diese zu entwickeln, müssen alle Akteure einbezogen werden. Bei Krebsbetroffenen zeigt sich der Nutzen oft im umfassenderen Sinn, beispielsweise weniger in der Lebensverlängerung, als mehr in der Lebensqualität.</p> <p>Dazu könnten evtl. national vorhandene und nachhaltig betriebene standardisierte Datenerhebungen (Register) genutzt bzw. über ihren Grundzweck hinaus erweitert werden. Die neu geschaffenen Register nach dem Krebsregistrierungsgesetz bieten sich hierfür an.</p>	
	Art. 52c		<p>Die Schaffung der Ausnahme vom Öffentlichkeitsgesetz für die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen lehnen wir ausdrücklich ab. Dies widerspricht dem Öffentlichkeitsprinzip und dient dem Patientenwohl nicht.</p> <p>International gibt es insbesondere dank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vermehrte Bestrebungen für mehr Transparenz. Ende Mai 2019 hat sie eine Resolution verabschiedet, in der die Länder aufgefordert werden, geeignete Massnahmen zu ergreifen, um die Nettopreise öffentlich zugänglich zu machen (World Health Assembly 72.8. Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products). Die Schweiz hat die Resolution unterzeichnet. Deshalb ist die vorgeschlagene Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten und damit der Schaffung von mehr Intransparenz nicht nachvollziehbar: Der versprochene Effekt darf bezweifelt werden, längerfristig wird nur die</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Pharmaindustrie von der Intransparenz profitieren, der Zugang zu Medikamenten wird für Patientinnen und Patienten damit eher gefährdet als gewährleistet sein. Hier wäre eine evidenzbasierte Preisfestsetzung wirkungsvoller (siehe auch Bemerkungen zu Art. 23).</p> <p>Wir teilen die zugrundeliegenden Anliegen des rascheren Zugangs für Patientinnen und Patienten sowie höherer Rabatte und damit tieferer Medikamentenpreise. Eine nationale und internationale Preispolitik kann jedoch nur mit der notwendigen Transparenz zu fairem und raschem Zugang zu Medikamenten für alle Patientinnen und Patienten führen und eine Diskriminierung verhindern. Eine stärkere Kooperation unter den Staaten sowie die Schaffung von Transparenz ist für eine echt wirksame Preispolitik mittel- und langfristig unabdingbar.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Art. 54</p>		<p>Zielvorgaben können eine Möglichkeit sein, das unkontrollierte Kostenwachstum im Gesundheitswesen zu steuern, effektiv wird sie unseres Erachtens nur mit der vorgeschlagenen verbindlicheren Variante. Begrüssen würden wir allerdings, wenn Kostensteuerungsmassnahmen der Tarifpartner diese Massnahmen erübrigen würden. Allenfalls liesse sich gerade in diesem Kontext ein wirkungsvoller Anreiz bei den Partnern festlegen.</p> <p>Zentral ist, dass eine Zielvorgabe nicht zu Rationierung oder Qualitätsverlust in der Gesundheitsversorgung führt. Die Versorgungs- und Patientensicherheit sowie der Zugang für alle und insbesondere chronisch kranke Patientinnen und Patienten muss stets und zu jeder Zeit gewährleistet sein. Ansonsten wäre ein umgekehrter Kosteneffekt die Folge. Entsprechend sollten die Ziele der Kostendämpfung mit Qualitätszielen eng verknüpft sein.</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Leider fehlt eine Regulierungsfolgeabschätzung, was die Einschätzung des volkswirtschaftlichen Kostensparpotential (administrativer Aufwand vs. Sparpotential) sowie den Bezug auf Zugang und Qualität verunmöglicht.</p> <p>Die Zielvorgaben können Anreiz für Kantone sein, beispielsweise in Bezug auf die Spitalplanung noch stärker untereinander zu koordinieren. Da die Umsetzungsgestaltung und Vollzugsverantwortung bei den Kantonen liegt, wird es erfahrungsgemäss zu erheblichen Unterschieden in der Ausgestaltung kommen, was wiederum die Versorgungssituation in den einzelnen Kantonen wenig harmonisieren dürfte. Zu verhindern sind 26 verschiedene Vorgehensweisen und die daraus resultierende Ungleichbehandlung von Versicherten resp. Patientinnen und Patienten verbunden mit einem zusätzlich nicht vertretbaren administrativen Aufwand.</p>	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 54	Abs. 3		Wir begrüssen, dass bei der Festlegung eines allfälligen Kostenziels auch die Faktoren Demografie und Morbidität der Wohnbevölkerung sowie der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.	Art. 54d			Wir begrüssen, dass bei Korrekturmassnahmen aussergewöhnliche Ereignisse wie Epidemien berücksichtigt werden.	
Fehler! Verweisquelle konnte nicht	Art. 14 IVG			Die Annäherung des IVG an das KVG ist grundsätzlich zu begrüssen, da dadurch im Bereich der Sozialversicherungen betreffend Arzneimittel zwischen KVG und IVG die gleichen WZW-Kriterien angewendet werden. Jedoch muss der Tatsache	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

<p>gefunden werden.</p>			<p>der Invalidität als besondere Lebenssituation im Unterschied zur Krankheit Rechnung getragen werden.</p> <p>Zudem zählen wir darauf, dass die Versprechen aus der IV-Revision eingehalten werden, insbesondere betreffend die besonderen Umstände bei Kindern mit Krebs oder sonstigen seltenen Krankheiten, die häufig zur wirksamen Behandlung Off-Label-Arzneimittel benötigen. Der Bundesrat hat somit im Rahmen seiner Verordnungskompetenz sicherzustellen, dass die Versorgung mit wirksamen Arzneimitteln zu verhältnismässigen Preisen von Kindern mit Geburtsgebrechen weiterhin und im bisherigen Umfang garantiert werden kann und eine Unterversorgung durch die neue Positivliste vermieden wird. Konkret bedeutet dies auch, dass die Regeln für die Abgabe von Arzneimitteln im Einzelfall bei Kindern mit Geburtsgebrechen weniger streng gehandhabt werden als im Rahmen der Regelung des KVG.</p>	
<p>Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.</p>	<p>Art. 47b IVG</p>		<p>Wir begrüssen die elektronische Übermittlung der Rechnung von sämtlichen Leistungserbringern im Sinne der Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Zentral ist, dass Versicherte weiterhin freiwillig entscheiden können, ob sie die Rechnung in elektronischer Form erhalten möchten.</p> <p>Die Rechnungskopie stärkt das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortung und damit auch die Stellung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem. Allerdings ist dafür auch eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten notwendig – wie dies auch in den bundesrätlichen Strategien «Gesundheit 2020» sowie «Gesundheit 2030» erwähnt ist. Für Patientinnen und Patienten stellt sich die Herausforderung, die Rechnung zu verstehen. Dazu muss deren Gesundheitskompetenz gefördert werden – dies auch und besonders in bildungsfernen Schichten. Eine bessere und</p>	

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)
Vernehmlassungsverfahren**

				umfassende Information für alle Patientinnen und Patienten sowie die Möglichkeit, Beratung in Anspruch zu nehmen, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig. Hierfür bieten sich die neutralen Patientenorganisationen mehr als an.	
--	--	--	--	--	--