

# Stellungnahmen KVV

## Generelle Stellungnahme – eher Ablehnung

Der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse als Dachverband von schweizweit über 1560 Apotheken von 1820 Apotheken und 7500 Apotheker und Apothekerinnen bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zur Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Wir bedanken uns vorab für die Berücksichtigung unserer Anliegen und stehen für Fragen zur Verfügung.

Der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse begrüsst grundsätzlich Bestrebungen zur Erhöhung der Transparenz und der Kosteneindämmung im Gesundheitswesen. Der vorliegende Vorschlag entspricht jedoch eher einem zusätzlichen kostspieligen administrativen Aufwand ohne klar ersichtlichen Mehrwert. Mit Artikel 47c KVG wurde bereits ein Instrument zur Überwachung der Kosten auf Tarifvertragsbasis inklusive Korrekturmassnahmen implementiert und es werden zusätzliche Kompetenzen an neue Gremien gegeben, was zu Doppelspurigkeiten führt und bereits bestehende Organisationen mit Schwerpunkt Qualitäts- und/oder Kostenmonitoring schwächt.

Es ist fraglich, inwiefern die Festlegung von Kostenzielen zur Kostensenkung beitragen soll. Ziele können aus unterschiedlichen Gründen verfehlt werden und diese Gründe müssen erst vertieft analysiert werden, bevor daraus vorschnell Entscheidungen getroffen werden sollen. Zudem haben die vorgeschlagenen Änderungen auch Auswirkungen auf andere als die erwähnten Bestimmungen, weshalb zusätzliche Anpassungen notwendig sind.

Die Einsetzung einer neuen Kommission führt zu zusätzlichen Kosten beim BAG, wobei der konkrete Nutzen der neuen Kommission nicht ersichtlich ist. Innerhalb der Kommission sind die verschiedenen Leistungserbringer zudem unterrepräsentiert. Auch ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein zusätzliches Monitoring durch die Kommission notwendig ist, wenn bereits über die Tarifverträge ein Kosten-Monitoring besteht. Insgesamt führt der vorliegende Vorschlag zu mehr Bürokratie, mehr Aufwand bei den Leistungserbringern und ist mit anderen Reformen und Bestrebungen der Kostendämpfung nicht ausreichend koordiniert. Der Schweizerische Apothekerverband lehnt deshalb diese Verordnungsänderung ab und fordert eine Neuausarbeitung, welche nicht zu mehr administrativem Aufwand führt und bereits bestehende Aufgaben im Bereich des Kosten- und Qualitätsmonitorings berücksichtigt und miteinbezieht.

Ausführliche Rückmeldungen zu den einzelnen Bestimmungen finden Sie nachfolgend.

## Einzelne Artikel

### Art. 28 Abs. 1 und Abs. 6 KVV – Zustimmung mit Anpassung

Die Verknüpfung der Daten mit anderen Datenquellen durch das BAG wird zwar begrüsst, jedoch ist die Bestimmung so offen formuliert, dass nicht nachvollziehbar ist, mit welchen Datenquellen die Daten verknüpft werden. Zumindest auf der Ebene der Verordnung sollte dies klar definiert werden.

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist zudem die Nutzung von Gesundheitsdaten auf das Notwendige zu reduzieren.

### Art. 59c Grundsätze für Tarifverträge – Zustimmung mit Anpassung

Der Dachverband begrüsst klarere Vorgaben für die geltenden Grundsätze für Tarifverträge. Die vorgeschlagenen Bestimmungen schaffen jedoch nicht ausreichend Klarheit:

Abs. 1 lit. a: Es ist festzuhalten, was unter den transparent ausgewiesenen Kosten zu verstehen ist. Dabei sind neben dem Aufwand für die Leistung oder das Heilmittel an sich (Personal-, Miet-, Unterhaltskosten, etc.) auch die Investitionskosten zu berücksichtigen. Wenn nur das Minimum vergütet wird, sind keine Investitionen möglich und damit auch keine Weiterentwicklung.

Abs. 1 lit. b: Die Unterschiede bei den Leistungserbringern müssen in Bezug auf die Effizienz berücksichtigt werden. Eine kleine Apotheke in einem ländlichen Gebiet kann basierend auf der Kundenfrequenz nicht gleich effizient sein, wie eine Bahnhofapotheke in einer grösseren Stadt. Sie leistet dagegen einen grossen Beitrag zum Service Public und der Versorgung in weniger besiedelten Gebieten. Dies ist bei der Frage der Effizienz zu berücksichtigen.

Abs. 1 lit. c: Wenn ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf, muss eine Koppelung an die Teuerung in den Tarifen vorgenommen werden. Ansonsten sind die Tarife nicht langfristig tragbar, da steigende Kosten bei der Leistungserbringung oder der Abgabe von Heilmitteln nie berücksichtigt werden könnten. Zudem muss die Kostenneutralität einen Spielraum haben für Innovationen, welche mittel- oder langfristig zu einer Verbesserung der Versorgung oder zur Kosteneffizienz führt. Kostenneutralität muss entsprechend flexibel ausgelegt werden, da ansonsten kein Raum für Innovationen besteht.

Abs. 3: Es ist nicht nachvollziehbar, was in Abs. 3 mit Anwendungsmodalitäten gemeint ist, und es wird im erläuternden Bericht auch nicht ausgeführt. Dies führt in den Vertragsverhandlungen erfahrungsgemäss zu Unsicherheit zwischen Versicherer und Leistungserbringer bzw. deren Verbänden. Es ist klarer zu formulieren, was mit Anwendungsmodalitäten gemeint ist, ansonsten bietet dieser Absatz keinerlei Mehrwert.

Bei der Prüfung der Billigkeit ist die Ungleichheit der Leistungserbringer gegenüber anderer Leistungserbringer und innerhalb der gleichen Leistungserbringer zu berücksichtigen. Diese müssen folglich gleich nach ihrer Gleichheit und ungleich nach ihrer Ungleichheit bewertet werden.

#### Art. 59cbis Grundsätze für leistungsbezogene Pauschalen – Ablehnung

Die vorgesehene Unterscheidung der Leistungen nach Art und Intensität führt zu einer erheblichen Komplexitätssteigerung des Abrechnungssystems. Ein derart detailliertes System steht im klaren Widerspruch zum angestrebten pauschalen Vergütungsansatz, wie er derzeit beispielsweise im ambulanten Bereich mit Pauschalen praktiziert wird.

Wenn der Bund weiterhin auf eine pauschale Vergütung setzt, muss er in seiner Regulierung konsequent und kohärent bleiben. Eine gleichzeitige Einführung stark differenzierter Leistungskategorien untergräbt die Logik in diesem System und führt zwangsläufig zu Inkonsistenzen sowie administrativem Mehraufwand. Ohne eine klare und einheitliche Linie droht ein Systemchaos, das weder für Leistungserbringer noch für Versicherer handhabbar ist.

#### Art. 59cter Inhalt des Genehmigungsgesuchs für Tarifverträge an den Bundesrat – Zustimmung mit Anpassung

Bei der Bewertung, wie sich die Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und die Kosten auswirkt, sind auch relevante gesetzliche Entwicklungen – etwa die Einführung von EFAS – systematisch zu berücksichtigen, da sie die Rahmenbedingungen und finanziellen Ströme wesentlich beeinflussen können.

#### Art. 59cquater Aufgaben der Genehmigungsbehörde – Zustimmung mit Anpassung

Die Bestimmung der regelmässigen Überprüfung der Tarife durch die Tarifpartner gemäss Art. 59d E-KVV muss analog auch für die amtlich festgelegten Tarife gelten. Folglich müsste Art. 59cquater Abs. 2 E-KVV angepasst werden, dass auch die Anpassungs- und Überprüfungspflichten nach Art. 59d E-KVV sinngemäss anzuwenden sind, analog der Bestimmung von Art. 59c Abs. 3 der aktuellen KVV.

Zudem soll die Genehmigungsbehörde sich darauf beschränken, die Einhaltung der Grundsätze für Tarifverträge (Art. 59c KVV) zu prüfen. Innovative Abmachungen zwischen den Tarifpartnern unter Einhaltung der Vorgaben des Krankenversicherungsrecht sollen dabei respektiert werden, ansonsten ist eine Weiterentwicklung der Tarifsysteme nicht möglich, was die Tarifierung lähmen kann.

#### Art. 59d Überprüfungs- und Anpassungspflichten – Zustimmung mit Anpassung

Die Bestimmung der regelmässigen Überprüfung der Tarife durch die Tarifpartner gemäss Art. 59d E-KVV muss analog auch für die amtlich festgelegten Tarife gelten. Folglich müsste Art. 59cquater Abs. 2 E-KVV angepasst werden, dass auch die Anpassungs- und Überprüfungspflichten nach Art. 59d E-KVV sinngemäss anzuwenden sind, analog der Bestimmung von Art. 59c Abs. 3 der aktuellen KVV.

Eine rasche Genehmigung von Überprüften und in der Folge überarbeiteten Tarifen durch den Bundesrat oder die zuständige Behörde ist dabei sicherzustellen.

Gliederungstitel vor Art. 59f – Zustimmung

Gliederungstitel nach Art. 75 – Zustimmung

Art. 75a Gesamtziele – Ablehnung

Doppeltes "1" zu Beginn des Absatzes entfernen.

Der Gesetzestext und der Verordnungsentwurf beziehen sich wiederholt auf «Kostenziele», ohne jedoch klarzustellen, in welcher Form oder anhand welcher Messgrössen diese konkret festgelegt werden sollen. Es bleibt offen, ob sie als absolute Beträge, als jährliche Wachstumsraten oder in Relation zu makroökonomischen Indikatoren wie dem Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) definiert werden. Um eine verlässliche Planungsgrundlage für die Kantone zu gewährleisten und eine effektive Steuerung zu ermöglichen, ist eine eindeutige und transparente Festlegung dieser Parameter unerlässlich.

Darüber hinaus erweist sich die bestehende Liste der berücksichtigungswürdigen Faktoren bei der Bestimmung von Kostenzielen als nicht umfassend genug. Insbesondere sollten zusätzlich einbezogen werden:

- Regionale und sektorspezifische Unterschiede sowie strukturelle Gegebenheiten
- Zusätzliche finanzielle Belastungen, die durch regulatorische Vorgaben von Bund und Kantonen entstehen

Zudem bleibt unklar, wie die vornehmlich finanziell ausgerichteten Kostenziele mit den qualitativen Zielsetzungen des Bundesrats in Einklang gebracht werden sollen. Da diese Zielgrössen auf unterschiedlichen Konzepten basieren, ist eine klare methodische Herleitung erforderlich, um eine kohärente und praxisnahe Verknüpfung sicherzustellen, ohne dass einseitig auf die Kosten fokussiert wird.

Art. 75b Ziele für die Kostengruppen – Ablehnung

Der Bundesrat erkennt in den Erläuterungen zur Revision der KVV selbst an, dass die definierten Kostengruppen nicht sämtliche durch die OKP vergüteten Kosten erfassen. Damit gesteht er ein, dass bestimmte Akteure im Gesundheitswesen nicht der Vorgabe von Kostenzielen unterstellt werden sollen. Aus Sicht der Leistungserbringer innerhalb der betroffenen Kostengruppen stellt dies eine nicht hinnehmbare Ungleichbehandlung dar.

Zudem ist nicht nachvollziehbar, weshalb für jede Kostengruppe pauschale Kostenziele festgelegt werden sollen. So ist beispielsweise in zahlreichen kantonalen Versorgungsplanungen unbestritten, dass der Bedarf in den Bereichen der stationären Rehabilitation und Psychiatrie in den kommenden Jahren zunehmen wird, was zwangsläufig zu höheren Kosten führt. Da jedoch lediglich eine einheitliche Kostengruppe für «stationäre Behandlungen» existiert, wäre eine differenzierte Abbildung dieser Entwicklungen zwingend erforderlich. Daher ist die Ergänzung von Art. 75a Abs. 2 um sektorspezifische Besonderheiten und Unterschiede von zentraler Bedeutung.

Art. 75c Mitglieder – Ablehnung

Es ist äusserst fraglich, inwiefern eine Person als Vertretung der Leistungserbringer die unterschiedlichen Arten der Leistungserbringer angemessen vertreten kann. Die Diversität der verschiedenen Leistungserbringer ist angemessen zu berücksichtigen. Wir stehen allgemein einer weiteren Kommission kritisch gegenüber, diese verursacht zusätzliche Kosten und bringt kaum zusätzlichen Nutzen. Zudem lässt die vorgeschlagene Zusammensetzung vermuten, dass die jeweiligen Kommissionsmitglieder in erster Linie die Interessen der vertretenen Organisationen einbringen und verteidigen sollen, statt eine effektive Expertise einzubringen. Es wäre sinnvoller, die Kommission entweder als Expertengruppe ohne Interessenvertretungen auszugestalten oder als Kommission bestehend aus allen Interessensvertreterinnen und -vertreter. Dabei sollen bereits bestehende Kommissionen berücksichtigt werden.

Art. 75d Aufgaben und Kompetenzen – Ablehnung

Weshalb richtet die Kommission ein zusätzliches Monitoring der Kosten ein, wenn dies bereits über die Tarifverträge zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern bzw. deren Verbänden erfolgt (Art. 47c KVG)? Dies führt zu einer unnötigen Doppelspurigkeit und einer zweifachen Überwachung der Kosten.

Sinnvoller wäre es, wenn auf Basis des Monitorings im Rahmen der Tarifverträge nicht nur Korrekturmassnahmen bei nicht erklärbaren Entwicklungen erfolgen, sondern auch Empfehlungen zuhanden des Bunds und der Tarifpartner abgeleitet werden können.

Bei Entscheidungen des Bundesrats oder einer anderen Behörde basierend auf den Empfehlungen der Kommission sind die Leistungserbringer und die Versicherer bzw. deren Verbände stets zu konsultieren.