



Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung:

2. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung

Datum: 19. August 2020

2018 verabschiedete der Bundesrat für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ein Kostendämpfungsprogramm. Es basiert auf einem internationalen Expertenbericht und hat zum Ziel, das medizinisch nicht erklärbares Mengenwachstum und damit das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu bremsen. Der Bundesrat beauftragte das EDI, die neuen Massnahmen in Form von zwei Paketen zu prüfen und umzusetzen. Im August 2019 verabschiedete der Bundesrat die Botschaft für das erste Massnahmenpaket. Das zweite Paket hat der Bundesrat am 19. August 2020 in die Vernehmlassung geschickt.

Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP – M01¹

Die Zielvorgabe umfasst Kostenziele sowie Korrekturmassnahmen bei Zielüberschreitungen. Die Patientinnen und Patienten haben jederzeit Zugang zu den Leistungen der OKP.

Kostenziele:

Der Bundesrat legt ein nationales Gesamtkostenziel fest. Zusätzlich empfiehlt er den Kantonen ein kantonales Gesamtkostenziel sowie eine entsprechende Aufteilung auf die verschiedenen Kostenblöcke (Spitäler stationär und ambulant, Arzt ambulant, Arzneimittel sowie die übrigen OKP-Kostengruppen). Die Kantone können die Kostenblöcke weiter unterteilen. Bund und Kantone beziehen bei der Festlegung der Kostenziele die wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens mit ein.

Korrekturmassnahmen:

In erster Linie ist es an den Tarifpartnern Massnahmen zu vereinbaren, um die Kostenziele einzuhalten. Falls diese nicht eingehalten werden, können Korrekturmassnahmen - z. B. Tarifrückführungen - eingeleitet werden. Die Vernehmlassungsvorlage enthält zwei Varianten: In der einen Variante können die Kantone Massnahmen ergreifen, wenn die Ziele nicht eingehalten werden, sie sind dazu aber nicht verpflichtet. In der zweiten Variante sind die Kantone dazu verpflichtet.

Erstberatungsstelle – M27

Alle Versicherten wählen einen Leistungserbringer, an den sie sich bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Sie können aus einer Liste von Hausärzten, telemedizinischen Zentren, Gruppenpraxen oder Netzwerken zur koordinierten Versorgung auswählen. Die Erstberatungsstellen beraten Patientinnen und Patienten, behandeln sie selbst oder weisen sie an andere Leistungserbringer weiter. Die Erstberatungsstelle erhält vom Versicherer für jede Person, für welche sie diese Aufgabe übernimmt, eine Pauschale. Sie erhält die Pauschale auch dann,

¹ Abkürzung für nummerierte Massnahmen, die im Expertenbericht «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vorgeschlagen werden.

wenn die versicherte Person keine Leistung beansprucht.

Die Versicherer vergüten grundsätzlich nur Leistungen, welche die Erstberatungsstelle erbracht hat oder für welche eine Überweisung vorliegt. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen, insbesondere für Notfälle sowie den Zugang zu Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshilfe.

Netzwerke zur koordinierten Versorgung – M10

Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung schliesst Gesundheitsfachpersonen aus unterschiedlichen Berufen zusammen und bietet medizinische Betreuung «aus einer Hand» an. Es stellt somit die Koordination über die ganze Versorgungskette sicher, zum Beispiel bei der Behandlung einer älteren Person mit mehreren chronischen Krankheiten durch Spezialisten bzw. Spitex oder der Nachbehandlung nach dem Spitalaustritt durch den Hausarzt bzw. die Spitex.

Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung wird als neuer Leistungserbringer definiert (nach Art. 35 KVG). Dieser Leistungserbringer umfasst das Koordinationszentrum sowie die ihm vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer. Er rechnet alle vom Versorgungsnetz erbrachten Leistungen als ein einziger Leistungserbringer gegenüber den Versicherern ab. Die Leistungen werden über Pauschalen abgegolten. Zudem wird der Koordinationsaufwand von den Versicherern vergütet.

Programme der Patientenversorgung – M10

Behandlungsprogramme mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer über den ganzen Betreuungsprozess hinweg führen zu besseren Ergebnissen als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Sie dienen der Behandlung von chronischen Krankheiten sowie der medizinischen Prävention und Rehabilitation.

Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG und kostengünstige Vergütung (Vorschlag EDI, M29)

Der Bundesrat erhält die Kompetenz festzulegen, wie und wann die periodische Überprüfung von Leistungen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll. Dazu gehört, dass er Grundsätze für eine möglichst kostengünstige Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen sowie Mittel- und Gegenständen (MiGeL) aufstellt.

Preismodelle und Rückerstattungen – (Vorschlag EDI)

Preismodelle beschreiben eine Vereinbarung, die einen raschen und möglichst kostengünstigen Zugang zu innovativen, teuren Arzneimitteln und Therapien ermöglicht. Dabei müssen Pharmaunternehmen einen Teil der Kosten an die Versicherer zurückerstatten. Es werden insbesondere Preismodelle mit Rückerstattungen auf den Preis, auf Umsatzvolumen oder aufgrund fehlender Wirkung festgelegt.

Preismodelle werden bereits heute in der Schweiz angewendet. Der Bundesrat schlägt zur Stärkung der Rechtssicherheit vor, die bestehenden rechtlichen Grundlagen auf Gesetzesebene zu festigen. Die Regelung bezieht sich nicht nur auf Arzneimittel, sondern auch auf alle anderen Bereiche, in denen Preismodelle angewendet werden (MiGeL, Analysenliste).

Ausnahme vom Zugang nach BGÖ betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen - (Vorschlag EDI)

Der Zugang nach dem Bundesgesetz über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (BGÖ) zu amtlichen Dokumenten im Rahmen von Preismodellen soll verweigert

werden können. Die Ausnahmebestimmung ist aufgrund der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen unumgänglich: Es besteht die Gefahr, dass ohne Ausnahmeregelung die Zulassungsinhaberinnen nicht mehr bereit sind, Preismodelle zu akzeptieren oder auf ein Aufnahmegesuch in die Spezialitätenliste verzichten.

Im Gegenzug will der Bundesrat mehr Transparenz schaffen: Die Liste der publizierten Entscheide und Entscheidungsgrundlagen des BAG wird erweitert. Dadurch wird dem öffentlichen Interesse an den Entscheiden des BAG Rechnung getragen.

Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl – (Vorschlag EDI)

Die Kantonsregierungen müssen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen. Die Referenztarife orientieren sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung nach dem Tarif des behandelnden Spitals, sofern dieser nicht höher ist als der Referenztarif. Mit dieser Massnahme soll der kantonsübergreifende Spitalwettbewerb gefördert und damit das Kostenwachstum gebremst werden. Zudem erhalten die Versicherten die Möglichkeit, ihr Spital schweizweit frei zu wählen, ohne unangemessen hohe Zahlungen leisten zu müssen.

Elektronische Rechnungsübermittlung – (Vorschlag EDI)

Die Leistungserbringer und die Versicherer werden verpflichtet, ihre Rechnungen elektronisch und nach einheitlichen Standards zu übermitteln. Dadurch können die Rechnungen besser überprüft und kann die Finanzierung von Leistungen, die nicht erforderlich sind, vermieden werden.

Die genaue Ausgestaltung der elektronischen Übermittlung wird an die Tarifpartner übertragen. Die versicherte Person erhält die Möglichkeit, die Rechnungen kostenlos in Papierform zu erhalten.