**Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) einer bestehenden, durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergüteten Leistung**

**Themeneingabe**

Titel des Themas

|  |
| --- |
| **1. Antragstellende** |
| **1.1 Antragsteller/in**Institution / Organisation / FirmaName, VornamePostadresseTelefonE-Mail |  |
| **1.2 Kontaktperson**Institution / Organisation / FirmaName, VornamePostadresseTelefonE-Mail |  |

Wir bitten Sie das Formular möglichst vollständig auszufüllen.

|  |
| --- |
| **2. Zu überprüfende Leistung** |
| **2.1 Beschreibung der Erkrankung/Indikation** (medizinischer Hintergrund, Inzidenz/Prävalenz, Symptome, Diagnosen, etc.) |
| **2.2 Beschreibung der zu überprüfenden Leistung** (inklusiv Tarifposition Tarmed oder DRG/ATC Code) |
| **2.3 Alternativen** (inklusiv Tarifposition Tarmed oder DRG/ATC Code, auch keine Intervention ist eine mögliche Alternative) |
| **2.4 Menge der zu überprüfenden Leistung** (Anzahl verkaufte Packungen, Anzahl durchgeführte Prozeduren etc. pro Jahr.) |
| **2.5 Kosten der zu überprüfenden Leistung** (pro Jahr) |
| **2.6 Geschätzte jährliche Kosten für alternative Leistungen sind:**[ ]  Höher[ ]  Gleich[ ]  Tiefer |

|  |
| --- |
| **3. Gründe für die Überprüfung** |
| Bitte jeweils eine kurze Begründung und zugehörige Referenzen (z.B. Studien, HTA-Berichte, Metaanalysen, systematische Reviews, klinische Leitlinien, Empfehlungen von Fachgesellschaften, Expertenstatements) angeben oder beilegen. |
| [ ]  Umstrittene oder fehlende **Wirksamkeit**Begründung: Referenzen: |
| [ ]  Umstrittene oder fehlende **Sicherheit**Begründung:Referenzen: |
| [ ]  Umstrittene oder fehlende **Wirtschaftlichkeit**Begründung:Referenzen: |
| [ ]  **andere Gründe** (z.B. ethische, soziale, rechtliche oder organisatorische Gründe)Begründung:Referenzen: |
| **Zusammenfassende Fragestellung** |

|  |
| --- |
| **4. Vorgeschlagene Massnahmen und möglicher Nutzen** |
| **4.1 Vorgeschlagene Massnahme bezüglich der eingegebenen Leistung** (mehrere möglich)[ ]  Entfernung aus der OKP[ ]  Einschränkung der leistungspflichtigen Indikationen[ ]  Einschränkung auf bezeichnete qualifizierte Leistungserbringer[ ]  AndereBeschreibung/Begründung: |
| **4.2 Erwarteter Nutzen der in 3.2 vorgeschlagenen Massnahmen** (mehrere möglich)[ ]  Erhöhung der Sicherheit[ ]  Verbesserung der Qualität der Versorgung[ ]  Kostensenkung pro Jahr um ……………….CHF[ ]  AndereBeschreibung/Begründung: |

|  |
| --- |
| **5. PICO** |
| Darstellung der Fragestellung mittels PICO-Schema (Population, Patienten/innen – Intervention – Comparator - Outcomes)**P:****I:****C:****O:** |

|  |
| --- |
| **6. Bemerkungen** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Vertraulichkeit der Angaben** |
| Die Informationen auf diesem Formular werden im weiteren Verlauf des Verfahrens Mitarbeitenden des BAG, den Verbänden der Stakeholder im Rahmen der Konsultation zur Priorisierung der Themen, den Mitgliedern der ELGK, EAMGK, EAK und gegebenenfalls BAG-externen Fachleuten, welche das BAG zur Plausibilisierung der Themenformulare beizieht, zugänglich gemacht. Diese Personen sind selbstverständlich verpflichtet, Informationen, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit erhalten, vertraulich zu behandeln.[ ]  Der/die Antragstellende stimmt zu, dass alle Angaben in diesem Formular den oben erwähnten Stellen unter der Verpflichtung zur vertraulichen Behandlung weitergegeben werden[ ]  Der/die Antragstellende beantragt, dass folgende Angaben nicht an Stellen ausserhalb des BAG und der Eidgenössischen Kommissionen weitergegeben werden:[ ]  Angaben in Ziffer .... |

|  |
| --- |
| **8. Beilagen und Referenzen** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. Datum, Unterschrift** |
| Ort, Datum: Unterschrift: |

Das Formular ist elektronisch oder allenfalls in Papierform einzureichen an:

E-Mail: hta@bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

Abteilung Leistungen Krankenversicherung

3003 Bern