



Faktenblatt

Datum:

7. September 2022

Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: 2. Massnahmenpaket

Gestützt auf den Expertenbericht vom 24. August 2017 «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» verabschiedete der Bundesrat am 28. März 2018 ein Kostendämpfungsprogramm. Das Programm hat zum Ziel, das medizinisch nicht erklärbare Mengenwachstum und damit das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zu bremsen. Dazu nimmt es alle Akteure des Gesundheitswesens in die Verantwortung.

Der Bundesrat beauftragte das EDI, die von der Expertengruppe vorgeschlagenen Massnahmen zu prüfen und – wenn sinnvoll - in Form von zwei Paketen 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. Am 28. April 2021 nahm der Bundesrat die Ergebnisse der Vernehmlassung zur Kenntnis und beschloss, die Zielvorgabe aus dem 2. Paket herauszulösen und separat als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative vorzuschlagen. Am 10. November 2021 verabschiedete er die entsprechende Botschaft.

Das EDI wurde beauftragt, die Massnahmen des zweiten Kostendämpfungspaketes nochmals vertieft zu prüfen und dem Bundesrat eine Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) vorzulegen. Die entsprechende Botschaft wurde am 7. September 2022 vom Bundesrat verabschiedet.

1. Netzwerke zur koordinierten Versorgung – (M10)

In einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung schliessen sich Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe unter ärztlicher Leitung verbindlich zusammen, um eine den Patientenbedürfnissen entsprechende medizinische Betreuung «aus einer Hand» anzubieten. Es erbringt Leistungen nach den Artikeln 25–31 KVG ambulant und stellt zusätzlich die Koordination über die ganze Versorgungskette mit weiteren Leistungserbringern ausserhalb des Netzwerkes 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.

Der Leistungserbringer «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» besteht aus mindestens einem Koordinationszentrum sowie die ihm vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer. Er muss vom

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

Kanton, auf dessen Gebiet er seine Tätigkeit ausübt, zugelassen werden. Die Zulassung erfordert einen kantonalen Leistungsauftrag. Der Kanton legt darin insbesondere die zu erbringenden Leistungen sowie den zeitlichen und örtlichen Tätigkeitsbereich fest. Umfasst der Tätigkeitsbereich des Netzwerks mehr als einen Kanton, sprechen sich die betreffenden Kantone ab und legen einen gemeinsamen Leistungsauftrag fest. Das «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» rechnet alle vom Versorgungsnetz erbrachten Leistungen als ein einziger Leistungserbringer gegenüber den Versicherern ab. Zudem schliessen die Netzwerke mit den Versicherern oder deren Verbänden Verträge ab, die die Finanzierung der Zusatzkosten aufgrund der Koordination komplexer Fälle regeln. Dabei ist auch der Umfang der kantonalen Leistungsaufträge zu berücksichtigen. Der Bundesrat kann die Mindestvorschriften dieser Vereinbarungen festlegen.

2. Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG – (Vorschlag EDI)

Der Bundesrat erhält die Kompetenz festzulegen, wie und wann die periodische Überprüfung von Leistungen nach den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) erfolgen soll.

Die Überprüfung gemäss den WZW-Kriterien soll grundsätzlich in Abhängigkeit von der Art und vom jeweiligen Zeitpunkt im Lebenszyklus einer Leistung erfolgen können, namentlich in Bezug auf deren Tiefe, Umfang und Methodik. Im Sinne eines effizienten Einsatzes von Ressourcen sind im Rahmen der WZW-Prüfung Schwerpunkte namentlich in jenen Bereichen zu setzen, in denen durch die Überprüfung ein Nutzen hinsichtlich Verbesserung der Versorgung und Dämpfung der Kosten erwartet werden kann.

3. Preismodelle und Rückerstattungen – (Vorschlag EDI)

Preismodelle beschreiben eine Regelung zwischen einem (Pharma-) Unternehmen und einem Kostenträger, die den Zugang zu (d.h. die Abdeckung oder Erstattung) einer Gesundheitstechnologie unter bestimmten Bedingungen ermöglicht. Preismodelle können unterschiedliche Formen aufweisen und individuell ausgestaltet sein. Für die Bevölkerung garantieren Preismodelle einen raschen und wirtschaftlichen Zugang zu neuen, innovativen Therapien, welche ansonsten nicht zahlbar wären.

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 (Liste der Mittel und Gegenstände, Analysenliste).

Im Weiteren können aufgrund der heutigen Rechtslage die einbezahlten Rückerstattungen in die gemeinsame Einrichtung KVG nicht an die Versicherer zurückfliessen, weil diese Beträge in den von der gemeinsamen Einrichtung KVG geführten Insolvenzfonds einbezahlt werden. Um dies zu ändern, wird die gemeinsame Einrichtung KVG neu einen Fonds für Rückerstattungen führen. Die Beträge, die in diesen Fonds einbezahlt werden, können später an die Versicherer und für den stationären Bereich auch an die Kantone verteilt werden. Im Bereich von Arzneimitteln bei Geburtsgebrechen erfolgen Rückerstattungen an den IV-Ausgleichsfonds nach Artikel 79 IVG.

4. 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.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

5. 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.

6. 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.

7. Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker – (Vorschlag EDI)

Die Regelung der von den Apothekerinnen und Apothekern zu Lasten der OKP durchführbaren Leistungen wird angepasst. Dazu gehört insbesondere die Möglichkeit der Durchführung von selbständigen Leistungen im Rahmen von Präventionsprogrammen oder von pharmazeutischen Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und Therapietreue unabhängig von der Arzneimittelabgabe.

Massnahmen in der Invalidenversicherung – (Vorschlag EDI)

Auf Basis der Änderungen im KVG werden auch folgende Änderungen des IVG vorgeschlagen:

- Regelung der Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang.
- Festigung der rechtlichen Grundlagen für Preismodelle mit Blick auf die Rechtssicherheit und Durchsetzbarkeit sowie Regelung der Modalitäten für Rückerstattungen.
- Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen und Rückerstattungen.
- Verpflichtung zur elektronischen Rechnungsübermittlung.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation, www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.