



Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Tarife und Grundlagen  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Basel, 5. November 2020

**Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 19. August 2020 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 19. November 2020 eröffnet und unsere Organisation zur Stellungnahme eingeladen. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

**I. Vorbemerkungen**

Im Rahmen unserer Ausführungen zur Vorlage beschränken wir uns auf grundsätzliche, systemische Feststellungen. Technische Ausführungen überlassen wir den Fachverbänden.

**1. Kein valabler Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative der CVP**

Das vorliegende Paket soll als indirekter Gegenvorschlag zur Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» der CVP verwendet werden. Den Anforderungen an einen valablen Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative genügt dieses Paket aber bei weitem nicht: es ist nicht genügend strukturiert, die einzelnen Massnahmen weisen keinen systemischen Sachzusammenhang auf und verfügen auch nicht über nachweisbares, nicht einmal plausibles Sparpotential im signifikanten Bereich.

Wir haben vielmehr den Eindruck, dass dieses – wie nachstehend dargelegt – schwache Reformpaket – durch die Verbindung mit der Kostenbremse-Initiative zusätzlichen Auftrieb und Daseinsberechtigung erhalten soll.

## **2. Gute Vorschläge aus der Expertengruppe des Bundesrates eliminiert und nicht berücksichtigt**

Wir bedauern es sehr, dass einige der guten Vorschläge aus der Expertengruppe des Bundesrates (38 Punkte-Programm) eliminiert wurden und auch den Weg in das zweite Massnahmenpaket nicht gefunden haben. Stattdessen hat der Bundesrat neue Massnahmen formuliert, welche – wie nachstehend dargelegt – kaum bis keinen Spareffekt erzielen würden und keine systemische Weiterentwicklung darstellen. Man gewinnt somit den Eindruck, dass die Expertengruppe des Bundesrates nur noch als „Feigenblatt“ verwendet wird, denn es werden nur noch drei Massnahmen aus dieser Gruppe vorgeschlagen (M01, M10 und M27).

## **3. Massnahmen ohne Sparpotential**

Der Spareffekt dieser Massnahmen ist weitgehend sehr gering und mehrheitlich inexistent. Gewisse Massnahmen können mit dem damit verbundenen Bürokratieaufwand sogar zu einem Kostenanstieg führen.

Die Massnahmen beruhen auf einer einseitigen, etatistischen Sichtweise und führen zu einer massiven Zunahme an staatlicher Planung, der weitgehend kein signifikanter Nutzen gegenübersteht. Dementsprechend würde sich mit Umsetzung dieser weitgehend unpraktikablen Massnahmen die Schwerfälligkeit des Systems erhöhen, es käme zu einem massiven Zuwachs an Bürokratie.

## **II. Zu den einzelnen Massnahmen**

### **1. Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP**

Wir lehnen diese Massnahme entschieden ab, weil es hier de facto um die Einführung von Globalbudgets geht, auch wenn der Titel anders lautet.

Ein solches System setzt falsche Anreize, weil die Konsequenzen von Budgetüberschreitungen in einer nachfolgenden Periode greifen und weil sie auch Akteure treffen, die sich korrekt / kostenbewusst verhalten oder mit etwas Mehraufwand Einsparungen in anderen Bereichen erzielen. Diese Form der «Sippenhaft» innerhalb einer Branche respektive einer Budgetgruppe bestraft de facto diejenigen, die sich kostenbewusst verhalten und ist damit kontraproduktiv.

Ferner wird durch die konkret vorgeschlagene Form der Zielvorgaben die Administration massiv erhöht, indem nationale Ziele, kantonale Ziele und Ziele pro Leistungsgruppe geschaffen werden sollen. Noch mehr Administration würde dann durch Korrekturmassnahmen entstehen, wenn Kostenziele nicht eingehalten werden.

Damit wird ausserdem das «Silodenken» der einzelnen Branchen gefördert, was allen Bestrebungen im Bereich der integrierten Versorgung diametral entgegelläuft.

Die Umsetzung der beschriebenen Massnahme würde im Effekt zu Rationierungen führen, die im krassen Gegensatz zu den WZW-Kriterien stehen, worunter dann auch Behandlungsqualität und Patientensicherheit leiden würden. Und wenn man Leistungen rationiert, müsste man folgerichtig auch die Versicherungsdeckung rationieren. Diese Effekte sind mit Sicherheit nicht anzustreben.

Schlussendlich ist festzuhalten, dass die Parameter des vorgeschlagenen Modells als mehrheitlich willkürlich zu qualifizieren sind und kaum Zusammenhang mit dem tatsächlichen medizinischen Bedarf haben.

Erfahrungen zeigen, dass Kantone, die bereits mit Globalbudgets arbeiten (Waadt, Genf), keine nutzbringenden Effekte in Bezug auf die Kostenentwicklung ausweisen können. Im Gegenteil waren sogar kontraproduktive Effekte zu verzeichnen.

Valable Alternativen zu dieser Form von Globalbudgets sind vorhanden:

- Die seit Jahren überfällige Operationalisierung und damit korrekte Umsetzung der WZW-Kriterien des KVG würde zu einem deutlich verbesserten Kosten-Nutzen-Verhältnis der medizinischen Leistungen führen, wovon Prämienzahlende und Patientinnen / Patienten profitieren würden. Es kann hierzu auf die nachstehenden Ausführungen unter Ziffer 5. verwiesen werden.
- Sinnvoll wäre es, Kostenziele unter den Tarifpartnern zu vereinbaren, versehen mit den richtigen Anreizen. Solche Lösungsansätze bestehen heute bereits, eine Anwendung auf breiter Ebene findet aber noch nicht statt. Deshalb sind stärkere Anreize zu setzen, um weitere, innovative Lösungen bottom up zu stimulieren.

## **2. Erstberatungsstelle**

In der vorgeschlagenen Form ist dieses Instrument aus mehreren Gründen abzulehnen:

- Gatekeeping-Modelle funktionieren nur, wenn sie freiwillig gewählt werden können, weil dann kein Misstrauen besteht, dass der Leistungserbringer ein Rationierer ist.
- Es existieren bereits entsprechende Modelle im Rahmen von Alternativen Versicherungsmodellen (AVM). Der Bundesrat kann die Kostenbeteiligung der Versicherten in diesen Modellen bereits jetzt schon im Sinne von Anreizen durch Änderung der Kostenbeteiligung (Selbstbehalt) beeinflussen und hat dies beispielsweise bei den Generika schon getan.
- Es ist kein signifikanter Spareffekt erkennbar, im Gegenteil können bei bereits etablierten Behandlungssituationen sogar Mehrkosten entstehen.
- Ein Instrument in dieser Form führt zu mehr Bürokratie und zur Einschränkung der Wahlfreiheit, sinnvolle und zweckmässige Zweitmeinungen werden unterdrückt.
- In rechtlicher Hinsicht ist die Haftungsfrage – auch unter dem Aspekt des Übernahmeverschuldens – nicht geklärt.

Deutlich sinnvoller ist es, die Dynamik im Bereich der AVM mit mehr Handlungsspielraum für die Tarifpartner zu stimulieren und für die entsprechenden Versicherungsprodukte kostentransparent korrekte Prämien zu ermöglichen. Wichtig ist dabei, den Spielraum für Gatekeeping-Modelle sowie für die Koordination der Behandlungen nach dem Gatekeeper zu erweitern und nicht einzuschränken. Dabei muss die vollständige Wahlfreiheit in der OKP mit kostendeckenden Prämien weiterhin möglich sein. Nur so wird das bisher praktizierte, freiwillig gewählte «Dreieck des Vertrauens» weiter bestehen, welches erfahrungsgemäss die erfolversprechende Basis zur Weiterentwicklung solcher Modelle ist.

### **3. Netzwerke zur koordinierten Versorgung**

Eine Weiterentwicklung in diesem Bereich ist aus unserer Sicht prüfenswert, allerdings darf dabei die bestehende Dynamik in der integrierten Versorgung nicht abgewürgt und durch eine einheitliche staatliche Lösung ersetzt werden. Sonst würden heute bewährte AVM faktisch eliminiert.

In der vorliegenden Form ist kein klarer Spareffekt gegenüber dem Status quo erkennbar.

Staatlicher Zwang und Vereinheitlichung Top down sind der falsche Weg. Dabei ist zu bedenken, dass das Stimmvolk die Managed Care – Vorlage am 17. Juni 2012 abgelehnt hat, weil keine Einheitslösung in diesem Bereich gewünscht war.

Eine Weiterentwicklung muss deshalb in Netzwerken geschehen, die sich – durch starke Anreize - Bottom up entwickeln. Die bestehenden Aktivitäten der Akteure belegen, dass der Bottom up-Approach funktioniert.

So kann die Dynamik im System erfolgreich erhöht werden. Gewisse Anreize kann der Bund jetzt schon setzen und die Kostenbeteiligung senken, wie er dies im Bereich bei Generika bereits gemacht hat.

Sehr wichtig ist es, Anreize zur Verbesserung der Qualitätssicherung und zur Verbesserung von Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz zu setzen.

### **4. Programme der Patientenversorgung**

Auch hier erscheint uns eine vertiefte Prüfung und Weiterentwicklung sinnvoll, allerdings ohne Vorgabe von Leistungen und Genehmigungsvorbehalt der Verwaltung. Es kann hierzu auf die vorstehende Begründung zu Netzwerken der koordinierten Versorgung verwiesen werden.

### **5. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung**

Diese Massnahme lehnen wir entschieden ab und verweisen darauf, dass der Nationalrat eine entsprechende Bestimmung bereits in seiner Debatte vom 29. Oktober 2020 mit klarem Mehr abgelehnt hat.

Auf den ersten Blick ist diese Bestimmung überflüssig, da die Konkretisierungskompetenz auf Verordnungsstufe bei jeder Gesetzesbestimmung ohnehin gegeben ist und nicht jedes Mal explizit im Gesetz genannt werden muss.

Hier geht es aber offenbar darum, in den Bereich der Autonomie der Tarifpartner zu intervenieren und die ganze Anwendung der WZW-Bestimmungen zu „verstaatlichen“.

Dies ist insbesondere deshalb befremdend und nicht zielführend, weil der Bundesrat seiner Aufgabe, die WZW-Kriterien des KVG zu konkretisieren respektive zu operationalisieren, in den rund 25 Jahren seit Inkrafttreten des KVG nur sehr rudimentär nachgekommen ist. Diese Malaise hat auch direkten Einfluss auf die Beurteilung von Leistungen im Rahmen von Health Technology Assessments (HTA) durch das BAG, welche in rechtsstaatlich fragwürdigen Verfahren ohne klare und transparente Regeln durchgeführt werden.

Demgegenüber haben sich die Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens seit vielen Jahren sehr aktiv mit dieser Thematik befasst. Die Tarifpartner sind im Rahmen der Tarifverhandlungen bestrebt, die Anwendung der WZW-Kriterien permanent weiter zu klären. In diesem Zusammenhang hat das Bündnis mit Schreiben vom 21.2.2020 an Herrn Bundesrat Alain Berset gerade jüngst wieder Vorschläge und Konzepte zu diesen Fragestellungen unterbreitet und die Diskussion erarbeiteter Resultate angeboten. In seinem Antwortschreiben vom 7.5.2020 hat Bundesrat Alain Berset ein Gespräch mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) zur Präsentation des Berichtes in Aussicht gestellt. Dieses hat bis heute nicht stattgefunden.

Bereits vorher wurden dem BAG Vorschläge für ein neues Preisbildungssystem bei Medikamenten (Juni 2017) und für eine deutliche Verbesserung des Systems bei den Laboranalysen unterbreitet, letzteres im Rahmen der Bearbeitung der Motion 17.3969 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR). In beiden Fällen hat das BAG keine Bereitschaft signalisiert, sich mit diesen Vorschlägen zu befassen.

Der Versuch, die Akteure und insbesondere die Tarifpartner nun durch die Platzierung dieser Bestimmung vom weiteren Prozess zur Konkretisierung der WZW-Kriterien weitgehend auszuschliessen, ist nicht nur systemisch falsch, weil damit ein massiver Eingriff in die Tarifautonomie verbunden wäre, es würden damit auch in inhaltlicher Hinsicht viele konstruktive Ansätze zur Weiterentwicklung unterbunden.

## **6. Preismodelle und Rückerstattungen**

Neue Preisbildungsmodelle bei hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten sind grundsätzlich zu begrüßen. Sie sind aber im Einzelfall auf ihre Tauglichkeit und Systemkompatibilität hin zu überprüfen. Ferner stellt sich die Frage, ob grosse, internationale Pharmaunternehmen aufgrund ihrer internen Governance-Regeln tatsächlich autorisiert und in der Lage sind, derartige Modelle für den Schweizer Markt zu entwickeln.

Von deutlich grösserer Wichtigkeit ist die Schaffung eines vollständig neuen Preisbildungssystems für Medikamente. Dieses System muss Regelungen für günstige Medikamente der Grundversorgung und für hochpreisige, innovative, patentgeschützte Medikamente enthalten. Diese äusserst wichtige Pende[n]z darf nicht durch die vage Aussicht auf die Schaffung vermeintlicher Modelle ausschliesslich im hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Bereich blockiert werden.

Entsprechende Vorschläge liegen bereits vor und wurden dem BAG – wie vorstehend unter Ziffer 5. ausgeführt – bereits im Juni 2017 vorgestellt, ohne dass je eine substantielle Antwort darauf erfolgte, geschweige denn die Reform des bestehenden Systems ernsthaft geprüft worden wäre.

## **7. Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen**

Die Gewährung von Intransparenz bei der Preisbildung von hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten als Gegenleistung für neue Preisbildungsmodelle, deren Umsetzung – Stand heute - zweifelhaft ist, lehnen wir entschieden ab.

Eine Ausserkraftsetzung des BGÖ gegen eine vage Zusicherung des Bundesrates, dies anderweitig zu kompensieren, ist abzulehnen.

Innovationen, die einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten schaffen, sollen durch adäquate Preise abgegolten werden. Im Rahmen eines solidarisch finanzierten sozialen Versicherungssystems müssen die Unternehmen aber Transparenz in Bezug auf ihre Gestehungskosten schaffen. Eine weitere Erhöhung von Intransparenz im Bereich der hochpreisigen, innovativen, patentgeschützten Medikamenten ist systemwidrig, nicht nachvollziehbar und deshalb abzulehnen.

Dabei ist zu bedenken, dass auch solche Medikamente im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs für die Preisbildung anderer Arzneimittel beigezogen werden müssen. Eine Förderung der Intransparenz bei der Preisbildung wäre somit auch gegenüber den Unternehmen nicht korrekt, die sich diese Preise dann im Rahmen eines TQV entgelten lassen müssen.

## **8. Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl**

Mit diesem Anliegen sind wir inhaltlich vollständig einverstanden, eigentlich ist dies aber seit Einführung der Spitalfinanzierungsvorlage am 1. Januar 2012 schon so geregelt.

Das aktuelle System wird aber tatsächlich von einigen Kantonen dahingehend missbraucht, dass die Tarife für ausserkantonale Behandlungen tief festgelegt werden, um die Patientenfreizügigkeit zu erschweren.

Mit korrekter Umsetzung der einheitlichen Finanzierung (EFAS) wird dieses Problem gelöst.

## 9. Elektronische Rechnungsübermittlung

Auch dieser Massnahmen stimmen wir zu, allerdings ist die elektronische Rechnungsübermittlung bereits heute möglich, staatlicher Zwang erscheint uns in diesem Zusammenhang nicht notwendig.

Da ein Recht auf Papierrechnung weiterhin besteht (respektive bestehen bleiben muss) sind hier keine relevanten Einsparungen zu erwarten.

## III. Anträge

Im Lichte der vorstehenden Ausführungen stellen wir Ihnen folgende Anträge:

1. Auf eine Verwendung des vorliegenden Pakets als indirekter Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» ist zu verzichten.
2. Die Massnahmen 1. (Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP), 2. (Erstberatungsstelle), 5. (Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung) und 7. (Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen) sind zu streichen und stattdessen die Gegenvorschläge in der vorliegenden Stellungnahme zur Umsetzung zu bringen.
3. Die Massnahmen 3. (Netzwerke zur koordinierten Versorgung), 4. (Programme der Patientenversorgung) und 6. (Preismodelle und Rückerstattungen) sind im Lichte der Ausführungen in der vorliegenden Stellungnahme anzupassen und so zur Umsetzung zu bringen.
4. Die Massnahmen 8. (Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl) und 9. (Elektronische Rechnungsübermittlung) sind gestützt auf die bestehenden bzw. sich in parlamentarischer Beratung befindenden Regelungen umzusetzen.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Robert Leu, Präsident

Felix Schneuwly, Vizepräsident

**Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation**

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 27 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens.

Das Bündnis kann auf Internet unter [www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch](http://www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch) besucht werden.