



Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Leistungen
Schwarzenburgstrasse 157
3003 Bern

Basel, 14. Dezember 2018

**Vernehmlassung: Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 14. September 2018 hat der Bundespräsident die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 14. Dezember 2018 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

I. Unbefriedigende Konzeption der Sparmassnahmen

Ein Teil der gesamten 38 Kostendämpfungs-Massnahmen ist als durchaus gut und sinnvoll einzustufen, ein weiterer Teil ist aber höchst problematisch. Das gilt auch für das nun zur Vernehmlassung vorgelegte Paket 1. Die vorgeschlagenen Massnahmen stehen teilweise im Widerspruch zu einander und folgen keinem systematischen Reformplan. Gewisse wichtige Problembereiche wie die Mehrfachrollen der Kantone werden zudem nur zaghaft angegangen. Die Menge und zeitlich gestaffelte Bearbeitung der Massnahmen wird es nahezu verunmöglichen, Wirkungen und Nebenwirkungen den einzelnen Massnahmen zuzuschreiben. Ein Konzept mit einer inneren Logik ist jedenfalls nicht erkennbar. Unklar ist auch, nach welchen Kriterien die sechs Massnahmen ausgewählt wurden, die nun vorliegen und wie die drei neuen, hinzugefügten Massnahmen bestimmt wurden. Eine Auswahl nach Priorität und innerem Sachzusammenhang ist jedenfalls nicht zu erkennen. Das Risiko ist deshalb gross, dass dieser heterogene Strauss an Massnahmen im parlamentarischen Prozess scheitern wird.

II. Regulierungsfolgenabschätzung fehlt – mehr als ein formaler Prozess

Regulierungsfolgenabschätzungen (RFA) sind keine formalen Verwaltungsprozesse. Sie dienen der Überprüfung, ob eine Revision sinnvoll ist und welche Effekte sie bringt. Damit soll verhindert werden, dass wirkungslose, wenig wirksame oder gar schädliche Reformen umgesetzt werden.

Dem Handbuch für Regulierungsfolgenabschätzung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF, Stand März 2013 ist zu entnehmen: *«Bei der Durchführung einer Vernehmlassung sind die Resultate der RFA zu dieser Phase im erläuternden Bericht darzulegen».*

Auf der Webseite des SECO ist zum Thema Regulierungsfolgenabschätzung folgender Satz zu finden: *“Bei der Durchführung der Vernehmlassung sind die ersten Resultate der RFA im erläuternden Bericht darzulegen.”*

<https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/wirtschaftslage---wirtschaftspolitik/wirtschaftspolitik/regulierung/regulierungsfolgenabschaetzung.html>

Dem erläuternden Bericht zur Vorlage ist demgegenüber auf Seite 63 zu entnehmen: *«Erst die noch laufende Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) wird eine genauere Analyse der möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und mögliche weitere Optimierungen erlauben. Die Ergebnisse der RFA werden gegen Ende des Jahres vorliegen.»*

Die Tatsache, dass in der vorliegenden Revisionsvorlage eine Regulierungsfolgenabschätzung vollständig fehlt, verstösst somit eindeutig gegen bestehende Regelungen und Weisungen. Dementsprechend ist eine adäquate Beurteilung der Vorlage im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens gar nicht möglich.

Im Lichte dieser Tatsachen müsste die vorliegende Vernehmlassung eigentlich annulliert und zur Neuauflage zurückgewiesen werden, da zum jetzigen Zeitpunkt kaum Anhaltspunkte vorhanden sind, um die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der vorgelegten Reformpunkte abschliessend zu beurteilen. Dennoch äussern wir uns im Folgenden detailliert zu dieser Vorlage.

III. Zu den einzelnen Massnahmen

1. Experimentierartikel (M02)

Das Bündnis begrüsst grundsätzlich die Möglichkeit, neue Lösungen und Massnahmen zunächst im Rahmen von Pilotierungen zu testen. Wir sind allerdings der Ansicht, dass dies bereits gemäss dem aktuellen Wortlaut des Krankenversicherungsgesetzes möglich ist. Um eine umfassende und klar formulierte Rechtsgrundlage schaffen zu können, erklären wir uns aber mit der vorgeschlagenen Regelung einverstanden.

Dies allerdings mit drei wichtigen Anmerkungen respektive Einschränkungen:

(1) Jedes Pilotprojekt muss messbare Ziele sowie eine Projektdauer enthalten und monitort respektive wissenschaftlich begleitet werden, damit Fakten für politische Entscheide nach Abschluss des Pilotprojekts im Sinne einer Regulierungsfolgeabschätzung vorliegen.

- (2) Jedes Pilotprojekt muss reversibel ausgestaltet sein und vollständig rückgängig gemacht werden können.
- (3) Pilotprojekte dürfen nur auf freiwilliger Basis durchgeführt werden, niemand / kein Akteur darf zur Mitwirkung gezwungen werden.
- (4) Die Anwendung des Experimentierartikels sollte auch echte Innovationen ermöglichen und nicht ausschliesslich auf kurzfristige Kostensenkungen fokussiert sein.

2. Nationale Tariforganisation (M34)

Grundsätzlich stehen wir dieser Massnahme zurückhaltend gegenüber, weil damit ein erheblicher Eingriff in die Tarifautonomie verbunden wäre und es zu einer Zunahme des bürokratischen Aufwandes käme.

Andererseits anerkennen wir die Notwendigkeit, den Blockaden in Tarifverhandlungen während der vergangenen Jahre durch geeignete Massnahmen und Instrumente zu begegnen.

Deshalb können wir uns mit der Schaffung einer Institution analog zur Swiss DRG AG mit einem klaren Lead bei den Tarifpartnern einverstanden erklären.

Allerdings darf ein solches Instrument nicht flächendeckend für alle ambulanten Tarife umgesetzt werden. Der Fokus muss auf dem ambulanten Einzelleistungstarif für Ärzte und Spitäler liegen und selbst für ambulante Arztleistungen andere Tarife (Zeit- und Pauschaltarife) zulassen.

Dabei müssten aber begleitend die richtigen Anreize zur Förderung von erfolgreichen Verhandlungen verankert werden. Ausserdem müssten Lösungen gefunden werden, um die unendlich lange andauernden Rechtsstreitigkeiten im Bereich der Fallpauschalen kürzer zu gestalten. Dort müssen Spitäler mittlerweile Rückstellungen bis rückwirkend zur Einführung der Fallpauschalen vornehmen (also fünf Jahre und mehr), weil selbst Tarifstreitigkeiten aus diesen Jahren noch nicht rechtskräftig entschieden sind. Derart lange dauernde Phasen der Rechtsunsicherheit sind unbedingt durch geeignete Verfahrensbestimmungen zu vermeiden.

Schlussendlich dürften Rolle und Rechte der Tarifpartner nicht tangiert respektive an eine Tariforganisation delegiert werden, das heisst, dass es nach wie vor die Tarifpartner sein müssen, welche die notwendigen Anträge zu Händen des Bundesrates einreichen und vertreten.

3. Tarifstruktur aktuell halten (M25)

Grundsätzlich sprechen wir uns für eine regelmässige Anpassung der Tarifstrukturen an die Entwicklung der medizinischen Leistungen aus. Dies muss aber Aufgabe der Tarifpartner sein.

Die vorliegende Massnahme lehnen wir aber ab, weil staatliche Eingriffe in das Tarifsystern und damit in die Tarifautonomie gemäss KVG nicht noch weiter erleichtert werden dürfen. Diese Massnahme steht in einem heiklen Spannungsfeld zur geplanten Schaffung einer nationalen Tariforganisation: Wenn der Bundesrat an diese von ihm vorge-

schlagene Lösung glaubt, mutet es befremdend an, wenn er gleichzeitig die Möglichkeiten für staatliche Eingriffe in das Tarifsysteem erhöhen will. Eine neu zu schaffende Lösung zur Förderung des Konsenspotentials bei Tarifverhandlungen mit einer Erhöhung des staatlichen Eingriffspotentials zu verbinden, ist damit nicht nur widersprüchlich, es erhöht auch die Gefahr, dass Tarifpartner die Möglichkeit eines staatlichen Eingriffs als Druckmittel im Rahmen von Verhandlungen verwenden.

4. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern (M15)

Wir begrüssen die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich. Allerdings stehen wir der Ausweitung der staatlichen Eingriffskompetenz auf Pauschaltarife ablehnend gegenüber. Dies mutet im Lichte der geplanten Einführung einer nationalen Tariforganisation zusätzlich befremdend an. Es kann hierzu auf die Ausführungen sub Ziffer 3. vorstehend betreffend Massnahme 25 verwiesen werden.

Die Tarifpartner müssen bezüglich Pauschaltarife Verhandlungsspielraum haben, es müssen auch Teilbereiche erfasst werden können. Schweizweit einheitliche Pauschaltarife lehnen wir somit ab, sie sind eindeutig innovationsfeindlich.

Schlussendlich ist festzuhalten, dass die Schaffung von Pauschaltarifen im ambulanten Sektor bereits nach dem geltenden KVG möglich ist. Entsprechende Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern laufen seit einiger Zeit und es liegen auch bereits erste Resultate vor.

5. Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf Pa.Iv. 17.402)

Diese Massnahme ist zu offen und diffus formuliert, zumal sie mit einer neuen Eingriffskompetenz des Bundes verbunden werden soll.

Kostensteuerungsmassnahmen und die dazugehörenden Korrekturmechanismen müssen unter den Tarifpartnern verhandelt werden. Dabei sind Massnahmen in Bezug auf die Mengenentwicklungen von grosser Wichtigkeit. Es kann hierzu auf das Instrument der Leistungs- und Kostenvereinbarung (LeiKoV) verwiesen werden.

Aufgabe des Gesetzgebers wäre es, hierzu die notwendigen Anreize zu setzen.

Grundsätzlich wäre dieses Anliegen durch eine korrekte Anwendung der WZW-Kriterien zu erfüllen, welche aber bis zum heutigen Datum nicht anwendungsreif operationalisiert worden sind. Deshalb wäre es jetzt die vordringliche Aufgabe des Bundes, die notwendigen Voraussetzungen für eine Beeinflussung des Kosten- und Mengenwachstums zu schaffen, indem die WZW-Kriterien operationalisiert und Guidelines respektive Best practices definiert werden. Hier muss der Bund aktiv werden und die Tarifpartner einbinden.

Die auch hier geplante, neue staatliche Eingriffskompetenz lehnen wir entschieden ab, eventualiter halten wir fest, dass die Frist von zwei Jahren viel zu kurz bemessen ist, da sich viele Verträge momentan gar nicht in der Verhandlungsphase befinden und längere Laufzeiten aufweisen. Statt einer subsidiären Eingriffskompetenz des Bundes sind Anreize in Bezug auf kostenbewusstes Verhalten der Akteure zu schaffen.

6. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln (M22) - Anpassung des Substitutionsrechts (M24)

Vorab ist festzuhalten, dass unter diesem Punkt eine zweite Massnahme aus dem 38 Punkte-Paket übernommen worden ist, ohne dass explizit darauf hingewiesen wird, nämlich die Massnahme M24 «Anpassung des Substitutionsrechts».

Wir lehnen ein Referenzpreissystem aus folgenden Gründen entschieden ab:

(1) Verlust an Rechtsstaatlichkeit: Gemäss Art. 52 Abs. 1bis des Entwurfes sollen sowohl Referenz- als auch Höchstpreise auf Verordnungsstufe geregelt werden, was für die Hersteller zu einem erheblichen Verlust an Rechtsstaatlichkeit führen würde. Dies deshalb, weil heute alle Preise der Spezialitätenliste auf Verfügungsbasis mit Rechtsmitteln festgelegt werden. Der Bundesrat begründet diesen Abbau an Rechtsstaatlichkeit damit, dass künftig ein Preis für mehrere Hersteller gelten würde, weshalb individuelle Verfügungen nicht mehr möglich seien. Für solche Konstellationen sieht das schweizerische Recht das Instrument der Allgemeinverfügung vor, welche ein Beschwerderecht weiterhin ermöglichen würde und durch entsprechende Ausgestaltung ohne weiteres an die hier bestehenden, systemischen Bedürfnisse angepasst werden könnte. Auf diesem Weg könnte ein Verlust an Rechtsstaatlichkeit vermieden werden.

(2) Spareffekt völlig unklar: Mangels Regulierungsfolgenabschätzung liegen keine verlässlichen Zahlen zum Spareffekt der vorliegenden beiden Massnahmen im Arzneimittelbereich vor. Insbesondere ist die Dynamik eines Festbetragssystems auf dem kleinen Schweizer Markt schwer voraussehbar. Es ist aber zu befürchten, dass viele Generika vom hiesigen Markt verschwinden würden und das Preisniveau insgesamt steigen würde. Deshalb ist auch nicht quantifiziert, welche zusätzlichen neuen Kosten durch Therapiewechsel (Bürokratie und weggeworfene Arzneimittel) und Begründungspflicht bei Abweichung vom Billigstprinzip (Bürokratie) entstehen, die gegenzurechnen wären.

(3) Deutlich bessere Massnahmen mit ausgewiesenem Spareffekt liegen auf dem Tisch:

Breite Kreise des schweizerischen Gesundheitswesens haben alternative Sparmassnahmen vorgeschlagen, welche ein quantifiziertes Sparpotential ausweisen, zu keinerlei Nachteilen für die Patientensicherheit führen, die Versorgungssicherheit nicht weiter verschlechtern und keine zusätzliche Bürokratie verursachen. Darauf sind weder Bundesrat noch Verwaltung bis heute eingetreten – aus unerfindlichen Gründen.

Es sind dies:

- Schaffung eines neuen Preisbildungssystems für Arzneimittel, konkrete Vorschläge liegen vor
- Schaffung von Anreizen zur Erhöhung der Generikadurchdringung
- Verbesserung der Compliance (Therapieüberwachung und –begleitung) in enger Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Apothekerschaft, Industrie und Versicherern
- Beschleunigung und Vereinfachung der Zulassungsverfahren für Biosimilars

Im Lichte der vorstehend dargelegten Alternativmassnahmen, lehnen wir die Vorlage betreffend Einführung eines Referenzpreissystems in beiden zur Diskussion gestellten Varianten entschieden ab.

Ferner lehnen wir die zehnte, in das Revisionspaket «eingeschmuggelte» Massnahme 24 aus dem Expertenbericht (Billigstprinzip bei zwei wirkstoffgleichen Präparaten) ebenso dezidiert ab.

7. Rechnungskopie für Versicherte

Hierzu ist festzuhalten, dass sich bereits aus dem geltenden KVG (Art. 43 Abs. 2) die Pflicht zur Abgabe einer detaillierten und verständlichen Rechnung für den tiers garant und einer Rechnungskopie für den tiers payant ergibt. Eine flächendeckende Durchsetzung für den stationären Bereich gestützt auf Sanktionen mag die Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten erhöhen, wird aber per se zu keinerlei Kosteneinsparungen führen.

Wir unterstützen Massnahmen zur Erhöhung der Transparenz in Bezug auf erbrachte Leistungen und die Förderung der Mitverantwortung und des Kostenbewusstseins von Patientinnen und Patienten.

Eine solche Regelung müsste aber durch Anreize begleitet werden, welche die Mitverantwortung von Patientinnen und Patienten für die von ihnen verursachten Kosten fördern. In dieser Form wird die Regelung aber keinen Einfluss auf die Kostenentwicklung haben.

8. Rechnungskontrolle stärken (M09)

Vorab ist festzuhalten, dass die Rechnungskontrollen durch Versicherer heute mehrheitlich gut funktionieren. Dennoch stimmen wir dieser Massnahme zu, denn die weitere Verbesserung der Rechnungskontrollen im Sinne einer Beeinflussung des Abrechnungsverhaltens der Leistungserbringer via Outcome ist die systemisch richtige Alternative zu Inputsteuerung mittels staatlicher Planung.

Solche Kontrollen und Überprüfungen müssen aber nach einheitlichen, transparenten, und justiziablen Mindestkriterien durchgeführt werden, die von Leistungserbringern und Versicherern gemeinsam erarbeitet werden. In der Umsetzung sollen die Versicherer innerhalb des vereinbarten Rahmens aber frei bleiben, um unternehmerischen Freiraum zu gewähren und einen funktionierenden Leistungswettbewerb unter den Versicherern zu ermöglichen.

Hierzu ist auf die Ausführungen vorstehend sub Ziffer 5. zu verweisen: Die Operationalisierung der WZW-Kriterien und die Schaffung von Guidelines respektive Best practices sind unabdingbare Voraussetzungen für die Durchführung von korrekten Rechnungskontrollen, die auch tatsächlich zu einem kostenrelevanten Effekt führen.

Ferner müssten in einem nächsten Schritt auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den gleichen Grundsätzen erweitert werden.

9. Beschwerderecht Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime

Grundsätzlich ist es aus rechtsstaatlicher Sicht zutreffend, dass den Versicherern als Zahler im stationären Bereich auch ein Rekursrecht gegen Planungsentscheide im Zusammenhang mit den kantonalen Spitallisten zusteht.

Um aber zu vermeiden, dass Beschwerden aus taktischen Gründen und zur Verlangsamung von Abläufen eingereicht werden, müssen die Versicherer neben der Einräumung eines Rekursrechtes auch zur aktiven Mitwirkung im Rahmen der Planungsprozesse verpflichtet werden.

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

Mit freundlichen Grüßen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen



Prof. Dr. Robert Leu, Präsident



Dr. Andy Fischer, 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 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 11 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

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, wettbewerbles, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch besucht werden.