

2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung

29. August 2024

In Kürze

Anfang September 2022 hat der Bundesrat seine Botschaft zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung an das Parlament überwiesen. In der Zwischenzeit haben der National- und Ständerat die Vorlage je einmal beraten. Insgesamt muss festgehalten werden, dass vom Bundesrat keine wirklich griffigen Massnahmen vorgeschlagen wurden. Einige Vorschläge führen sogar zu zusätzlichen Kosten. Positiv ist hingegen, dass das Parlament einige Vorschläge aufgenommen hat, welche echtes Sparpotenzial aufweisen, wie beispielsweise Kostenfolgemodelle für Arzneimittel.

Aus unserer Sicht sollten endlich die Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche für die flächendeckende Anwendung einer P4Q-Vergütung (pay for quality) notwendig sind. Diese stellt ein vielversprechendes Instrument für ein leistungsfähiges, nachhaltiges und finanzierbares Gesundheitssystem dar, in welchem die Qualität und der Nutzen des Patienten im Mittelpunkt stehen.



Ihre Kontaktperson bei der Groupe Mutuel

Luca Strebel

T. 079 244 04 68

Istrebel@groupemutuel.ch

1. Ausgangslage

Anfang September 2022 hat der Bundesrat seine Botschaft zum zweiten Massnahmenpaket zur Begrenzung der OKP-Kosten an das Parlament überwiesen. Nachdem der Nationalrat die Vorlage im Herbst 2023 ein erstes Mal behandelte, hat der Ständerat in der Sommersession 2024 nachgezogen. Im Moment befindet sich die Vorlage in der SGK-NR. Verschiedene Elemente des Bundesrates wurden angepasst und neue Vorschläge sind hinzugekommen.

2. Vorlage des Bundesrates

Das zweite Massnahmenpaket beinhaltet zu Beginn der parlamentarischen Debatte folgende Hauptvorschläge:

- Stärkung der koordinierten Versorgung
- Einführung von Preismodellen
- Differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien
- Referenztarife für stationäre Behandlungen
- Elektronische Rechnungsstellung
- Leistungen von Apothekern
- Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

3. Aktuelle Entwicklungen in den Ratsdebatten

Koordinierte Versorgung

Um deren Entwicklung zu fördern, will der Bundesrat Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Art von Leistungserbringern in das KVG aufnehmen. Zulassungsbehörde wäre der Kanton, auf dessen Gebiet die

Tätigkeit ausgeübt wird. Der Nationalrat hat diese Massnahme in seiner Beratung gestrichen, der Ständerat hingegen will unter bestimmten Bedingungen daran festhalten. So sollen diese Netze zuerst über einen Kooperationsvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungen verfügen und Leistungen für die Versicherten dieser Versicherung anbieten. Zu einem späteren Zeitpunkt könnte der Kanton die Netze für alle Versicherten zulassen, sofern Qualität und Versorgung sichergestellt sind. Die SGK-NR will diese Massnahme nach wie vor streichen.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt die Position des Nationalrates. Die Vorschläge von Bundesrat und Ständerat weisen, bei aller Unterstützung für die integrierte Versorgung, Mängel auf:

- Der derzeitige Fehlanreiz der Preisgestaltung (Menge x Preis) müsste beseitigt werden und eine pauschale Vergütung, gekoppelt an Qualitätsparameter und Patientennutzen, gefördert werden.
- Das System der einheitlichen Rechnungsstellung erschwert die Wirtschaftlichkeitsprüfung, da die beteiligten Leistungserbringer nicht mehr ohne weiteres identifizierbar sind.

Preismodelle

Bei der Anwendung von Preismodellen vergütet grundsätzlich der Versicherer dem Leistungserbringer den Publikumspreis (Vorleistung) und in einem zweiten Schritt erfolgt eine Rückerstattung durch die Zulassungsinhaberin an den Versicherer (oder die gemeinsame Einrichtung KVG). Nationalrat und Ständerat befürworten solche Preismodelle. Allerdings hat die SGK-NR entschieden, die Bestimmungen zu der Vertraulichkeit dieser Preismodelle zu streichen.

Sie will nicht, dass bestimmte Informationen über die Erstattungen in Preismodellen vom Transparenzgesetz ausgenommen werden können.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diesen Entscheid der SGK-NR, denn sie ist gegen die verminderte Transparenz, welche dieses System bei der Preisfestsetzung erzeugt. Die Transparenz als wertvolles Gut darf nicht einfach geopfert werden. Ganz grundsätzlich steht sie Preismodellen kritisch gegenüber.

Provisorische Vergütung von Arzneimitteln

Eine neue Massnahme hat der Nationalrat vorgeschlagen: Arzneimittel, für die ein grosser medizinischer Bedarf besteht, werden ab der Zulassung durch Swissmedic während 24 Monaten zu einem provisorischen Preis vergütet und auf einer separaten Liste geführt. Die SGK-NR hat die vom Ständerat vorgenommenen Änderungen gutgeheissen, namentlich lehnt sie es ab, diese vorläufige Erstattung auf alle Arzneimittel auszudehnen, die von Swissmedic im Rahmen eines der Schnellverfahren geprüft werden.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel hat diese Massnahme abgelehnt. Die Frist von zwei Jahren ist viel zu lang, zudem verursacht dieses Modell vor allem administrative Kosten, da die Kontrolle der Rückerstattung nicht automatisiert werden kann. Es besteht das Risiko, dass die provisorischen Preise zu definitiven Dauerpreisen auf hohem Niveau werden. Um einen raschen Zugang zu Innovationen zu gewährleisten, müssten die geeigneten organisatorischen Massnahmen getroffen werden, damit eine Aufnahme der

Medikamente in die SL innerhalb einer angemessenen Frist erfolgen kann.

Kostenfolgemodelle

Eine weitere neu eingebrachte Massnahme, in diesem Fall durch den Ständerat, sind Mengenrabatte für Arzneimittel mit hohem Marktvolumen (Kostenfolgemodelle). Wenn ein Arzneimittel einen bestimmten Umsatz überschreitet, muss der Zulassungsinhaber einen Rabatt gewähren. Durch diese Massnahme könnten gemäss Verwaltung bis zu 400 Millionen Franken eingespart werden. Die SGK-NR hat einstimmig beschlossen, sich erst im Herbst eingehend mit der Massnahme zu den Kostenfolgemodellen zu befassen.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diese Massnahme, welche einen kostendämpfenden Effekt haben wird.

Informationen an die Versicherten

Gemäss dem Nationalrat soll den Krankenversicherern erlaubt werden, die Daten ihrer Versicherten zu nutzen, um diese individuell über mögliche Einsparungen oder passendere Versorgungsmodelle zu informieren. Der Ständerat hat die Formulierung präzisiert, um die mögliche Verwendung der Daten zu beschränken.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel bevorzugt die breitere Formulierung des Nationalrates, kann allerdings auch mit der Formulierung des Ständerates leben. Diese Änderung wird es beispielsweise ermöglichen, die Versicherten auf verfügbare Generika, die weniger kosten, aufmerksam zu machen. Die Versicherten können auch identifiziert werden, um an bestimmten Programmen zur Begleitung bestimmter

Krankheiten (Disease Management) teilzunehmen.

Stärkung der HTA

Der Bundesrat soll die Häufigkeit und den Umfang einer differenzierten Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit je nach Art der Leistung festlegen. Die SGK-NR stimmte der vom Ständerat und vom Bundesrat vorgeschlagenen differenzierten Prüfung der WZW-Kriterien zu und verfeinerte ihn: So könnten Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in unterschiedlicher Häufigkeit – aber nicht in unterschiedlichem Umfang – überprüft werden, und es wäre möglich, nur eines der drei Kriterien zu prüfen.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel spricht sich für eine Stärkung der HTA aus. Es sollten jedoch zusätzliche Massnahmen ergriffen werden, um den Prozess zu beschleunigen und die erzielten Ergebnisse schneller umzusetzen.

Referenztarif für stationäre Behandlungen

Referenztarife sollten sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitals, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt, richten.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diesen Vorschlag, welcher den Wettbewerb zwischen stationären Einrichtungen und die freie Spitalwahl stärkt. Dies wird sich positiv auf Qualität und Effizienz auswirken und ermöglicht es, das Ziel der freien Wahl des Versicherten zu erreichen, welches mit der am 1. Januar 2012 in Kraft

getretenen neuen Spitalfinanzierung angestrebt wird.

Page 4/5

Einbezug medizinisch-technischer Fortschritt in die Tarifverträge

Der Ständerat fordert, dass die Tarifpartner sicherstellen müssen, dass die Tarife laufend den Effizienzgewinnen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts Rechnung tragen, um die Kostenwahrheit zu wahren.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diesen Vorschlag.

Anpassung der nationalen ambulanten Tarifstruktur

Der Ständerat hat eine neue Bestimmung eingefügt, damit der Bundesrat beauftragt wird, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils festgelegt wird.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diesen Vorschlag.

Das Paket enthält zudem Massnahmen, die nicht zu einer direkten Kostensenkung führen werden. Während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts sollen Hebammen unter bestimmten Bedingungen Medikamente ohne ärztliche Verschreibung anwenden dürfen. Zudem sollen Leistungen während der Schwangerschaft künftig auch bereits vor der 13. Schwangerschaftswoche beitragsbefreit sein. Ausserdem sollen Apotheken mehr Befugnisse erhalten, um Ärzte daran zu hindern, teurere Leistungen zu erbringen. Schliesslich soll die digitale Versichertenkarte der physischen Karte gleichgestellt werden sowie die Übermittlung von Rechnungen elektronisch geschehen und somit die Digitalisierung gefördert werden.

Fazit

Massnahmen zur Kostendämpfung sind prioritär und dringend. Insofern ist ein Massnahmenpaket zu begrüßen. Leider muss jedoch festgehalten werden, dass keine wirklich griffigen Massnahmen vorgeschlagen wurden und dass diese Vorschläge nur einen begrenzten Einfluss auf die künftige Entwicklung der Kosten zu Lasten der OKP haben werden. Verschiedene Anpassungen des Parlamentes gehen in die richtige Richtung. Insbesondere zu begrüßen sind die Kostenfolgemodelle oder Bestrebungen den Informationsfluss zwischen Versicherern und Versicherten zu verstärken.

Eines der Hauptprobleme des aktuellen Systems, nämlich die Ausweitung der Menge der erbrachten medizinischen Behandlungen aufgrund der falschen Tarifierungen, wird zudem nicht in Frage gestellt. Aus unserer Sicht sollten endlich die Rahmenbedingungen geschaffen werden, welche für die flächendeckende Anwendung einer P4Q-Vergütung (pay for quality) notwendig sind. Ein solcher Ansatz ist ein vielversprechendes Instrument für ein leistungsfähiges, nachhaltiges und finanzierbares Gesundheitssystem, in welchem die Qualität und der Nutzen des Patienten im Mittelpunkt stehen. Es ermöglicht auch eine Abkehr von einem Vergütungssystem, das die Ausweitung der Menge unnötiger medizinischer Behandlungen zum Nachteil der Patienten fördert.