

2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung

17. November 2022

In Kürze

Anfang September 2022 hat der Bundesrat seine Botschaft zum 2. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung an das Parlament überwiesen.

Grundsätzlich sind Massnahmen zur Kostendämpfung prioritär und dringend. Während einige Vorschläge des Bundesrates von der Groupe Mutuel unterstützt werden, sind unserer Meinung nach andere anzupassen, zu überarbeiten oder zu streichen. Insgesamt muss leider festgehalten werden, dass keine wirklich neuen Massnahmen vorgeschlagen werden und dass diese Vorschläge nur einen begrenzten Einfluss auf die künftige Entwicklung der Kosten zu Lasten der OKP haben werden. Einige Vorschläge führen sogar zu zusätzlichen Kosten.

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

Nach vier Jahren – in denen die Prämien der Krankenversicherung nur moderat angestiegen sind – wurden für das Jahr 2023 wieder Prämien erhöhungen in der Grössenordnung von 6.6% angekündigt. Dieser Anstieg erklärt sich hauptsächlich durch die COVID-19-Pandemie, welche das Gesundheitssystem stark beansprucht und auch Nachholeffekt ausgelöst hat. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Gesundheitskosten in der ersten Hälfte des Jahres 2022 weiter gestiegen sind.

Aufgrund dieser Situation bleibt die Kostendämpfung eine wichtige Priorität. Die notwendigen Massnahmen zur Reduktion der Kosten zu Lasten der OKP müssen so schnell wie möglich ergriffen werden. So hat der Bundesrat Anfang September seine Botschaft zum 2. Massnahmenpaket zur Begrenzung der OKP-Kosten an das Parlament überwiesen.

Die parlamentarischen Arbeiten haben bereits begonnen, da die SGK-NR an ihrer Sitzung vom 20. und 21. Oktober 2022 auf die Vorlage eingetreten ist.

2. Unterschiede zum Entwurf, der in die Vernehmlassung geschickt wurde

Ein Vorentwurf war 2020 in die Vernehmlassung geschickt worden. Zunächst kann festgehalten werden, dass das Kostenziel aus diesem 2. Massnahmenpaket herausgelöst und vom Bundesrat als indirekter Gegenvorschlag zur Kostenbremse-

Initiative vorgelegt wurde. Darüber hinaus wurden einige Vorschläge fallen gelassen, wie die Einführung einer Erstberatungsstelle, die in der Vernehmlassung stark kritisiert wurde, die Einführung einer pauschalen Vergütung im Rahmen der integrierten Versorgung oder die Programme der Patientenversorgung. So sind die beiden einschneidendsten Massnahmen, namentlich das Kostenziel und die Einführung einer Erstberatungsstelle, nicht mehr im Entwurf enthalten, welcher an das Parlament überwiesen worden ist.

Das 2. Paket beinhaltet somit folgende Vorschläge:

- 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. Erste Feststellungen

Zunächst einmal lässt sich feststellen, dass keine wirklich neuen Massnahmen vorgeschlagen werden. Eines der Hauptprobleme des derzeitigen Systems, nämlich die Ausweitung der erbrachten medizinischen Behandlungen aufgrund der falschen Tarifierungen, wird nicht in Frage gestellt. Aus diesen Gründen werden die Vorschläge nur einen begrenzten Einfluss auf die Entwicklung der Kosten zu Lasten der OKP haben.

Darüber hinaus wird die Rolle der Behörden weiter ausgedehnt. Schliesslich verursachen einige Vorschläge sogar zusätzliche Kosten,

dies trotz des gesteckten Ziels, die Kosten respektive die Prämien zu senken.

Die Vorlage war daher bereits vor der Behandlung durch die eidgenössischen Räte stark umstritten.

4. Im Einzelnen

Integrierte Versorgung

Um deren Entwicklung zu fördern, sollen Netzwerke zur koordinierten Versorgung als neue Art von Leistungserbringern in das KVG aufgenommen werden. Sie sollen vom Kanton, auf dessen Gebiet die Tätigkeit ausgeübt wird, zugelassen werden. Zudem sollen sie von einem Arzt geleitet werden und ambulante und koordinierte Leistungen erbringen. Mit den Versicherern sollen Vereinbarungen abgeschlossen werden, welche die Finanzierung der Zusatzkosten der Koordination vorsehen.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt das Prinzip der integrierten Versorgung. Die Effizienz und die Qualität der Leistungserbringung wird im Rahmen der integrierten Versorgung gestärkt, da die Koordination besser gewährleistet ist und das Risiko, dieselben Leistungen zweimal zu erbringen, begrenzt wird. Die Vorschläge des Bundesrates weisen jedoch einige Mängel auf:

- Die Einführung einer neuen Definition wird die integrierte Versorgung nicht stärken. Der aktuelle gesetzliche Rahmen erlaubt dies bereits und es werden von den Krankenversicherern bereits viele verschiedene Modelle angeboten.

- Die vorgesehenen Bedingungen sind zu streng und zu starr und könnten so die Schaffung und Entwicklung dieser neuen Strukturen einschränken (Innovation und zukünftige Entwicklungen).
- Vergütung von Koordinationsleistungen: Der derzeitige Fehlanreiz des Tarifs (Menge x Preis) sollte abgeschafft und eine pauschale Vergütung, die idealerweise an Qualitätskriterien geknüpft ist, gefördert werden.

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). Dieses Rückerstattungssystem kann vom BAG für Medikamente, Analysen sowie Mittel und Gegenstände vorgesehen werden.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel ist gegen die verminderte Transparenz, welche dieses System bei der Preisfestsetzung erzeugt. Die Transparenz als wertvolles Gut darf nicht einfach geopfert werden.

Ausserdem sind die heute existierenden Preismodelle oft sehr komplex und in den Systemen der Versicherer nur schwer abzubilden. Ihre Ausweitung würde zu einem erheblichen Anstieg der Verwaltungskosten der Versicherer führen. Daher sollte eine mögliche Umsetzung eine gewisse Standardisierung anstreben, um zu verhindern, dass die Rückvergütung nach

einer Vielzahl unterschiedlicher Modelle berechnet werden muss.

Um die Versorgung und den schnellen Zugang zu Innovationen zu gewährleisten, könnte schliesslich die Einführung von provisorischen Preisen vorgesehen werden.

Stärkung der HTA's

Der Bundesrat soll die Häufigkeit und den Umfang einer differenzierten Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit je nach Art der Leistung festlegen.

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

Leistungen von Apothekern

Apotheker sollen neu pharmazeutische Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue erbringen. Präventionsmassnahmen könnten auch von einem Apotheker im Rahmen von national oder kantonal organisierten Programmen durchgeführt werden.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel arbeitet bei einigen Modellen mit den Apothekern zusammen. So ist sie überzeugt, dass diese gewisse Leistungen selbstständig erbringen können, was sich positiv auf die Kosten zulasten der OKP auswirken dürfte.

Referenztarif für stationäre Behandlungen

Page 4/5

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.

Elektronische Rechnungsstellung

Der Leistungserbringer muss seine Rechnung dem Schuldner in elektronischer Form übermitteln. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform.

Position der Groupe Mutuel: Die Groupe Mutuel unterstützt diesen Vorschlag zugunsten der Ausweitung der elektronischen Rechnungsstellung.

Des Weiteren sollte die elektronische Rechnungsstellung nach verschiedenen Standards, die von einer neutralen Instanz wie eCH anerkannt werden, erfolgen.

Fazit

Massnahmen zur Kostendämpfung sind prioritär und dringend. Einige Vorschläge des Bundesrates zum 2. Massnahmenpaket können von der Groupe Mutuel unterstützt werden. Andere hingegen sind unserer Meinung nach anzupassen, zu überarbeiten oder zu streichen. Insgesamt muss jedoch festgehalten werden, dass keine wirklich neuen Massnahmen vorgeschlagen werden und dass diese Vorschläge nur einen begrenzten Einfluss auf die künftige Entwicklung der Kosten zu Lasten der OKP haben werden. Darüber hinaus stärken sie die Rolle der Behörden und Kantone, was zu einer weiteren Verstaatlichung führt und Innovationen hemmt.

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.