

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

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Kanton Basel-Stadt

Abkürzung der Firma / Organisation : BS

Adresse : Rathaus, Marktplatz 9, 4001 Basel

Kontaktperson : Ljubiša Stojanović, Gesundheitsdepartement, Gesundheitsversorgung, Leiter Finanzen und Dienste

Telefon : 061 205 32 60

E-Mail : Ljubisa.Stojanovic@bs.ch

Datum : 10. 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	7

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
BS	<p>Grundsätzlich begrüsst der Kanton-BaseL Stadt die mit dem Paket 2 vorgeschlagenen Massnahmen zur Kostendämpfung. Die Verantwortung für eine funktionierende und hochstehende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung liegt hauptsächlich bei den Kantonen. Die vorliegenden Massnahmen unterstützen den Kanton Basel-Stadt mehrheitlich bei der Optimierung der Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen. Es ist jedoch zentral, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen mit kostendämpfender Wirkung auch den Fokus auf die Versorgungssicherheit und -qualität zu legen. Während dies bei der Stärkung der koordinierten Versorgung umgesetzt wird, hängt die Wirksamkeit der Zielvorgabe und der Erstberatungsstelle wesentlich von deren Umsetzung ab. Die vorgeschlagenen Massnahmen sind diesbezüglich zu wenig konkret und ausgereift. Daher sollte primär die Weiterverfolgung der Koordinierten Versorgung und die damit angestrebte Kostendämpfung sowie Vorteile für die Versorgung im Zentrum stehen.</p> <p>Nachfolgend werden allgemeine Bemerkungen zu den vorgeschlagenen Massnahmen „Zielvorgaben“, „Erstberatungsstelle“, „Koordinierte Versorgung stärken“ und „Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug“ angebracht. Für weitergehende Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen wird auf die untenstehende tabellarische Zusammenstellung verwiesen.</p>
BS	<p>Zielvorgaben</p> <p>Grundsätzlich kann die allgemeine Zielsetzung der vorgeschlagenen Massnahme gutgeheissen werden. Eine Steuerung des angebotsgetriebenen und vom Kostenwachstum geprägten Gesundheitswesens ist ein Schritt in die richtige Richtung, zumal die Versorgungsverantwortung und die Steuerungskompetenz in den Händen der Kantone belassen werden soll. Mit den vorliegenden Massnahmen könnten die Kantone im Falle eines übermässigen Kostenanstiegs korrigierend in die Versorgung eingreifen. Dies ist vom Grundsatz her zu begrüssen.</p> <p>Zu kritisieren ist hingegen insbesondere die Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Neuregelung. In der vorliegenden Form würde sich die Umsetzung für die Kantone als nahezu unmöglich erweisen. Insbesondere lehnt der Kanton Basel-Stadt in diesem Zusammenhang eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ab. Diese ist aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten in der Praxis nicht umsetzbar. So müssten die Kantone die Zielvorgaben für einzelne Leistungsbereiche bereits bestimmen, bevor die Daten des Vorjahres, allenfalls sogar des Vorvorjahres überhaupt bekannt wären. Ferner müssten sie Korrekturmassnahmen festlegen, bevor überhaupt bekannt ist, ob die Zielvorgaben auch tatsächlich eingehalten worden sind. Unklar ist darüber hinaus auch, wie mit Beschwerden gegen kantonale Beschlüsse oder Korrekturmassnahmen umgegangen würde. Die jährliche Überprüfung ist daher abzulehnen. Damit das System genügend Zeit hat sich anzupassen, braucht es einen deutlich längeren Horizont. Ein 4-jähriger Zyklus scheint sinnvoll, um die Zielvorgabe politisch zu verabschieden, danach in den Kantonen mit verzögerten Daten umzusetzen und nicht zuletzt zu beurteilen, ob die Wirkungen von Steuerungs- bzw. Korrekturmassnahmen zufriedenstellend sind. Schliesslich ist zu befürchten, dass die Festlegung der Zielvorgaben für jeweils einzelne Kostenblöcke das übergeordnete Ziel der Stärkung der koordinier-</p>

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

	<p>ten Versorgung behindert, ja sogar noch zu einer zusätzlichen „Silobildung“ zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen beiträgt. Die vorgeschlagene Steuerung der einzelnen Kostenblöcke dürfte innovative Kooperationsansätze wie beispielsweise „ambulant vor stationär“ eher bremsen und könnte auch die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung behindern, wie sie die Kantone Basel-Stadt und Basel-Land im Rahmen der gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) vorantreiben. Dies zeigt sich nicht zuletzt darin, dass die Bemessung der Zielvorgabe und der Kostenentwicklung unabhängig davon, ob sie nach Massgabe des Standort- oder des Wohnortkantons vorgenommen wird, mit grossen technischen Schwierigkeiten verbunden sein wird, da die hoheitlichen Steuerungsinstrumente nicht mit deren Wirkungsgebiet zusammenfallen. Mit der vorgesehenen Stärkung der koordinierten Versorgung soll zwar ein gewisser Ausgleich geschaffen werden. Trotzdem fehlt insgesamt der Anspruch einer gesundheitspolitischen Gesamtsteuerung, und wichtige Aspekte wie die Qualität, die Prävention oder die öffentliche Gesundheit werden tendenziell vernachlässigt.</p> <p>Weitere Bemerkungen zu dieser Massnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für die Umsetzung benötigen die Kantone einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer. Es ist unabdingbar, den Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer in einer entsprechenden Gesetzesbestimmung festzuhalten (siehe unten die Bemerkungen zu Art. 21 VE-KVG). • Die Umsetzung der Zielvorgaben stellt für die Kantone auf administrativer Ebene und auch in punkto Finanzierung eine starke Belastung dar. Hinzu kommt, dass für die Erstellung von Kostenprognosen, den Einbezug betroffener Stakeholder in die Bestimmung der Kostenziele oder die Konzeption und Durchsetzung der Korrekturmassnahmen viele Kantone auch auf externe Unterstützung angewiesen wären. • Der Vorschlag geht immer noch davon aus, dass es ein „technisch richtiges“ Niveau an Kostenwachstum gibt, das von einer Expertenkommission berechnet werden könnte und dann einfach von den Kantonen auf die verschiedenen Sektoren runtergebrochen werden kann. Es fehlen systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnte. Der Bund sollte daher grössere Toleranzmargen zulassen. • Grundsätzlich kann der Kanton Basel-Stadt die Argumente für eine Umsetzung nach dem Prinzip Wohnkanton der Versicherten nachvollziehen. Das Wohnortprinzip bedeutet aber einen Bruch mit der bisherigen Spitalplanungslogik und macht es für den Kanton Basel-Stadt schwieriger, die Zielerreichung zu überprüfen sowie Korrekturmassnahmen bezogen auf einzelne Leistungserbringer(kategorien) bzw. Kostenblöcke zu formulieren und umzusetzen.
BS	<p>Erstberatungsstelle</p> <p>Im Jahr 2018 wählten bereits mehr als 70% der Versicherten Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahlfreiheit, was zeigt, dass die Mehrheit der Gesellschaft gegenüber solchen Modellen positiv eingestellt ist. In diesem Sinn unterstützt der Kanton Basel-Stadt das Ansinnen, die gezielte Steuerung der Leistungen durch eine koordinierende Stelle – im Normalfall die Hausärztin oder der Hausarzt – zu stärken. Trotzdem sind bezüglich der vorgeschlagenen Erstberatungsstelle auch Kritikpunkte, wie insbesondere der nicht zu unterschätzende Mehraufwand für die Kantone anzu-</p>

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

	<p>bringen. Darüber hinaus sind auch die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme aus Sicht des Kantons Basel-Stadt in Frage zu stellen. Auf folgende Anliegen möchten wir im Besonderen hinweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gilt zu verhindern, dass mit der Einführung einer solchen Erstberatungsstelle chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen benachteiligt werden. Eine Wahlfreiheit nicht nur der Erstberatungsstelle sondern auch aller weiterbehandelnden Leistungserbringer*innen muss in jedem Fall gewährleistet bleiben, ebenso wie die adäquate Versorgung von älteren Menschen bzw. multimorbiden oder chronischen Patientinnen und Patienten. • Da bereits heute gut zwei Drittel der Versicherten in einem Hausarzt- oder HMO-Modell versichert sind, stellt sich die Frage, ob eine solche Regelung insbesondere mit Blick auf den hohen Administrativaufwand für die Kantone wirklich erforderlich ist. Auch wenn es heute noch vielfach jüngere und gesündere Versicherungsnehmer sind, die besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wählen, wird sich mit deren fortschreitendem Alter der Anteil an Versicherungsnehmern im Standardversicherungsmodell automatisch weiter verringern und der Anteil mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers steigen. • Die vorgesehene pauschale Vergütung (Pro-Kopf-Betrag) der Erstberatungsstellen birgt die Gefahr der Risikoselektion. Bei älteren, chronisch kranken oder multimorbiden Patienten ist dieser Betrag je nachdem nicht kostendeckend, während er bei jüngeren Patienten mit gutem Gesundheitszustand allenfalls die effektiven Kosten übersteigt. So besteht mit der Pauschale die Gefahr einer medizinischen Unter- resp. Überversorgung bei den entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Diese Fehlanreize müssen in jedem Fall verhindert werden. • Zu hinterfragen ist ferner, dass der Versicherer gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine Pauschale bezahlt – auch wenn sie die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Der Nutzen im Vergleich zur heutigen Regelung, wonach die erste Anlaufstelle nur für effektiv erbrachte Leistungen vergütet wird, ist fraglich. • Zudem muss das Netzwerk der Erstberatungsstellen zuerst aufgebaut werden, bevor damit Kostenersparnisse erzielt werden können. Dies bedeutet einen grossen administrativen Aufwand und es stellt sich die Frage, ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis tatsächlich aufgeht. Der Kanton Basel-Stadt fordert, dass die Mehrbelastung tragbar sein muss, insbesondere mit Blick auf die Prüfung der Kriterien für Erstberatungsstellen sowie die Veröffentlichung und die regelmässige Pflege der Listen. • Zentral sind auch Fragen im Zusammenhang mit der Weiterführung von Prämienrabatten: Müssen Versicherte, die heute nach traditionellem Modell mit durchgehend freier Arztwahl versichert sind, künftig ihre Wahlfreiheit einschränken, ohne einen geldwerten Vorteil in Form eines Prämienrabatts daraus ziehen zu können? Erhalten Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen zusätzliche Prämienrabatte, wenn sie ihre erste Anlaufstelle nur noch aus einer Liste auswählen dürfen? Zahlen bisher in Modellen mit Rabatten versicherte Personen höhere Prämien? Falls ja, in welchem Umfang?
BS	<p>Koordinierte Versorgung stärken</p> <p>Der Kanton Basel-Stadt ist ebenfalls der Ansicht, dass eine gezielte Förderung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung und von Programmen</p>

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

	<p>der Patientenversorgung deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und zur Bewältigung der bevorstehenden demografischen Herausforderungen beitragen kann. Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen in diesem Bereich wird deshalb gutgeheissen. Zentral für das langfristige Bestehen von Netzwerken zur koordinierten Versorgung ist die angemessene Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen. Dies soll mit der vorgesehenen Pauschale sichergestellt werden.</p> <p>Die im Rahmen der KVG-Änderung vorgeschlagenen Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung setzen den Bund in die Hauptrolle: Der Bundesrat legt die Zulassungsvoraussetzungen für Netzwerke fest, bezeichnet die Leistungen, die diese erbringen dürfen, und regelt die Voraussetzungen für die Genehmigung der Programme der Patientenversorgung durch das EDI. Auch die Kantone können aber in der integrierten Versorgung wichtige und notwendige Impulse setzen, viele Kantone tun das auch bereits. Der Kanton Basel-Stadt empfiehlt deshalb, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.</p>
BS	<p>Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug</p> <p>Grundsätzlich kann sich der Kanton Basel-Stadt mit der Stossrichtung der vorgeschlagenen weiteren Massnahmen zur Kostendämpfung (Differenzierte WZW-Prüfung nach Art. 32 KVG, Grundsätze für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen, Preismodelle und Rückerstattungen, Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten, Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl, Elektronische Rechnungsübermittlung) einverstanden erklären. Bei den vorgesehenen Preismodellen für innovative Arzneimitteltherapien ist der Transparenzverlust in Bezug auf die Preisgestaltung zu bedauern, kann aber im Interesse einer wirtschaftlicheren Vergütung in Kauf genommen werden. Sofern im Rahmen dieser Modelle Rückerstattungen für stationäre Therapien vorgesehen werden, sind auch die Kantone als Mitfinanzierer daran zu beteiligen.</p> <p>Weitergehende Bemerkungen finden sich zu den einzelnen Bestimmungen.</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)
BS	21			Für eine Umsetzung der Zielvorgaben benötigen die Kantone einen zeitnahen und kostenfreien Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer. Art. 21 VE-KVG sieht einzig das BAG als Empfängerin der Daten der Versicherer vor und eine ergänzende Regelung für die Datenweitergabe vom BAG an die Kantone fehlt. Somit verfügen die Kantone nicht über die erforderlichen Informationen für die Festlegung der kantonalen Gesamtkostenziele und deren Aufteilung in Kostenblöcke. Es ist unabdingbar, den Zugang zu den relevanten Daten der Versicherer und der Leistungserbringer in einer entsprechenden Gesetzesbestimmung festzuhalten.	
BS	25	2	h u. i	Die Verankerung von nicht-ärztlichen Leistungen (Apotheken, ANPs) im Rahmen von strukturierten Programmen ist für die koordinierte Versorgung von Bedeutung. Insbesondere die Rolle von ANPs kann dadurch gestärkt werden, d.h. derjenigen, welche in einer koordinierten Versorgung weitergehende Aufgaben in der Koordination, bei Assessments, Überwachung und spezifischen Behandlungsmassnahmen übernehmen können. Es bleibt jedoch offen, wie die ANPs ausserhalb solcher strukturierten Programme vergütet werden. Durch Verlagerung bestimmter Leistungen auf Apotheken (z.B. spezifische Impfungen) können Kosten eingespart werden.	
BS	32	3		Die in Art. 32 Abs. 3 vorgesehene differenzierte Betrachtung ist sicherlich sinnvoll und zu unterstützen, da damit eine transparen-	

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

				tere Auslegung der WZW-Prüfung möglich wird. Es wird aber abzuwarten sein, welche Kriterien dann konkret vom Bundesrat vorgeschlagen werden. Auch die Ausführungen zur detaillierten WZW-Prüfung bei Indikationserweiterungen, Limitierungsänderungen oder Indikationseinschränkungen sind durchaus zu begrüssen.	
BS	35	2	o	<p>Eine Verankerung der Leistungserbringung durch Netzwerke im KVG ist zu begrüssen. Die Gründe für die Verankerung sind bekannt und nachvollziehbar.</p> <p>Zentral bleibt daher die Frage, ob die Verankerung der Netzwerke im KVG alleine die Leistungserbringer dazu motivieren kann, sich einem Netzwerk anzuschliessen. Parallel zur Verankerung im KVG müsste deshalb ein adäquates Anreizsystem zur Bildung der Netzwerke erarbeitet werden.</p>	
BS	36b			Der Kanton Basel-Stadt erachtet es als nötig, im Gesetz festzuhalten, dass die Kantone ihre bisherigen Aktivitäten zur Stärkung der koordinierten Versorgung weiterführen und bei Bedarf ausbauen dürfen, soweit diese den Rahmen des KVG nicht verletzen. Dies beinhaltet die Genehmigung von kantonalen oder interkantonalen Programmen der Patientenversorgung durch die beteiligten Kantone, aber auch die Zulassung von Netzwerken anhand der vom Bund festgelegten Zulassungsvoraussetzungen. Diese Zulassungskompetenz der Kantone ist im Gesetz explizit zu regeln.	
BS	36b	1	a	Der aktuelle Text und die Erklärung dazu definiert das Netzwerk zur koordinierten Versorgung als eine Einrichtung, welche die Leistungen nach Art. 25–31 KVG ambulant und koordiniert erbringt. Die Formulierung ist zu prüfen, denn in der aktuellen Version führ sie zu mehreren Widersprüchen:	Leistungen nach den Artikeln 25–31 ambulant und koordiniert erbringt; [...]

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

				<p>Es wird ein Bezug zu Art. 25–31 KVG hergestellt, welche nicht nur ambulante, sondern auch stationäre Leistungen beschreiben. In diesem Sinn steht die alleinige Formulierung „ambulant“ im Widerspruch zur Aufzählung der Leistungen in Art. 25 KVG.</p> <p>Gemäss den Erläuterungen soll das Netzwerk ein Koordinationszentrum sowie die vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer umfassen. Dies impliziert, dass das Netzwerk auch stationäre Leistungen erbringen kann, wenn sich dem Netzwerk stationäre Gesundheitseinrichtungen anschliessen. Dies steht wiederum im Widerspruch zur Definition des Netzwerks unter Art. 36b Abs. 1 Bst. a VE-KVG.</p>	
BS	36b	2 u. 3		<p>Unklar ist, ob sich die Kantone an der Definition der Zulassungsvoraussetzungen beteiligen dürfen, wenn sie die vom Netzwerk erbrachten Leistungen mitfinanzieren müssen. Die Genehmigung der Tarifverträge gemäss Art. 46 Abs. 4 KVG sichert zwar eine gewisse „Einflussnahme“ des Kantons, die aber nicht in jedem Fall ausreichend ist.</p>	
BS	36b	3	g	<p>Als eine der Zulassungsvoraussetzungen für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung ist der Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft. Dies ist sehr zu begrüssen. Auch hier bleibt die Frage nach einem Anreizsystem offen, da derzeit die ambulanten Leistungserbringer nicht verpflichtet sind, sich an eine Stammgemeinschaft anzuschliessen (doppelte Freiwilligkeit).</p>	
BS	41	1		<p>Die in Art. 41 Abs. 1 KVG vorgesehene Präzisierung geht unseres Erachtens nicht weit genug. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BVGE 2013/17) hat sich der Referenztarif bereits heute an der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons zu orientieren. Der Kanton Basel-Stadt empfiehlt, auf Verordnungsstufe</p>	

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

				festzuhalten, dass der Referenztarif auf Basis von gewichteten Fallzahlen zu bestimmen ist. Die Kantone sind bei der Ausarbeitung der Verordnungsbestimmungen einzubeziehen.	
BS	42	2	b	Die Einführung des Tiers Payant für Vergütungen, für die das BAG oder das EDI eine Rückerstattung nach Art. 52b Abs. 1 oder 2 VE-KVG vorgesehen hat erscheinen sinnvoll, da der Preis den der Versicherte für das Arzneimittel bezahlt unter Umständen nicht dem Endpreis (nach Rückerstattung) entspricht. Dies hätte Auswirkungen auf die Kostenbeteiligung des Versicherten und würde unter Umständen zu administrativ aufwändigen Rückvergütungen führen.	
BS	42	3 ^{ter}		Der Kanton Basel-Stadt begrüsst die Massnahme, jedoch sollten auch die Patienten die Möglichkeit erhalten, ihre Rechnungen digital zu bearbeiten, jedoch ohne Verpflichtung dazu (Rechnungserhalt auf Wunsch kostenlos in Papierform). Die Tarifpartner haben sich auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung zu einigen. Die Rechnungsstellung soll über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Hier wird auf das bereits bestehende „Forum Datenaustausch“ verwiesen, in welchem sich die Akteure des Gesundheitswesens bereits seit einiger Zeit zusammengeschlossen haben. Ziel hierbei ist auch eine effiziente Leistungs- und Rechnungskontrolle.	
BS	42a	2–3		Die Vorgaben für die Versichertenkarte in Artikel 42a VE-KVG sollten technologieneutral formuliert und der Verwendungszweck der Versichertenkarte an die neuen Prozessabläufe bei der elektronischen Rechnungsstellung angepasst werden.	
BS	42a	2 ^{bis}	a	Gemäss Art. 42a Abs. 2bis Bst. a VE-KVG soll die Versichertenkarte auch als Identifikationsmittel für das elektronische Patien-	

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

				tendossier verwendet werden können. Hierfür muss die Versicherungskarte in ein eID-System eingebettet werden, welches gemäss EPDG vorab zu zertifizieren ist. Damit würde die SASIS zum ID-Provider. Für Personen, die gemäss KVG versichert sind, kann die aktuelle Versicherungskarte nur die Identifikation für die Erstellung einer zertifizierten eID vereinfachen.	
BS	48a			Unklar erscheint, ob der Kanton beim Fehlen eines Tarifvertrages zwischen Netzwerk und Versicherer den Tarif festsetzen muss oder ob eine Nichteinigung bedeutet, dass das Netzwerk seine Leistungen nicht gegenüber der OKP abrechnen darf. Diese Frage ist zu klären.	
BS	48a	1	b	Es ist unklar, wessen Koordinationsaufwand an die Pauschale anrechenbar ist (Koordinationszentrum, primärer Kreis, ggf. auch Kooperationskreis) und bis zu welcher Höhe.	
BS	52b			<p>Mit vorliegender Revision soll die Möglichkeit der Schaffung von Preismodellen auf Gesetzesstufe implementiert werden. Dazu gehören insbesondere rechtlichen Grundlagen, die es dem BAG ermöglichen, bei der Preisfestsetzung Rückerstattungen auf dem Höchstpreis der Spezialitätenliste festzulegen. Dies ist zu begrüssen.</p> <p>Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen muss jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen. Im stationären Bereich werden innovative und teure Arzneimitteln häufig in Form von Zusatzentgelten zu mindestens 55% durch die Kantone abgegolten. Die Höhe der Zusatzentgelte wird dabei auf Grund der SL, spezifischen Tarifverträgen oder Vereinbarungen berechnet. Sehen diese Instrumente in Zukunft vermehrt Preismodelle mit Rückerstattungen vor, haben auch die Kantone davon zu profitieren.</p>	

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

BS	52c			Art. 52c VE-KVG als Ausnahmebestimmung steht im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen (Art. 52b VE-KVG) und ist vor diesem Hintergrund zu begrüssen.	
BS	53	1		Die Schliessung der Gesetzeslücke wird begrüsst.	
BS	54	1		Der Kanton Basel-Stadt lehnt insbesondere eine jährliche Anpassung der Zielvorgaben ab. Diese ist aufgrund fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten in der Praxis nicht umsetzbar. Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob anstelle von „Kostenzielen“ nicht die Festlegung von „Kostenkorridoren“ angemessener wäre.	¹ Der Bundesrat legt <i>jeweils für einen Zeitraum von vier Jahren</i> fest, um welchen Prozentsatz die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr <i>höchstens im jährlichen Durchschnitt</i> ansteigen dürfen (Kostenziele):
BS		3		Neben den erwähnten Faktoren müssten unbedingt auch die Auswirkungen auf die gesundheitspolitische Versorgungslage sowohl national wie auch kantonal mitberücksichtigt werden.	³ Bei der Festlegung der Kostenziele und der Toleranzmarge <i>nach Absatz 1 und 2</i> berücksichtigt er namentlich: [...] <i>d. die Auswirkungen auf die Einkommenslage der Leistungserbringer und das Versorgungsangebot der betroffenen Leistungen.</i>
BS	Art 54a – 54c			Der Mechanismus in den Folgeartikeln müsste auf Konsistenz mit der obigen Anpassung geprüft werden.	
BS	54d			Der Kanton Basel-Stadt verlangt zwingend eine „ Kann-Regelung “. Es gibt Situationen, in denen ein eng begleitetes Ausgabenwachstum gerechtfertigt sein kann, bspw. wenn es darum geht, der Unterversorgung in einer Region durch einen gezielten Ausbau des Angebots entgegenzuwirken. Um aufwendige Rückvergütungen und damit einhergehende Ungerechtigkeiten zu verhindern, sollen ausschliesslich Korrekturmass-	

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

				nahmen mit einem prospektiven Charakter möglich sein, Art. 54d der Vorlage ist diesbezüglich zu präzisieren.	
BS	64	7	b	<p>Der Kanton Basel-Stadt begrüsst die Präzisierung, welche eine einheitliche Auslegung von Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG bewirken soll.</p> <p>Jedoch sollte man im Hinblick auf eine konsequente Gleichbehandlung der Patientinnen nicht nur Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung ausnehmen, sondern alle Massnahmen ab dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft.</p> <p>Auch die Motion Addor 19.3307 und die Motion Kälin 19.3070 beauftragen den Bundesrat, eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Grundlagen vorzunehmen. Der Bundesrat beantragte die Annahme beider Motionen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund sind ferner die Art. 13–16 KLV anzupassen. Denn Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG sieht zwar vor, dass der Versicherer für Leistungen nach Art. 29 Abs. 2 (Mutterschaft) keine Kostenbeteiligung erheben darf, jedoch setzten die einschlägigen Bestimmungen der KLV für die Übernahme der Leistungen bei Mutterschaft durch die Versicherung vereinzelt das Vorliegen der 13. Schwangerschaftswoche voraus (so z.B. Art. 13 Bst. f [Keine Übernahme durch die Versicherung bei Fehlgeburten vor der 13. Schwangerschaftswoche = volle Kostentragung durch die Versicherte]).</p>	<p>⁷ Für folgende Leistungen darf der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben:</p> <p>b. Leistungen nach den Artikeln 25, 25a, 27, 28 und 30, die ab der 13. Schwangerschaftswoche dem Vorliegen einer ärztlich bestätigten Schwangerschaft, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden;</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.