

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG
Frau Anne Lévy, Direktorin
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Für Rückfragen:
Agnes Stäuble
agnes.staeuble@prio.swiss
Tel. 058/521 26 10

Per E-Mail eingereicht an:
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch

Bern, 2. September 2026

Konsultation Kosten- und Qualitätsziele 2028-2031 in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP); Stellungnahme prio.swiss

Sehr geehrte Frau Lévy
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen des Konsultationsverfahrens zu den Kosten- und Qualitätszielen 2028 bis 2031 in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Stellung nehmen zu können.

Die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wurde am 1. April 2021 in Kraft gesetzt, die Bestimmungen zu den Kosten- und Qualitätszielen per 1. Januar 2026. Wir verzichten auf eine Beurteilung der Grundlagen im Gesetz und der Verordnung. Unsere nachfolgenden Ausführungen beschränken sich allein auf den aktuell vorgesehenen Umsetzungsvorschlag.

Einleitend möchten wir aber noch festhalten, dass die stetig steigenden Gesundheitsausgaben und der daraus resultierende Prämienanstieg die Schweizer Bevölkerung zunehmend belasten. Das in diesem Zusammenhang eingeführte Monitoring ist zu unterstützen. Wichtiger aus Sicht prio.swiss wären jedoch eine kritische Diskussion über eine Entschlackung des Leistungskatalogs sowie die Verhinderung weiterer Verlagerungen vom VVG ins KVG. Das Konzept zur Festlegung der Kostenziele zeigt zudem auf, dass es mengen- und preisbasierte Ineffizienzen gibt. Das Modell sieht einen längerfristigen Abbau dieser Ineffizienzen vor. Dieses Effizienzpotenzial muss aber auch aktiv ausgeschöpft werden, indem griffige Massnahmen umgesetzt werden.

1. Modell zur Berechnung der Kostenziele

Die Kostenziele müssen zwingend mit anderen Zielwerten abgeglichen werden. So müsste eine Abstimmung mit den definierten Zielen zur Kostenentwicklung bei der Einführung des neuen ambulanten Arzttarifs oder auch mit den tarifpartnerschaftlich vereinbarten Zielen zur Überwachung der Kosten (Art. 47c KVG) erfolgen. Darüber hinaus sind massgebende Entwicklungen nicht erst bei der Überprüfung der Zielerreichung, sondern schon bei der Zielfestlegung zu berücksichtigen.

Eine dieser Entwicklungen ist die Verlagerung von Behandlungen und Eingriffen vom stationären in den ambulanten Bereich. Im Modell zur Festlegung der Kostenziele sind Systemveränderungen, wie z.B. Revisionen von Tarifstrukturen, oder eben auch die Verlagerung zu ambulanten Angeboten nicht berücksichtigt. Diese sollen nachträglich im Rahmen des Monitorings untersucht und bei der Beurteilung von Abweichungen zwischen den Kostenzielen und der effektiven Kostenentwicklung berücksichtigt werden (Konzept zur Festlegung der Kostenziele in der OKP, S. 23). Aus Sicht von prio.swiss ist die Verlagerung in den ambulanten Bereich eine zentrale Entwicklung, die das Wachstum sowohl der stationären als auch der ambulanten Kostengruppen beeinflusst. Diese Entwicklung wird sich mit Einführung der einheitlichen Finanzierung fortsetzen. Daher ist dieser Faktor explizit zu modellieren.

Unklar bleibt für uns, ob gewisse Tendenzen dennoch berücksichtigt sind, da der medizintechnische Fortschritt als Residualgrösse in die Modellberechnung einfliesst. Diesbezüglich ist das Konzept zu wenig transparent und widersprüchlich.

2. Plausibilisierung der Kostenziele

Um eine sinnvolle Plausibilisierung des Zielwachstums vornehmen zu können, wäre eine Zerlegung des Wachstums pro Kostengruppe wertvoll. Die Interpretation und Einordnung des Zielwachstums wird erleichtert, wenn bekannt ist, welche Faktoren welchen Beitrag zum Wachstum leisten.

Da ein Nachvollzug der Modellrechnungen nicht möglich ist, beschränken wir uns darauf, die Kostenziele mit den uns zur Verfügung stehenden Daten und Informationen zu plausibilisieren. Dabei fokussieren wir auf die Kostenziele 2028, da die Zielwerte 2029 bis 2031 nicht relevant abweichen. Wir stellen die Kostenziele dem jährlichen durchschnittlichen Wachstum für die entsprechende Kostengruppe gegenüber. Den Betrachtungszeitraum des durchschnittlichen Wachstums passen wir je nach Kostengruppe an, so dass möglichst kein Tarifeingriff das Wachstum verzerrt.

Abbildung: Einschätzung prio.swiss Kostenziele pro Kopf

Kostengruppe	Kostenziel 2028	Einschätzung prio.swiss
Gesamt	3,0%	Das Kostenziel von 3,0% ist plausibel.

Stationäre Behandlungen	2,3%	Das Kostenziel scheint uns zu hoch. Nach der Pandemie hat sich das Wachstum im stationären Bereich beschleunigt aufgrund der Teuerung, die ab 2023 in den stationären Tarifen mitberücksichtigt wurde. Das durchschnittliche, jährliche Wachstum bewegte sich zwischen 2021 und 2025 bei 1,8 Prozent. Der Preisdruck aufgrund der Teuerung und der Lohnentwicklung müsste ab dem Jahr 2028 wieder etwas nachlassen. Zudem wird die Verlagerung in den ambulanten Bereich das Wachstum weiter dämpfen. Aus Sicht prio.swiss darf von einem tieferen Zielwert als 2,3 Prozent ausgegangen werden.
Ambulante Behandlungen im Spital	4,6%	Dieses Kostenziel scheint uns zu hoch. Das durchschnittliche, jährliche Wachstum von 2021 bis 2025 bewegte sich bei 4,0 Prozent und liegt damit deutlich unter dem Zielwert. Darüber hinaus hat der Bundesrat mit der Genehmigung des neuen Arzttarifs TARDOC/ambulante Pauschalen ein maximales Wachstum des Kostenvolumens von 4 Prozent empfohlen, also 3,0% pro Kopf ¹ . Somit darf das Kostenziel tiefer definiert werden. Um der Verlagerung von stationär zu ambulant Rechnung zu tragen, könnte es zudem so modelliert werden, dass die Verlagerung bei diesem Wert herausgerechnet wird.
Ambulante Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte ausserhalb des Spitals	3,1%	Das Kostenziel von 3,1 Prozent ist plausibel.
Arzneimittel	2,9%	Das Kostenziel von 2,9 Prozent ist plausibel, wobei miteinbezogen werden muss, dass mit der vermehrten Einpauschalierung von Arzneimitteln in die ambulanten Pauschalen ein Teil der Arzneimittel nicht mehr in dieser Kostengruppe abgebildet sein wird. Daher ist mit einer Dämpfung des Kostenwachstums in der Kostengruppe «Arzneimittel» zu rechnen. Im Gegenzug ist bei den Kostengruppen «Ambulante Behandlungen im Spital» und «Ambulante Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte ausserhalb des Spitals» eine Wachstumsbeschleunigung zu erwarten.

¹ Medienmitteilung Bundesamt für Gesundheit (BAG) vom 30. April 2025.

Pflege im Pflegeheim oder zu Hause	3,5%	Das Kostenziel von 3,5 Prozent ist nicht plausibel. Im Modell zur Festlegung der Kostenziele sind Systemveränderungen nicht berücksichtigt. Wir weisen darauf hin, dass aufgrund des Systemwechsels in der Angehörigenpflege die Kostenentwicklung in dieser Kostengruppe über dem definierten Kostenziel von 3,5 Prozent zu liegen kommen wird, wobei prio.swiss das starke Wachstum beunruhigt und dringend regulatorische Massnahmen nötig sind.
------------------------------------	------	---

Wie schon in unserer Stellungnahme vom 1. Mai 2025 gefordert, sind auch für die Physiotherapie und die Laboranalysen sowie für die psychologische Psychotherapie Kostenziele zu definieren.

3. Überprüfung Kostenziele

Die Kostengruppen werden zwar ansatzweise definiert (Konzept zur Festlegung der Kostenziele in der OKP, Anhang A.1), aber es geht an keiner Stelle präzise hervor, inwiefern die vorgeschlagene Definition von Infrass (Schlussbericht 10. Juli 2020, S. 29) nun übernommen wurde oder nicht. Dies erschwert eine spätere Überprüfung der Einhaltung der Kostenziele. So gehen wir davon aus, dass bei der Kostengruppe «Ambulante Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte ausserhalb des Spitals» die Behandlungen über den Tarif TARDOC/Pauschalen sowie die Analysen im Praxislabor betrachtet werden. Behandlungen von Zahnärztinnen und Zahnärzten, die von der Grundversicherung vergütet werden, sowie Mittel- und Gegenstände, die von Ärztinnen und Ärzten abgegeben werden, sind nach unserem Verständnis nicht berücksichtigt. Bei der Kostengruppe «Pflege im Pflegeheim oder zu Hause» lesen wir den Bericht so, dass nicht nur Pflegeheime und Spitex-Organisationen, sondern auch selbständig tätige Pflegefachpersonen berücksichtigt sind. Uns scheint eine tabellarische Aufstellung unabdingbar, um spätere Abgrenzungsdiskussionen zu vermeiden und die Überprüfung der Einhaltung der Kostenziele zu erleichtern.

4. Qualitätsziele

prio.swiss begrüsst die Koordination der Qualitätsziele mit den Kostenzielen nach Art. 54 KVG sowie die Angleichung der Zeiträume. Der Fokus sollte aber nicht mehr primär auf den systemorientierten Zielen liegen, sondern gleichermassen auch auf den leistungsorientierten Handlungsfeldern. Die leistungsorientierten Handlungsfelder Patientenzentriertheit und Patientensicherheit sind demnach in der Periode 2028 bis 2031 gleichwertig zu priorisieren. Wir fordern, dass die EQK diese Priorisierung in ihren Jahreszielen und in der Mittelvergabe umsetzt.

4.1 Systemorientierte Handlungsfelder - Handlungsfeld Kultur (K)

Der Grundsatz einer Just Culture und funktionierender Berichts- und Lernsysteme ist aus Sicht prio.swiss gut. Offen ist, wie dies in den Qualitätsverträgen umgesetzt werden kann. Die Vorlage verlangt von den Vertragspartnern, den Implementierungsstand «basierend auf dem Wissen aus den Qualitätsmessungen» zu beurteilen, während das national einheitliche Messinstrument zur

Just Culture erst durch Dritte entwickelt werden soll. Die Vertragspartner sollen damit eine Beurteilung vornehmen, für die die Grundlage noch nicht existiert. Dasselbe gilt für K2, wo Standards für Berichts- und Lernsysteme und die Definition von Vorkommnissen erst zu entwickeln sind.

Dies ist zu klären. Nach unserem Dafürhalten sollte die EQK bis Ende 2029 ein validiertes, national einheitliches Instrument zur Messung der Safety Culture sowie Standards für Berichts- und Lernsysteme und eine einheitliche Definition von Vorkommnissen bereitstellen. Erst danach richten die Qualitätsvertragspartner die Qualitätsverträge und die Qualitätsmessungen darauf aus. Der Text von K1 und K2 ist entsprechend zu präzisieren.

4.2 Handlungsfeld Evidenzbasierte Entscheidungsfindung (E)

Ein nationales Monitoring zur Qualitätsentwicklung erachten wir als sinnvoll. Ziel muss es sein, dass sich die Datenlage verbessert. Offen ist, wie das Monitoringsystem aus Sicht der Krankenversicherer ausgestaltet sein soll und wie sich die Qualitätsvertragspartner in dessen Konzeption einbringen können, da sie die Ergebnisse in den Verträgen anwenden müssen. Entsprechend bedarf es der Ergänzung, dass die EQK die Qualitätsvertragspartner in die Konzeption und Weiterentwicklung des Monitoringsystems einbezieht und dass bestehende Datenquellen (ANQ, SpiGes, MARS, BFS, Register) im Sinne des Once-Only-Prinzips verbindlich zu nutzen sind.

Weiter ist das Nationale Qualitäts-Dashboard zu begrüssen. Die Daten dürfen dabei aber nicht nur deskriptiv zur Verfügung gestellt werden, sie müssen adressatengerecht aufgearbeitet sein. PREMs und PROMs sind zudem nicht unbestritten. Es ist zu klären, welche weiteren Qualitätsinformationen für eine Veröffentlichung relevant sind. Eine Publikation ohne Angabe der statistischen Unsicherheit ist irreführend und kann zu Fehlsteuerung führen. Bei kleinen Fallzahlen sind Vergleiche zwischen Leistungserbringern nicht belastbar.

Der entsprechende Text ist demnach wie folgt zu ändern: «Die EQK fasst die relevanten Informationen zur Qualität der Leistungen auf nationalem Niveau zusammen und publiziert sie in einer übersichtlichen und adressatengerechten Darstellung (Nationales Qualitäts-Dashboard).»

Ergänzend ist festzuhalten, dass die EQK für jeden publizierten Indikator die Anforderungen an Mindestfallzahl, Risikoadjustierung und Reliabilität festlegt. Ergebnisse sind mit Unsicherheitsmassen zu publizieren. Indikatorwerte, die den Präzisionsanforderungen nicht genügen, werden nicht vergleichend publiziert.

Weiter sind mit dem neuen Art. 56a KVG auch die Krankenversicherer als Qualitätsvertragspartner in einer Rolle, ihre Versicherten über gute Qualitätsleistungen zu informieren. Damit sie dabei auf öffentliche Qualitätsinformationen zurückgreifen können, müssen die Daten des Dashboards nachnutzbar sein. Die Daten des nationalen Qualitäts-Dashboards sind demnach maschinenlesbar und in nachnutzbarer Form (Open Government Data) bereitzustellen. Die Rolle der Versicherer bei der Information ihrer Versicherten über die Qualität der Leistungen ist in den Zielen zudem explizit zu nennen.

4.3 Leistungsorientierte Handlungsfelder - Handlungsfeld Patientenzentriertheit (PZ)

Eine verbesserte Patientenzentriertheit in der Behandlung ist notwendig für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Leistungsqualität. Eine nationale Vorgabe zur Messung von PREMs und PROMs wird begrüsst. Entscheidend dabei ist der Verwendungszweck. Auf der Mikroebene sind PROMs zwingend in den individuellen Behandlungsprozess zu integrieren, auf der Systemebene ist ein PDCA-Zyklus zu implementieren. Eine Messung ohne nachgelagerten Verbesserungsprozess erzeugt Aufwand ohne Nutzen. Nach unserem Dafürhalten ist zu ergänzen, dass die Erkenntnisse aus PREMs und PROMs in einen dokumentierten Verbesserungszyklus einfließen müssen und dass PROMs im individuellen Behandlungsprozess anzuwenden sind.

Zudem braucht es eine differenzierte Berücksichtigung der Patientenperspektive in den Qualitätsverträgen. PREMs und PROMs sind methodisch nicht unbestritten, insbesondere hinsichtlich Response-Bias, Selektion, Fallzahlabhängigkeit und Vergleichbarkeit zwischen Leistungserbringern. Sie sind für die Beurteilung der Leistungsqualität nicht hinreichend und ersetzen keine Ergebnisindikatoren. Objektivere Messgrössen (beispielsweise Komplikations-, Revisions- und Rehospitalisationsraten) sind mindestens gleichwertig relevant und für die Interpretation der Patientenperspektive erforderlich. In diesem Sinne ist die Patientenperspektive differenziert und gemeinsam mit klinischen Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen. Die Ziele sind so zu formulieren, dass PREMs und PROMs die Ergebnisindikatoren ergänzen und nicht ersetzen.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und die Berücksichtigung unserer Stellungnahme. Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

prio.swiss



Marco Romano
Stv. Direktor
Leiter Gesundheitspolitik und Public Affairs



Julia Biller
Leiterin Standardisierung, Qualität und HTA