



Bern, 19. August 2020

**Erläuternder Bericht zur  
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)»:  
Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens**

---

## Übersicht

*Diese Vorlage schlägt basierend auf dem Expertenbericht vom 24. August 2017 «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» und als indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» diverse Gesetzesänderungen vor. Ziel ist, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen.*

### Ausgangslage

Zwischen 1996, als das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft trat, und 2018 sind die Bruttokosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von 12 auf 32 Milliarden Franken angestiegen. Damit haben sie sich innert 20 Jahren fast verdreifacht. Die OKP musste folglich jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich 4 Prozent mehr für die Vergütung von medizinischen Leistungen und Produkten ausgeben. Im Jahr 2018 konnte der Kostenanstieg dank kostendämpfender Massnahmen etwas gebremst werden.

Mit der bundesrätlichen Strategie «Gesundheit2020» von 2013, deren Nachfolgestrategie «Gesundheit2030» von 2019 und den Legislaturzielen erklärte der Bundesrat eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung zu einem seiner Hauptziele. Um dieses zu erreichen, müssen die Kostendämpfungsmassnahmen in allen grossen Kostenblöcken und – aufgrund der Kompetenzaufteilung im Schweizer Gesundheitswesen – auf allen Ebenen und bei allen Akteuren ansetzen. Im Rahmen der Strategie «Gesundheit2020» hatte der Bundesrat bereits mehrere Ziele und Massnahmen definiert, welche die Gesundheitskosten um einige hundert Millionen Franken pro Jahr senken konnten. Auch in den kommenden Jahren ist mit weiteren spürbaren Einsparungen zu rechnen. Zur Verstärkung der Massnahmen setzte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Expertengruppe ein, um nationale und internationale Erfahrungen auszuwerten. Im Vordergrund stand dabei, die medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung zu reduzieren. Die Expertengruppe erhielt den Auftrag, internationale Erfahrungen mit Instrumenten der Mengensteuerung zu analysieren und spezifische Massnahmen für die Schweiz vorzuschlagen.

Der entsprechende Expertenbericht vom 24. August 2017 «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» schlägt im Interesse der Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler zahlreiche Massnahmen vor, mit denen das vorhandene Effizienzpotenzial ausgeschöpft und das Kostenwachstum gebremst werden sollen. Am 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat ein auf dem Expertenbericht basierendes Kostendämpfungsprogramm. Darin legte er fest, dass neue Massnahmen der Expertengruppe in zwei Paketen geprüft und – wenn sinnvoll - umgesetzt werden sollen. Zudem sind die Kantone und die Tarifpartner angehalten, Massnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu prüfen und umzusetzen.

---

*Im Sommer 2019 hat der Bundesrat zuhanden der eidgenössischen Räte ein erstes Rechtsetzungspaket (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) verabschiedet. Die Vorlage beinhaltet neun Massnahmen mit Änderungen innerhalb des KVG sowie daraus abgeleitete gleichgerichtete Änderungen im Bereich von Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung. Am 8. März 2019 hat der Bundesrat das EDI anlässlich einer Aussprache zudem beauftragt, im Rahmen des zweiten Pakets eine Vorlage zur Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP, eine der beiden Hauptmassnahmen des Expertenberichts, auszuarbeiten.*

*Auch die am 10. März 2020 von der christlichdemokratischen Volkspartei (CVP) eingereichte Eidgenössische Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» fordert die Einführung einer Kostenbremse im Gesundheitswesen.*

*Der Initiativtext sieht vor, Artikel 117 BV so zu ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der OKP einführt. In Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern soll der Bundesrat die Kostenübernahme durch die OKP regeln. Er soll wirksame Anreize zur Kostenreduktion setzen, so dass sich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt. Wachsen die Kosten pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um einen Fünftel über der Nominallohnentwicklung und haben die Tarifpartner bis zu diesem Zeitpunkt keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung festgelegt, sieht eine Übergangsbestimmung vor, dass Bund und Kantone für das nachfolgende Jahr wirksame Kostenbegrenzungsmaßnahmen beschliessen sollen.*

*Der Bundesrat unterstützt das Anliegen der Initiative, das Kostenwachstum in der OKP und die Belastung der Prämienzahler zu reduzieren. Die Koppelung allein an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und einen Lohnindex greift allerdings zu kurz. Ausserdem werden die Anliegen der Initiative im Rahmen des vom Bundesrat veranlassten Kostendämpfungsprogramms bereits aufgenommen. Die Initiative weist in der Stossrichtung insbesondere Gemeinsamkeiten mit der im Kostendämpfungsprogramm vorgesehenen Massnahme «MOI Zielvorgabe» auf.*

*Die Ziele der Initiative lassen sich deshalb grundsätzlich auch mit Anpassungen auf Gesetzesstufe erreichen. Dementsprechend empfiehlt der Bundesrat, die Initiative abzulehnen. Er ist überzeugt, dass auch mit anderen Massnahmen die Kostenentwicklung im Sinne des Anliegens der Initiative auf verlässliche Weise und gestützt auf nachvollziehbare Kriterien gedämpft werden kann, und legt mit dem zweiten Massnahmenpaket einen indirekten Gegenvorschlag vor.*

### **Inhalt der Vorlage**

*Der vorliegende indirekte Gegenvorschlag soll die bereits in Paket 1 vorgeschlagenen Massnahmen ergänzen, deren Wirkungen verstärken und vor allem die Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems verbessern. Im Sinne der Entscheide des Bundesrats vom 28. März 2018, 8. März 2019 und 20. Mai 2020 wurde somit ein zweites Recht-*

---

setzungspaket erarbeitet. Dabei wurden verschiedene Massnahmen des Expertenberichts und Vorschläge des EDI in den Bereichen «Zielvorgabe», «Erstberatungsstelle», «Stärkung der koordinierten Versorgung», «Preisfestsetzung und Überprüfung von medizinischen Leistungen», «Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen» sowie «elektronische Rechnungsübermittlung» geprüft. Der vorliegende Bericht behandelt alle diese Massnahmen, jedoch wird nicht bei allen ein Handlungsbedarf auf Gesetzesstufe gesehen. Zu neun Massnahmen werden Gesetzesanpassungen im KVG sowie daraus abgeleitet analoge Änderungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieses Sozialversicherungszweiges, vorgeschlagen.

Der Schwerpunkt des Pakets liegt auf der Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP, welche insbesondere den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative darstellt. Weiter wird mit der Einführung einer obligatorischen Erstberatungsstelle für alle Versicherten eine Stelle geschaffen, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen wenden können. Diese Erstberatungsstelle bietet den Versicherten Orientierung und Sicherheit. Zur Stärkung der koordinierten Versorgung werden Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer definiert und Programme der Patientenversorgung gefördert. Weiter sollen die Kompetenzen des Bundes bezüglich Vergütung medizinischer Leistungen gestärkt werden, damit diese zukünftig kostengünstiger erbracht werden können. Dazu gehört eine Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen sowie die damit verbundene Einschränkung der Anwendbarkeit des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 2004 über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (BGÖ) auf Dokumente im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arzneimittel der Spezialitätenliste. Zusätzlich werden die Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung gemäss den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen geschaffen. Der kantonsübergreifende Wettbewerb unter den Spitälern soll durch die Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen gefördert werden. Nicht zuletzt sollen Leistungserbringer und Versicherer verpflichtet werden, die Rechnungsübermittlung zukünftig elektronisch abzuwickeln. Schliesslich wird das vorliegende Paket noch ergänzt mit einer Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft zur Gleichbehandlung der Patientinnen. Angesichts der Breite der Massnahmen wird somit wie bereits im ersten Paket auch vorliegend bei allen Akteuren angesetzt, und diese werden konsequent in die Verantwortung genommen.

Folgende Gesetzesänderungen werden vorgeschlagen:

1. Einführung einer Zielvorgabe, welche Kostenziele für das OKP-Wachstum definieren sowie Massnahmen zur Korrektur bei allfälligen Zielüberschreitungen festlegen soll.
2. Einführung einer Erstberatungsstelle, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden. Diese Stelle berät die Patienten und behandelt sie selber oder verweist sie an einen anderen Leistungserbringer.

- 
3. *Stärkung der koordinierten Versorgung durch die Definition von Netzwerken zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer.*
  4. *Förderung von Programmen der Patientenversorgung zur Stärkung der koordinierten Versorgung.*
  5. *Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen.*
  6. *Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen.*
  7. *Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung von Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen.*
  8. *Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen zur Förderung des kantonsübergreifenden Wettbewerbs unter den Spitälern.*
  9. *Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung.*
  10. *Invalidenversicherung: Analoge oder gleichgerichtete Ausgestaltung wie im KVG betreffend die Regelung für die Vereinbarung von Preismodellen und allfälligen Rückerstattungen, die Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen, die Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung gemäss den WZW-Kriterien und die elektronische Rechnungsübermittlung.*

*Ergänzend wird eine Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft zur Gleichbehandlung der Patientinnen vorgeschlagen.*

*Ziel der Neuregelung ist es, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zulasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Die finanziellen Auswirkungen eines grossen Teils der Massnahmen können jedoch nicht genau quantifiziert werden, da sie von der konkreten Umsetzung durch die betroffenen Akteure abhängen. Generell geht der Bundesrat davon aus, dass mit den vorgeschlagenen Massnahmen längerfristige Einsparungen von über einer Milliarde Franken (oder einigen wenigen Prämienprozenten) zugunsten der OKP möglich sind.*

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Formelle Aspekte und Gültigkeit der Initiative</b>	<b>8</b>
1.1	Wortlaut der Initiative	8
1.2	Zustandekommen und Behandlungsfristen	9
1.3	Gültigkeit	9
<b>2</b>	<b>Ausgangslage für die Entstehung der Initiative</b>	<b>9</b>
2.1	Zunehmende Belastung der Schweizer Bevölkerung durch steigende Gesundheitskosten	9
2.2	Aktuelle gesetzliche Grundlagen	11
2.3	Laufende Gesetzesänderungen	12
<b>3</b>	<b>Ziele und Inhalt der Initiative</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>Würdigung der Initiative</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>Indirekter Gegenvorschlag</b>	<b>15</b>
6.1	Ausgangslage	15
6.1.1	Kostendämpfungsmassnahmen und geprüfte Alternativen	15
6.1.2	Verhältnis zur Legislaturplanung und zur Finanzplanung sowie zu Strategien des Bundesrates	18
6.1.3	Erledigung parlamentarischer Vorstösse	19
6.1.4	Weitere mit der Vorlage zusammenhängende Vorstösse	21
6.2	Grundzüge der Vorlage	21
6.2.1	Die beantragte Neuregelung	21
6.2.2	Abstimmung von Aufgaben und Finanzen	42
6.2.3	Umsetzungsfragen	45
6.3	Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht	53
6.4	Erläuterungen zu einzelnen Artikeln	61
6.5	Auswirkungen	85
6.5.1	Auswirkungen auf den Bund	85
6.5.2	Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete	87
6.5.3	Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	88
6.5.4	Auswirkungen auf die Gesellschaft	90
6.5.5	Auswirkungen auf die Umwelt	92
6.5.6	Andere Auswirkungen	92
6.6	Rechtliche Aspekte	92
6.6.1	Verfassungsmässigkeit	92
6.6.2	Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz	93
6.6.3	Erlassform	96
6.6.4	Unterstellung unter die Ausgabenbremse	96

---

6.6.5	Einhaltung des Subsidiaritätsprinzips und des Prinzips der fiskalischen Äquivalenz	96
6.6.6	Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	97
6.6.7	Datenschutz	99

<b>Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)</b> <b>(Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2) (Entwurf)</b>	xx
--	----

---

# **Vorentwurf und erläuternder Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)**

## **als indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)»:**

### **1 Formelle Aspekte und Gültigkeit der Initiative**

#### **1.1 Wortlaut der Initiative**

Die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» hat den folgenden Wortlaut:

Die Bundesverfassung<sup>1</sup> wird wie folgt geändert:

*Art. 117 Abs. 3 und 4*

<sup>3</sup> Er [der Bund] regelt in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung so, dass sich mit wirksamen Anreizen die Kosten entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln. Er führt dazu eine Kostenbremse ein.

<sup>4</sup> Das Gesetz regelt die Einzelheiten.

*Art. 197 Ziff. 12<sup>2</sup>*

*12. Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 (Kranken- und Unfallversicherung)*

Liegt die Steigerung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei Jahre nach Annahme von Artikel 117 Absätze 3 und 4 durch Volk und Stände mehr als ein Fünftel über der Entwicklung der Nominallohne und haben die Krankenversicherer und die Leistungserbringer (Tarifpartner) bis zu diesem Zeitpunkt keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung festgelegt, so ergreift der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung, die ab dem nachfolgenden Jahr wirksam werden.

<sup>1</sup> SR 101

<sup>2</sup> Die endgültige Ziffer dieser Übergangsbestimmung wird nach der Volksabstimmung von der Bundeskanzlei festgelegt.

## 1.2 Zustandekommen und Behandlungsfristen

Die Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» wurde am 2. Oktober 2018 von der Bundeskanzlei vorgeprüft<sup>3</sup> und am 10. März 2020 mit den nötigen Unterschriften eingereicht.

Mit Verfügung vom 2. Juni 2020 stellte die Bundeskanzlei fest, dass die Initiative mit 103'761 gültigen Unterschriften zustande gekommen ist.<sup>4</sup>

Die Initiative hat die Form des ausgearbeiteten Entwurfs. Der Bundesrat unterbreitet dazu einen indirekten Gegenvorschlag. Nach Artikel 97 Absatz 2 des Parlamentsgesetzes vom 13. Dezember 2002<sup>5</sup> (ParlG) und in Anbetracht der Verordnung vom 20. März 2020 über den Fristenstillstand bei eidgenössischen Volksbegehren<sup>6</sup> hat der Bundesrat der Bundesversammlung somit spätestens bis zum 21. November 2021 den Beschlussentwurf und eine Botschaft zu unterbreiten. Die Bundesversammlung hat nach Artikel 100 ParlG bis zum 21. November 2022 über die Abstimmungsempfehlung zu beschliessen.

## 1.3 Gültigkeit

Die Initiative erfüllt die Anforderungen an die Gültigkeit nach Artikel 139 Absatz 3 BV:

- a. Sie ist als vollständig ausgearbeiteter Entwurf formuliert und erfüllt somit die Anforderungen an die Einheit der Form.
- b. Zwischen den einzelnen Teilen der Initiative besteht ein sachlicher Zusammenhang. Die Initiative erfüllt somit die Anforderungen an die Einheit der Materie.
- c. Die Initiative verletzt keine zwingenden Bestimmungen des Völkerrechts. Sie erfüllt somit die Anforderungen an die Vereinbarkeit mit dem Völkerrecht.

## 2 Ausgangslage für die Entstehung der Initiative

### 2.1 Zunehmende Belastung der Schweizer Bevölkerung durch steigende Gesundheitskosten

Das Gesundheitswesen weist verschiedene Besonderheiten auf. Es besitzt komplexe Strukturen und bietet eine Vielfalt an schwer standardisierbaren Gesundheitsleistungen. Aufgrund der erwünschten Versicherungsdeckung sowie der asymmetrischen Informationslage zwischen Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten besteht ein Anreiz zur Mengenausweitung. Diese Umstände führen zu einer anbieterinduzierten Nachfrage über das medizinisch notwendige Niveau hinaus, welcher mit Instrumenten wie Selbstbehalt und Franchise aber auch Versicherungsmodellen mit eingeschränkter Wahl nur unzureichend entgegengewirkt werden kann. Als Folge steigen die Kosten im Gesundheitswesen nicht nur wegen des demografischen Wandels und

<sup>3</sup> BB1 2018 6339

<sup>4</sup> BB1 2020 4772

<sup>5</sup> SR 171.10

<sup>6</sup> AS 2020 847

des medizinisch-technischen Fortschritts, sondern auch wegen einer medizinisch nicht begründbaren Mengenzunahme stetig an.

Eine Studie im Auftrag des BAG zeigt, dass im schweizerischen Gesundheitswesen in fast allen Leistungsbereichen ein noch nicht ausgeschöpftes Effizienzpotenzial besteht. Über alle nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>7</sup> über die Krankenversicherung (KVG) pflichtigen Leistungen hinweg liegt das Effizienzpotenzial laut Studie zwischen 16 und 19 Prozent. Somit ist das Effizienzpotenzial beträchtlich und in der Grössenordnung der bisher oft erwähnten 20 Prozent. Neben der (angebots- und nachfrageseitigen) Mengenausweitung tragen vor allem produktive Ineffizienzen sowie zu hohe Tarife und Preise für medizinische Leistungen und Produkte zum Effizienzpotenzial bei.<sup>8</sup>

Zwischen 1996, als das KVG in Kraft trat, und 2018 sind die Bruttokosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) von 12 auf 32 Milliarden Franken angestiegen.<sup>9</sup> Damit haben sie sich innert 20 Jahren beinahe verdreifacht. Die OKP musste folglich jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich vier Prozent mehr für die Vergütung von medizinischen Leistungen und Produkten ausgeben.

Auffallend ist zudem, dass die Kosten der OKP im Vergleich zur Kostenentwicklung im gesamten Gesundheitswesen überproportional angestiegen sind.<sup>10</sup> Haben die Gesamtausgaben zwischen 2005 und 2018 von 52,4 auf 81,9 Milliarden Franken oder um rund 56 Prozent zugenommen, so haben die Ausgaben für die OKP im gleichen Zeitraum einen Anstieg von 60 Prozent bzw. von 20,3 auf 32,5 Milliarden Franken erfahren.<sup>11</sup> Knapp 80 Prozent der OKP-Bruttoleistungen entfallen zudem auf die vier grössten Kostenblöcke («Spital stationär» [20,3 %], «Arztbehandlungen ambulant» [23 %], «Arzneimittel» [18,1 %] und «Spital ambulant» [17,1 %]).<sup>12</sup> Dieser Prozentsatz veränderte sich über die Jahre hinweg kaum, obwohl die OKP-Kosten kontinuierlich und je nach Kostenblock unterschiedlich stark zunahm. Grosse Kostenanstiege wurden seit 2005 auch in den Bereichen der ambulanten Spital- und

<sup>7</sup> SR 832.10

<sup>8</sup> Vgl. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

<sup>9</sup> Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung: Statistiken > Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Nur Prämiegelder und Kostenbeteiligung der Versicherten, ohne die staatlichen Beiträge für OKP-pflichtige Leistungen (wie die kantonalen Anteile zur Abgeltung stationärer Leistungen).

<sup>10</sup> Vgl. Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2018 (provisorische Daten), abrufbar unter: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Gesundheit > Kosten, Finanzierung.

<sup>11</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018 (STAT KV 18), abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung: Statistiken > Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>12</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018 (STAT KV 18), abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung: Statistiken > Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Arztbehandlungen (+ 109 % bzw. + 65 %) sowie im Bereich Spitex, Labor, Physiotherapie und Mittel und Gegenstände verzeichnet (insgesamt + 132 %).<sup>13</sup> Im Jahr 2018 konnte der Kostenanstieg in der OKP dank kostendämpfenden Massnahmen etwas gebremst werden (nur + 230 Mio. Fr. bzw. + 0,7 %).<sup>14</sup>

Im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt sind in der Schweiz die Kosten mit 11,9 Prozent im internationalen Vergleich sehr hoch; der Schnitt der Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) liegt bei 8,8 Prozent.<sup>15</sup> Zudem fällt auf, dass der Anteil der Selbstzahlungen der privaten Haushalte an den Gesamtausgaben in der Schweiz (2018 ca. 81,9 Mia. Fr.) am grössten ist. 2018 betragen die Selbstzahlungen 27,3 Prozent oder 22,4 Milliarden Franken. Zusammen mit den Ausgaben für die OKP über die Krankenversicherungsprämien und für andere Privatversicherungen tragen die Privathaushalte über 70 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben.<sup>16</sup>

Die hohen Krankenversicherungsprämien stellen schon heute für viele Menschen eine spürbare finanzielle Belastung dar und werden von der schweizerischen Bevölkerung als eine der Hauptsorgen genannt. In der repräsentativen Umfrage des Sorgenbarometers 2018 nannten 41 Prozent der befragten stimmberechtigten Personen Gesundheitswesen und Krankenkassen als einen der fünf Themenbereiche, bei denen sie in der Schweiz den grössten Problemdruck sehen. Im Jahr 2017 waren dies noch weniger als 30 Prozent.

Um das Gesundheitssystem finanzierbar zu halten, müssen deshalb tiefgreifende kostendämpfende und effizienzsteigernde Massnahmen ergriffen werden. Ziel muss sein, einerseits die finanzielle Belastung durch die Krankenversicherungsprämien erträglich und möglichst nahe am demografischen Effekt zu halten und andererseits die hohe Qualität der medizinischen Versorgung und den Zugang der Bevölkerung zu dieser Versorgung sicherzustellen.

## 2.2 Aktuelle gesetzliche Grundlagen

Artikel 117 der Bundesverfassung (BV; SR 101) gibt dem Bund bereits heute eine umfassende Kompetenz zur Regelung der OKP. Auch eine Steuerung der Kosten kann somit grundsätzlich im Gesetz vorgesehen werden. Im stationären Spitalbereich setzen mehrere Kantone Steuerungsinstrumente ein, die mit dem Konzept von Kostenzielen inhaltlich verwandt sind. Hierbei handelt es sich zum einen um Globalbudgets nach Artikel 51 KVG. Dieser Artikel räumt den Kantonen die Möglichkeit ein, einen Gesamtbetrag für die Finanzierung der Spitäler oder der Pflegeheime festzusetzen. Vor der Festsetzung müssen die Leistungserbringer und die Versicherer angehört werden. Weitere relevante Instrumente, deren Wirkungen mit denen von Globalbudgets

<sup>13</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018 (STAT KV 18), abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung: Statistiken > Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>14</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018 (STAT KV 18), abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung: Statistiken > Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

<sup>15</sup> Vgl. OECD (2018). OECD.stat. abrufbar unter: <http://stats.oecd.org>.

<sup>16</sup> Vgl. Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2018 (provisorische Daten), 2017, abrufbar unter: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiken finden > Gesundheit > Kosten, Finanzierung.

vergleichbar sind, sind direkte Mengenbeschränkungen und eine degressive Vergütung im stationären Spitalbereich. Gemäss der föderalen Kompetenzordnung im Gesundheitswesen sind die Kantone für die Spitalplanung (Art. 39 KVG) zuständig. Sie können die Erteilung von Leistungsaufträgen mit Mengenbeschränkungen verbinden. Die Festlegung eines Gesamtbetrages nach Artikel 51 KVG ergänzt diese Kompetenz. Globalbudgets im spitalstationären Bereich stellen auch unter der neuen Spitalfinanzierung ein ergänzendes Instrument zur leistungsbezogenen Vergütung durch Pauschalen dar, die in der Akutsomatik seit 2012 (SwissDRG) und in der Psychiatrie seit 2018 (TARPSY) umgesetzt wird. Ausser der leistungsbezogenen Vergütung mittels Pauschalen sind mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung seit 2009 schrittweise eine Reihe weiterer Massnahmen in Kraft getreten, mit denen das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich gebremst werden soll. In ihrer jetzigen Ausgestaltung begrenzen Globalbudgets sowie äquivalente Instrumente im spitalstationären Bereich die kantonale Finanzierung KVG-pflichtiger Leistungen, nicht jedoch die Finanzierung dieser Leistungen durch die Krankenversicherer der OKP. Die OKP ist damit der einzige grosse Bereich der sozialen Sicherheit in der Schweiz, der über keine Ausgabenregel verfügt.<sup>17</sup>

### 2.3 Laufende Gesetzesänderungen

Der Bundesrat hat am 21. August 2019 die Botschaft zum ersten Massnahmenpaket verabschiedet. Grundsätzlich besteht ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen dem Konzept von Kostenzielen und den in der Gesetzesvorlage vorgeschlagenen Massnahmen zur Steuerung der Kosten. Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände (Tarifpartner) werden gesetzlich verpflichtet, in den Bereichen, in denen sie die Tarife und Preise nach Artikel 43 Absatz 4 KVG vereinbaren müssen, einen Vertrag mit Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren und vom Bundesrat genehmigen zu lassen. Die Tarifpartner sollen weitgehend frei sein in der Festlegung des Steuerungsmechanismus. Sie könnten somit auch Anpassungen in der Tarifstruktur, bei den Basispreisen oder den Taxpunktwerten oder auch eine Kombination von Rückvergütung und Tarifanpassung vorsehen. Anpassungen in einer Tarifstruktur mit gesamtschweizerischem Geltungsbereich müssten aber dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet werden. Sieht der Steuerungsmechanismus Anpassungen der kantonalen Tarife vor, so sind die entsprechenden Regeln auch in die kantonalen Tarifverträge aufzunehmen. Diese müssten dann – entsprechend der bereits bestehenden gesetzlichen Vorgabe – der zuständigen Kantonsregierung zur Genehmigung unterbreitet werden.

Falls innerhalb von zwei Jahren keine Einigung erzielt wird, legt der Bundesrat die Massnahmen fest. Die Leistungserbringer und die Versicherer geben dem Bundesrat auf Verlangen die Informationen bekannt, die für die Festlegung der Massnahmen erforderlich sind. Kommen sie dieser Pflicht nicht nach, kann das EDI als zuständiges Departement Sanktionen aussprechen. Der Bundesrat kann die Bereiche, in welchen Massnahmen vereinbart werden müssen, einschränken. Mit den Massnahmen zur

<sup>17</sup> Vgl. Brändle, T., Colombier, C., Baur, M. und S. Gaillard (2018). Zielvorgaben für das Wachstum der Gesundheitsausgaben: Ausgewählte Erfahrungen und Erkenntnisse für die Schweiz. Working Paper Nr. 22 der Eidgenössischen Finanzverwaltung, Bern, abrufbar unter: [https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko\\_grundlagenarb.html#1764132674](https://www.efv.admin.ch/efv/de/home/themen/publikationen/oeko_grundlagenarb.html#1764132674)

Steuerung der Kosten werden die Akteure rasch in die Pflicht genommen, wirksame Instrumente zu ergreifen. Die von den Tarifpartnern vereinbarten Massnahmen zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerischen Verträgen würden dann dazu dienen, diese Kostenziele zu erreichen.

### **3 Ziele und Inhalt der Initiative**

Gemäss der Initiative soll eine Kostenbremse im Gesundheitswesen eingeführt werden, um bestehende Ineffizienzen und Fehlanreize zu reduzieren. Dadurch sollen unnötige Kosten vermieden, das Kostenwachstum gebremst sowie der stetige Prämienanstieg gestoppt werden. Dies mit dem Ziel, die Prämienzahlenden finanziell zu entlasten.

Dazu sieht der Initiativtext vor, Artikel 117 BV so zu ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der OKP einführt. In Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern soll der Bundesrat die Kostenübernahme durch die OKP regeln. Er soll wirksame Anreize zur Kostenreduktion setzen, so dass sich das Kostenwachstum im Gesundheitswesen entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt. Die Tarifpartner sind aufgefordert, die Vertragsautonomie des KVG zu nutzen und sowohl die Tarife zeitgemäss zu gestalten als auch verbindliche Massnahmen zur Kostendämpfung zu vereinbaren. Gelingt ihnen dies nicht und wachsen die Kosten pro versicherte Person zwei Jahre nach Annahme der Initiative um einen Fünftel<sup>18</sup> über der Nominallohnentwicklung, sieht eine Übergangsbestimmung vor, dass Bund und Kantone für das nachfolgende Jahr wirksame Kostenbegrenzungsmassnahmen beschliessen sollen. Die genaue Ausgestaltung der Kostenbremse sowie der von Bund und Kantonen zu ergreifenden Massnahmen zur Kostensenkung wird im Initiativtext nicht näher ausgeführt. Wie bei Initiativen üblich, sind die Einzelheiten im Gesetz zu regeln. Es ist nicht auszuschliessen, dass im Falle einer Annahme der Initiative das KVG entsprechend den Erfordernissen der vorgesehenen Übergangsbestimmung angepasst werden müsste.

### **4 Würdigung der Initiative**

Die Initiative wurde vor dem Hintergrund der starken Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, insbesondere der durchschnittlichen Prämien für die OKP, lanciert. Diese sind seit Einführung des KVG weit stärker gestiegen als Löhne, Preise oder das Bruttoinlandprodukt. Die Initiative nimmt ein wichtiges Anliegen der Schweizer Bevölkerung auf. Der starke Kostenanstieg belastet private Haushalte mit niedrigen und mittleren Einkommen sowie die öffentlichen Budgets von Kantonen und Bund. Ausserdem steht die Initiative im Zusammenhang mit im Expertenbericht vorgeschlagenen Kostendämpfungsmassnahmen und politischen Vorstössen. Im Rahmen des vom Bundesrat veranlasssten Kostendämpfungsprogramms werden die Anliegen der Initiative bereits aufgenommen. Die Initiative weist in der Stossrichtung insbesondere Gemeinsamkeiten mit der im Kostendämpfungsprogramm vorgesehenen Massnahme «M01 Zielvorgabe» (vgl. Ziff. 6.2) auf.

<sup>18</sup> Faktor 1.2 – zum Vergleich: die Prämiensteigerung zwischen 1996 und 2018 lag um den Faktor 1.93 oberhalb der Lohnentwicklung.

Allerdings greift die Koppelung allein an die Entwicklung der Gesamtwirtschaft und einen Lohnindex zu kurz. Neben dem Lohn des Gesundheitspersonals wird die Kostenentwicklung durch eine Reihe von weiteren nicht angebotsinduzierten Faktoren bestimmt. Wichtige Faktoren wie die Demografie und der technisch-medizinische Fortschritt werden nicht berücksichtigt. Es besteht die Gefahr, dass die starre Ausgabenregel je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen zur Folge hat und in eine Zweiklassenmedizin führt. Weil keine konkrete Stossrichtung der zu ergreifenden Massnahmen vorgegeben wird, bleibt es fraglich, inwiefern aus einer abstrakten verfassungsrechtlichen Verpflichtung zum Ergreifen von Massnahmen tatsächlich ein vermehrtes, zielführendes Handeln von Bundesrat und Parlament resultiert. Die Ziele der Initiative lassen sich grundsätzlich auch mit Anpassungen auf Gesetzesstufe erreichen. Der offen gefasste Artikel 117 BV gibt dem Bund die Möglichkeit, kostendämpfende Massnahmen einzuführen. Eine zusätzliche Regelung auf Verfassungsebene ist somit entbehrlich.

## 5 Schlussfolgerungen

Der Bundesrat unterstützt das Anliegen der Initiative, das Kostenwachstum in der OKP und die Belastung der Prämienzahler zu reduzieren. Artikel 117 BV gibt dem Bund jedoch bereits heute eine umfassende Kompetenz zur Regelung der OKP, so dass eine Teilrevision der Verfassung nicht notwendig ist. Dementsprechend lehnt der Bundesrat die Initiative ab. Er ist überzeugt, dass auch mit anderen Massnahmen die Kostenentwicklung im Sinne des Anliegens der Initiative auf verlässliche Weise und gestützt auf nachvollziehbare Kriterien gedämpft werden kann. Er verweist hierzu auf das Kostendämpfungsprogramm und insbesondere die Massnahme «Zielvorgabe» als indirekten Gegenvorschlag. Im Falle einer Annahme der Initiative, würde sich unter Umständen die vorgesehene Übergangsbestimmung einschränkend auf die Umsetzung der Zielvorgabe auswirken. Es ist nicht auszuschliessen, dass sich daraus ein zusätzlicher gesetzgeberischer Bedarf ergeben könnte.

Mit der Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP hat das EDI im Auftrag des Bundesrates und auf Anregung einer Expertengruppe bereits eine KVG-Änderung erarbeitet, welche das Anliegen der Initiative erfüllen kann. Die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung soll vom Bund unter Beizug der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens sowie unabhängigen Expertinnen und Experten festgesetzt werden. Sie soll Transparenz über die medizinisch begründbare Zunahme der Kosten schaffen und einen Orientierungswert für die Kostenentwicklung bieten. Dieser ist weniger arbiträr und volatil als der von der Initiative gewählte Faktor 1.2 der Lohnentwicklung. Zudem soll der Wert ausdrücklich so festgesetzt werden, dass eine Rationierung von medizinisch sinnvollen und wirtschaftlichen Leistungen vermieden werden kann. Darüber hinaus bietet die KVG-Änderung zur Zielvorgabe auch ein Instrumentarium von Massnahmen, mit denen Bund und Kantone darauf hinwirken können, dass die Kostenziele auch erreicht werden, beziehungsweise mit denen der notwendige Druck aufgebaut werden kann, damit die Tarifpartner sich von selbst auf entsprechende Massnahmen einigen.

Der Bundesrat nimmt das Problem der Prämienentwicklung ernst und ist gewillt, mit einer Zielvorgabe Transparenz über die gerechtfertigte Kostenentwicklung zu schaffen. Bund und Kantone sollen griffige Instrumente erhalten, um die Anreize der Tarifpartner zu erhöhen, sich auf kostendämpfende Massnahmen zu einigen.

## 6 Indirekter Gegenvorschlag

### 6.1 Ausgangslage

#### 6.1.1 Kostendämpfungsmassnahmen und geprüfte Alternativen

Bereits wenige Jahre nach der Einführung des KVG musste festgestellt werden, dass zwar die Versorgung nachhaltig verbessert und die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten gestärkt wurden, die Kosten jedoch nicht ausreichend gedämpft werden konnten. Mit einer ersten KVG-Teilrevision vom 24. März 2000<sup>19</sup> wurden deshalb Regelungen im Bereich der Prämienverbilligung, der Steuerung der Zulassung im ambulanten Bereich und der Förderung der Abgabe von Generika eingeführt. 2002 erklärte der Bundesrat die Kostendämpfung zum primären Ziel seiner Strategie zur Reform der Krankenversicherung. Eine zweite KVG-Teilrevision<sup>20</sup> mit weiteren Massnahmen zur besseren Mengensteuerung und Angemessenheit der medizinischen Leistungen scheiterte ein paar Jahre später im Parlament. Nur dringliche und wenig umstrittene Anpassungen wurden kurz darauf vom Parlament verabschiedet.<sup>21</sup> Die erfolgreiche Revision der Spitalfinanzierung folgte 2007.<sup>22</sup> Weitere Vorlagen zur Kostendämpfung, namentlich diejenigen zur Kostenbeteiligung<sup>23</sup> oder zu Managed Care<sup>24</sup>, waren wiederum erfolglos. Zur Ablösung der Zulassungsbeschränkung sah der Bundesrat zudem vor, im ambulanten Bereich die Vertragsfreiheit einzuführen.<sup>25</sup> Leistungserbringer und Versicherer sollten in der Wahl ihrer Vertragspartner – innerhalb einer vom Bund definierten Bandbreite, welche eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen soll – frei sein. Auch auf diese Vorlage sind die eidgenössischen Räte nicht eingetreten. Eine Vorlage mit Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung vor dem Hintergrund der sich für 2010 abzeichnenden aussergewöhnlichen Prämienerrhöhungen lehnte der Nationalrat ebenfalls ab.<sup>26</sup> Sie sah unter anderem die Erteilung der Kompetenz an den Bundesrat zur Senkung der Tarife bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung vor oder die Einführung eines rund um die Uhr besetzten medizinischen Telefondienstes.

<sup>19</sup> AS 2000 2305

<sup>20</sup> Vgl. Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, BBl 2001 741.

<sup>21</sup> AS 2005 1071

<sup>22</sup> AS 2008 2049

<sup>23</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 26. Mai 2004 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Kostenbeteiligung), BBl 2004 4361.

<sup>24</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care), BBl 2004 5599.

<sup>25</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 26. Mai 2004 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit), BBl 2004 4293.

<sup>26</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 29. Mai 2009 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung), BBl 2009 5793, Geschäftsnummer 09.053.

Mit der Strategie «Gesundheit2020»<sup>27</sup> von 2013, deren Nachfolgestrategie «Gesundheit2030»<sup>28</sup> und den Legislaturzielen 2015–2019<sup>29</sup> sowie 2019–2023<sup>30</sup> erklärte der Bundesrat eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung wiederum zu einem seiner Hauptziele. Um dieses zu erreichen, müssen die Kostendämpfungsmassnahmen in allen grossen Kostenblöcken und – aufgrund der Kompetenzaufteilung im Schweizer Gesundheitswesen – auf allen Ebenen und bei allen Akteuren ansetzen. Im Rahmen der Strategie «Gesundheit2020» hat der Bundesrat bereits mehrere Ziele und Massnahmen definiert, welche die Gesundheitskosten um einige hundert Millionen Franken pro Jahr senken konnten. Dazu gehört unter anderem die dreijährliche Überprüfung der Aufnahmebedingungen sämtlicher Arzneimittel, die in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Auch in den kommenden Jahren ist mit weiteren spürbaren Einsparungen zu rechnen.

Zur Verstärkung der Massnahmen, setzte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Expertengruppe ein, um nationale und internationale Erfahrungen auszuwerten. Im Vordergrund stand dabei die Eliminierung von Mengenausweitungen, die medizinisch nicht begründet werden können. Die Expertengruppe erhielt den Auftrag, anhand einer Analyse der internationalen Erfahrungen zur Steuerung des Mengenwachstums Instrumente zur Beeinflussung der Mengenentwicklung in der Schweiz vorzuschlagen. Der entsprechende Bericht der Expertengruppe vom 24. August 2017<sup>31</sup> «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» (Expertenbericht) schlägt im Interesse der Steuer- und Prämienzahlerinnen und -zahler zahlreiche Massnahmen vor, mit denen das vorhandene Potenzial zur Steigerung der Effizienz ausgeschöpft und das Kostenwachstum vor allem in den vier grossen Kostenblöcken gebremst werden sollen. Als übergeordnete Massnahme zur Kostendämpfung hat sich die Expertengruppe für eine sogenannte «Zielvorgabe» für das OKP-Kostenwachstum ausgesprochen, die im Zentrum des Expertenberichts steht. Die Grundidee besteht darin, Zielvorgaben für die Kostenentwicklung in der OKP mit entsprechenden Korrekturmechanismen einzuführen.

Am 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat ein auf dem Expertenbericht basierendes Kostendämpfungsprogramm.<sup>32</sup> Darin legte er fest, dass neue Massnahmen geprüft werden und, falls angezeigt, etappenweise in zwei Gesetzgebungspakete aufgenommen werden sollen. Es gilt festzuhalten, dass nicht alle Massnahmen der Expertengruppe eine gesetzliche Anpassung bedingen. Zudem sind die Kantone und

<sup>27</sup> Die Strategie «Gesundheit2020» ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie und Politik > Gesundheit2020.

<sup>28</sup> Die Strategie «Gesundheit2030» ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Strategie und Politik > Gesundheit2030.

<sup>29</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 27. Jan. 2016 zur Legislaturplanung 2015–2019, BBI **2016** 1105

<sup>30</sup> Vgl. Botschaft des Bundesrates vom 29. Januar 2020 zur Legislaturplanung 2019–2023, BBI **2020** 1777

<sup>31</sup> Der Expertenbericht ist abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Kostendämpfung > Dokumente.

<sup>32</sup> Vgl. Medienmitteilung des BAG vom 29. März 2018, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Das BAG > Aktuell > Medienmitteilungen > Massnahmen des Bundesrates gegen das Kostenwachstum im Gesundheitswesen.

Tarifpartner angehalten, Massnahmen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu prüfen und umzusetzen.

Ein erstes Rechtsetzungspaket (Botschaft des Bundesrates vom 21. August 2019<sup>33</sup> betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung [Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 1]) hat der Bundesrat im Sommer 2019 zuhänden der eidgenössischen Räte verabschiedet. Die Vorlage beinhaltet neun Massnahmen mit Änderungen innerhalb des KVG sowie daraus abgeleitete gleichgerichtete Änderungen im Bereich von Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung. Ein Schwerpunkt liegt auf der Einführung eines Experimentierartikels, der innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglichen soll. Zudem sollen die Rechnungskontrolle seitens der Versicherer und der Versicherten gestärkt werden sowie Regelungen im Bereich Tarife und Kostensteuerung und ein bereits länger geplantes Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel eingeführt werden. Im Bereich der Tarife sollen Pauschalen im ambulanten Bereich gefördert, eine nationale Tariforganisation im ambulanten Bereich eingeführt sowie die Tarifpartner zur Datenlieferung an den Bundesrat für die Festlegung, Anpassung und Genehmigung verpflichtet werden. Zudem sollen die Tarifpartner verpflichtet werden, Massnahmen zur Steuerung der Kosten in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen zu vereinbaren. Weiter wird auch die Einführung eines Beschwerderechts der Versichererverbände im Zusammenhang mit den kantonalen Spitalisten vorgeschlagen. Die Massnahmen richten sich an die ganze Breite der Akteure. Damit sollen alle konsequent in die Verantwortung genommen werden.

Die vorliegende Neuerung soll die bereits mit Paket 1 ergriffenen Massnahmen ergänzen und vor allem die Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems verbessern. Ein Teil der Massnahmen entstammt dem Expertenbericht und wurde mit Vorschlägen des EDI ergänzt. Entsprechend werden bei bestimmten Massnahmen auch die Nummern der Massnahmen gemäss Expertenbericht aufgeführt (z. B. M01)

Im Zentrum des vorliegenden zweiten Pakets steht die von der Expertengruppe geforderte Zielvorgabe (M01), welche der Kostenentwicklung in der OKP einen festen Rahmen geben soll. Im März 2019 hat der Bundesrat dazu das EDI anlässlich einer Aussprache beauftragt, eine Vorlage zu deren Einführung auszuarbeiten.

Heute besteht zu wenig Transparenz darüber, welcher Teil der Kostenzunahme medizinisch gerechtfertigt ist und welcher nicht. Mit einem Orientierungswert, der von einem breit aufgestellten Gremium als bestmögliche Annäherung ermittelt wird, kann eine übermässige Kostenentwicklung erkannt und können Gegenmassnahmen geprüft werden. Für gerechtfertigte Kostensteigerungen kann gleichzeitig aber auch mehr Verständnis erreicht werden.

Die Möglichkeiten der Kantone und des Bundes, bei einer nichtgerechtfertigten Kostenzunahme korrigierend einzugreifen, sollen gestärkt werden. Die bisher vorhandenen Instrumente der Kantone und des Bundes wie die Möglichkeit, Tarife und Preise bei einer starken Kostenzunahme nicht zu erhöhen, sind dafür unzureichend, da nicht primär Tarif- und Preissteigerungen, sondern Mengenausweitungen kostentreibend wirken. Die Tarifpartner haben zwar einen grossen Spielraum für eigene Massnahmen und Vereinbarungen, aber noch zu wenig Anreize, diesen auch zu nutzen. Zwecks

<sup>33</sup> BBI 2019 6071

grösserer Verbindlichkeit der Kostenziele sollen die Kantone und der Bund die Möglichkeit erhalten, Tarife und Preise zu senken, wenn die Kostenziele nicht erreicht wurden, etwa, weil entsprechende Bemühungen der Tarifpartner ausblieben.

Mit einer Zielvorgabe wird im Vergleich zu anderen Massnahmen mit potentiell kostendämpfender Wirkung die Kostenentwicklung direkt beeinflusst. Eine Erhöhung der Kostenbeteiligung würde zwar eine gewisse Prämienreduktion ermöglichen. Dies einerseits, weil direkt Lasten von den Prämienzählenden zu den Patientinnen und Patienten umgelegt werden. Andererseits auch, weil durch die höhere Kostenbeteiligung die nachfrageseitige Mengenausweitung (moral hazard der Versicherten) etwas reduziert wird, weil die Patientinnen und Patienten neu einen grösseren Anteil selbst bezahlen müssten. An der teilweise durch das Angebot getriebenen Nachfrage würde eine Erhöhung der Kostenbeteiligung aber nichts Fundamentales ändern. Ein bedeutender Teil der Nachfrage entsteht nämlich bei Versicherten mit sehr hohen Kosten (und daher bei einer Kostenbeteiligung in sozialverträglicher Höhe auf jeden Fall ausgeschöpften Franchisen). Die Versicherer wiederum haben bereits heute die Möglichkeit, Versicherungsmodelle anzubieten, welche sich auf Leistungserbringer ihrer Wahl beschränken, und eigene Verträge zu deren Vergütung vorzusehen. Solche Versicherungsmodelle können zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung beitragen, die Versicherer sind bereits heute diesbezüglich nur wenigen Einschränkungen unterworfen. Entscheidend ist also, dass mit der Einführung einer Zielvorgabe direkt und verstärkt Druck auf die Tarifpartner ausgeübt wird, sich auf kostendämpfende Massnahmen zu einigen.

### **6.1.2 Verhältnis zur Legislaturplanung und zur Finanzplanung sowie zu Strategien des Bundesrates**

Die Vorlage ist in der Botschaft vom 29. Januar 2020<sup>34</sup> zur Legislaturplanung 2019–2023 angekündigt.

Ziel dieser Neuregelungen ist, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zulasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Die Massnahmen tragen daher dazu bei, den Anstieg der Beiträge, die der Bund den Kantonen nach Artikel 66 Absatz 2 KVG zur Verbilligung der Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährt, zu bremsen. Bei vielen der in dieser Vorlage enthaltenen Massnahmen wird der kostendämpfende Effekt zugunsten der OKP jedoch erst mittelfristig eintreten. Schätzungen zu den erwarteten Einsparungen der einzelnen Massnahmen sind unter Ziffer 6.2.2 und 6.5.1 zu finden.

Die Vorlage steht im Einklang mit der Strategie «Gesundheit2030», welche im Dezember 2019 vom Bundesrat verabschiedet wurde und auf den Arbeiten von «Gesundheit2020» aufbaut. Mit der gesundheitspolitischen Strategie will der Bundesrat das System weiter verbessern, damit alle Menschen in der Schweiz auch zukünftig von einem guten und bezahlbaren Gesundheitssystem profitieren. «Gesundheit2030» gibt den gesundheitspolitischen Handlungsrahmen vor, an dem sich alle Akteure im Gesundheitswesen orientieren können.

<sup>34</sup> BBI 2020 1777.

Im Zentrum der Strategie steht die Bearbeitung von vier dringlichen Herausforderungen: technologischer und digitaler Wandel, demographische und gesellschaftliche Veränderungen, Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung und Chancen auf ein Leben in Gesundheit. Die vorliegende Gesetzesänderung behandelt mehrere der Herausforderung, setzt aber insbesondere bei der Sicherstellung einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung an.

### **6.1.3 Erledigung parlamentarischer Vorstösse**

#### **Motion Buffat 18.3513 «KVG. Dank der Digitalisierung die Effizienz steigern und die Kosten reduzieren»**

#### **Motion Grossen 18.3664 «Digitalisierung auch im Gesundheitswesen. Sämtliche Rechnungen sollen elektronisch zu den Krankenversicherern»**

Die beiden Motionen wurden am 28. September 2018 vom Nationalrat und am 19. September 2019 vom Ständerat angenommen. Sie verlangen, dass die Leistungserbringer ihre Rechnungen elektronisch an die Krankenversicherer übermitteln müssen. Sie werden mit der vorliegenden Revision vollständig umgesetzt.

#### **Motion SGK-N 18.3387 «Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme ermöglichen»**

Die Motion wurde am 19. September 2018 vom Nationalrat und am 12. September 2019 vom Ständerat angenommen. Mit ihr wird der Bundesrat beauftragt, eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen des KVG vorzulegen, sodass Leistungen im Rahmen von Programmen der Patientensteuerung vergütet werden können. Das Anliegen wird mit der vorliegenden Regelung aufgenommen.

#### **Motion Humbel 18.3649 «Stärkung von integrierten Versorgungsmodellen. Abgrenzung zu einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung.»**

Die Motion wurde am 28. September 2018 vom Nationalrat und am 19. September 2019 vom Ständerat angenommen. Gefordert wird darin eine gesetzliche Regelung zur Abgrenzung der integrierten Versorgungsnetze von einseitigen Listenmodellen. Der Bundesrat hat mit seinem Vorschlag zur Definition eines neuen Leistungserbringers, dem «Netzwerk zur koordinierten Versorgung», zwar einen anderen Ansatz gewählt, als die Motionärin vorgesehen hat. Beim Ziel handelt es sich jedoch um dasselbe. Das Anliegen der Motion wird mit der vorliegenden Gesetzesänderung aufgenommen.

#### **Motion Humbel 18.3977 «Abbilden der Leistungen der Apotheker zur Qualitätssicherung und Kostendämpfung im Krankenversicherungsgesetz»**

#### **Motion Ettlín 18.4079 «Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen»**

Apothekerinnen und Apotheker sind nicht-ärztliche Leistungserbringer, die im Rahmen von Programmen spezifische, bisher ärztliche Leistungen übernehmen können (z.B. Impfungen im nationalen Impfprogramm, Stuhltests in kantonalen Programmen zur Darmkrebsfrüherkennung). Beide Motionen verlangen, dass neu Leistungen der Grundversorgung von Apothekerinnen und Apotheker, welche zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung beitragen und im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen erbracht werden, im KVG abzubilden sind. Mit der vorliegenden Regelung zur

Umsetzung der Motion SGK-NR 18.3387, "Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen", werden die Anliegen der beiden Motionen aufgenommen.

**Motion SGK-NR 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl»**

Die Motion beauftragt den Bundesrat, dafür zu sorgen, dass «für eine ausserkantonale stationäre Wahlbehandlung bei demselben Spitaltyp der maximale Tarif der Spitalliste des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals». Mit der vorliegenden Gesetzesänderung wird die Motion umgesetzt.

**Postulat Frehner 15.4141 «Massnahmen gegen die Überversorgung im Gesundheitswesen»**

Das Postulat beauftragt den Bundesrat, pauschale Vergütungsmodelle im ambulanten Bereich, Disease-Management-Programme und integrierte Versorgungsmodelle zur Reduktion der Überversorgung zu prüfen. Im Rahmen der vom Bundesrat verabschiedeten Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) wird unter anderem eine Regelung zur Stärkung von Pauschalabgeltungen im ambulanten Bereich vorgeschlagen. Mit der vorliegenden Gesetzesänderung werden weitere Massnahmen in den zwei verbleibenden Bereichen zu Disease-Management-Programmen (siehe Programme der Patientenversorgung) und integrierten Versorgungsmodellen (siehe Netzwerke zur koordinierten Versorgung) konkretisiert. Zudem hat der Bundesrat im Rahmen des Kostendämpfungsprogrammes zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Thema der angemessenen Versorgung aufgenommen und entsprechende Ressourcen für das BAG gesprochen. Die diesbezüglichen Arbeiten mit Einbezug der Stakeholder sind im Frühjahr 2020 aufgenommen worden.

**Postulat GPK-SR 14.3295 «Aufnahme und Überprüfung von Medikamenten in der Spezialitätenliste (1)»**

**Postulat GPK-SR 14.3296 «Aufnahme und Überprüfung von Medikamenten in der Spezialitätenliste (2)»**

**Postulat GPK-SR 14.3297 «Aufnahme und Überprüfung von Medikamenten in der Spezialitätenliste (3)»**

Die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates forderte den Bundesrat auf, eine Präzisierung und Ergänzung der Kriterien zum Nachweis der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu prüfen und darüber Bericht zu erstatten. Dabei soll er insbesondere für eine verbesserte Berücksichtigung des Medikamentennutzens sorgen. Weiter forderte die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates den Bundesrat auf, eine Optimierung der Kriterien zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit zu prüfen und darüber Bericht zu erstatten. Im Bereich des therapeutischen Quervergleichs soll er insbesondere die Festlegung von Vergleichsgruppen und eine Weiterentwicklung der Kosten-Nutzen-Analyse prüfen. Im Zusammenhang mit dem Auslandpreisvergleich soll er eine verbesserte Berücksichtigung der tatsächlich von der Krankenversicherung im Ausland vergüteten Medikamentenpreise prüfen und mit der Präzisierung der Bedingungen eines Innovationszuschlages für eine einheitliche Zuschlagsgewährung sorgen. Weiter wurde der Bundesrat aufgefordert, in einem Bericht Massnahmen abzuklären, die es ermöglichen, in der Spezialitätenliste aufgenommene Medikamente,

welche die Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht mehr erfüllen, konsequent von der Spezialitätenliste zu streichen.

Mit der Schaffung von Artikel 32 Absatz 3 VE-KVG werden die rechtlichen Grundlagen eingeführt, damit die Prüfung der WZW-Kriterien bei Arzneimitteln (und den anderen Leistungen) zu den verschiedenen Zeitpunkten des Lebenszyklus (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung) mit unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen kann.

#### **6.1.4 Weitere mit der Vorlage zusammenhängende Vorstösse**

##### **Mo. Humbel 18.3650 Erhöhung der Patientensicherheit mit elektronischer Dokumentation und elektronischem Austausch von medizinischen Daten**

Diese Motion will den Bundesrat beauftragen, dem Parlament eine gesetzliche Grundlage zu unterbreiten, die festlegt, dass sowohl die medizinische Patientendokumentation elektronisch strukturiert geführt als auch für die Behandlung relevante Dokumente wie Rezepte, Überweisungen und Untersuchungsberichte elektronisch in strukturierter Form übermittelt werden.

Die Massnahme «Koordinierte Versorgung stärken (M10)» sieht die Verpflichtung zur Führung der medizinischen Patientendokumentation in elektronischer Form sowie die Verknüpfung mit dem elektronischen Patientendossier vor.

#### **6.2 Grundzüge der Vorlage**

##### **6.2.1 Die beantragte Neuregelung**

###### **Zielvorgabe**

Das vorgeschlagene Modell einer Zielvorgabe basiert auf einem weitgehend dezentralen Ansatz. Die starke Stellung der Kantone entspricht deren primären Zuständigkeit für das Gesundheitswesen, ermöglicht den Verhältnissen angepasste Lösungen und eine Berücksichtigung der Interessen der Patientinnen und Patienten, der Versicherten sowie der Gesellschaft insgesamt

Für eine möglichst schlanke Einführung soll an der bestehenden Kompetenzverteilung so wenig wie möglich geändert werden. Der Charakter der obligatorischen Versicherung mit Anspruch auf die Kostenübernahme der Pflichtleistungen unabhängig von den verfügbaren Mitteln sowie das System des regulierten Wettbewerbs werden von der Zielvorgabe nicht tangiert. Rationierungen von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen sollen vermieden werden. Zur Erreichung dieses Ziels sind Begleitmassnahmen wie ein zeitnahes Qualitätsmonitoring vorgesehen (vgl. Art. 54 VE-KVG).

###### Festlegung der Kostenziele und Korrekturmassnahmen

Das Konzept zur Festlegung der verschiedenen Ziele und Korrekturmassnahmen lässt sich in vier Schritten zusammenfassen.

- *Erstens* legt der Bundesrat auf Empfehlung einer beratenden Kommission ein Ziel für das Gesamtkostenwachstum (nationales Gesamtkostenziel) fest. Dieses soll sich an der medizinisch und ökonomisch begründbaren Mengen- und Preisentwicklung orientieren. Dazu sollen makroökonomische Grössen

wie die wirtschaftliche Entwicklung und wichtige Einflussfaktoren wie die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt berücksichtigt werden.

Zusätzlich empfiehlt der Bundesrat nach denselben Kriterien jedem einzelnen Kanton ein spezifisches Kostenziel, welches insbesondere dessen demografischen Entwicklung berücksichtigt. Zudem setzt der Bundesrat eine (für alle Kantone einheitliche) verbindliche Toleranzmarge oberhalb seiner kantonspezifischen Empfehlungen fest. Zudem formuliert der Bundesrat Empfehlungen für die Aufteilung auf die einzelnen Kostenblöcke.

- *Zweitens* legt jeder einzelne Kanton ein kantonales Gesamtkostenziel innerhalb der verbindlichen Toleranzmarge rund um die Empfehlung des Bundes fest. Die betroffenen Akteure (Leistungserbringer und Versicherer) müssen dabei angemessen angehört werden. Die konkrete Umsetzung dieses Einbezugs ist den Kantonen überlassen. Legt ein Kanton ein diesen Anforderungen entsprechendes Ziel nicht fristgemäss fest, gelten die Empfehlungen des Bundes ohne Toleranzmarge.
- *Drittens* teilen die einzelnen Kantone unter Einbezug der betroffenen Akteure ihre jeweiligen kantonalen Gesamtkostenziele auf die vom Bundesrat vordefinierten Kostenblöcke auf. Diese Aufteilung können die einzelnen Kantone grundsätzlich frei vornehmen, solange das kantonale Gesamtkostenziel (unter Einschluss der Toleranzmarge) eingehalten wird. Die vom Bundesrat vordefinierten Kostenblöcke können von den Kantonen weiter unterteilt werden. Auch hierbei beziehen die Kantone die Leistungserbringer und Versicherer mit ein.
- *Viertens* enthält die Vorlage zwei Varianten für die Massnahmen zur Korrektur einer Zielverfehlung: In der einen, weniger verbindlichen Variante können die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) bei einer Zielüberschreitung Massnahmen ergreifen; sie sind dazu aber nicht verpflichtet. In der zweiten, verbindlicheren Variante sind die Kantone (und in seinen Zuständigkeitsbereichen der Bund) – nach Ablauf einer Übergangsperiode – verpflichtet, bei einer Zielüberschreitung Korrekturmassnahmen zu ergreifen. Auch die zweite Variante enthält aber keine Automatismen und die Kantone haben einen grossen Handlungsspielraum.

Die Kantonsregierungen ordnen die Korrekturmassnahmen an. Für die Ergreifung der Korrekturmassnahmen, welche die Kostenblöcke in Bundeskompetenz betreffen (Leistungen nach Artikel 52 KVG sowie für die Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG abgeschlossen haben – davon ausgenommen sind Tarifverträge, die lediglich eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur vorsehen), ist das EDI zuständig.

Die Korrekturmassnahmen bestehen grundsätzlich aus Anpassungen der Tarifverträge. Diese sind zunächst von den Tarifpartnern selbst anzupassen. Kommen die Tarifpartner dem nicht nach, können resp. müssen die Kantonsregierungen selbst Massnahmen verfügen. Solche Massnahmen umfassen Änderungen der vereinbarten Tarife und Preise (Taxpunktwerte, Base-rates etc.).

### Eigenverantwortliche Massnahmen der Tarifpartner

Es wird angestrebt, dass die Tarifpartner bereits bei Bekanntgabe der Kostenziele Massnahmen zu ihrer Einhaltung vereinbaren, damit es keiner Korrekturmassnahmen bedarf. Den Tarifpartnern stehen dafür verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Im ersten Paket zur Kostendämpfung wurde namentlich eine gesetzliche Verpflichtung der Tarifpartner zur Vereinbarung von Kostensteuerungsmassnahmen vorgesehen, welche auch das Anliegen der Motion 19.3419 «Obligatorische Krankenpflegeversicherung. Berücksichtigung der Mengenausweitung bei Tarifverhandlungen» der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates aufnimmt. Der Anreiz der verantwortlichen Akteure, solche Vereinbarungen einzugehen, wird durch die Kostenziele und die Möglichkeit von Korrekturmassnahmen erhöht.

### Überprüfung der Zielerreichung

Schliesslich wird eine Pflicht der Kantone eingeführt, dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) die festgelegten Kostenziele sowie die ergriffenen Korrekturmassnahmen mitzuteilen. Das BAG prüft die Zielerreichung in den verschiedenen Kantonen und veröffentlicht die Ergebnisse in geeigneter Form. Damit wird die Transparenz und Verbindlichkeit erhöht und die Möglichkeit geschaffen, dass Massnahmen, welche sich in einzelnen Kantonen als erfolgreich erwiesen haben, auch in anderen Kantonen rasch bekannt werden.

### System der Zielvorgabe im Krisenfall

Im Falle eines aussergewöhnlichen Ereignisses, wie beispielsweise einer Epidemie, kann die Nachfrage nach medizinischen Leistungen kurzfristig stark ansteigen bzw. sich verändern. Es muss schnell und gezielt reagiert werden, damit sich die Leistungserbringer darauf verlassen können, dass ihnen kein Kostendach droht. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass es zu Rationierungserscheinungen käme. Durch Artikel 54d Absatz 5 VE-KVG (vgl. Ziff. 6.4) erhalten die zuständigen Behörden die Möglichkeit, aussergewöhnliche Ereignisse bei der Festlegung der Massnahmen zu berücksichtigen und von Korrekturmassnahmen abzusehen. Die medizinische Versorgungssicherheit im Krisenfall ist somit in jedem Fall garantiert.

## **Erstberatungsstelle**

Um die Qualität der Versorgung zu verbessern und unnötige Leistungen zu vermeiden, soll für alle Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen geschaffen werden. Diese Stelle soll die Versicherten beraten und entscheiden, ob eine weitere Untersuchung oder Behandlung notwendig ist. Sie kann die weitere Patientenversorgung einleiten und allenfalls auch koordinieren. Damit wird der Umsetzung der Massnahme «Verpflichtung zu Gatekeeping» (M 27) des Berichts der Expertengruppe zur Kostendämpfung nachgekommen. Die Förderung des Gatekeeping, jedoch mit unterschiedlichen Kostenbeteiligungen, war bereits in der Managed Care-Vorlage vorgesehen. Weil diese Vorlage 2012 vom Volk abgelehnt wurde, wurde dieser Ansatz nicht weiterverfolgt.

Heute können die Versicherten frei wählen, von welchem der zugelassenen Leistungserbringer sie sich behandeln lassen. Sie können aber auch eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abschliessen. Die Versicherer bieten heute verschiedene besondere Versicherungsformen nach Artikel 62 KVG mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers an. Die versicherte Person muss sich zum

Beispiel zuerst an eine Hausärztin oder einen Hausarzt oder an ein telemedizinisches Zentrum wenden. Ein telemedizinisches Zentrum sollte dabei als Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dient (Art. 36a KVG), organisiert sein. Durch eine vorgängige Beratung können Arztkonsultationen vermieden oder Behandlungsprozesse durch Koordination effizienter werden. Der Versicherer gewährt den Versicherten Prämienrabatte, weil er für sie weniger Kosten übernehmen muss. Die Einsparungen in Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer betragen durchschnittlich 14 Prozent im Vergleich zur Versicherung ohne diese Einschränkung. Die Kategorien Hausarzt-, HMO-, Telefonmodell unterscheiden sich bezüglich der durchschnittlichen Einsparungen nicht grundsätzlich. Im Jahr 2018 wählten gut 70 % der Versicherten ein solches Versicherungsmodell.<sup>35</sup>

Zukünftig sollen auch die verbleibenden 30% der Versicherten eine Stelle bestimmen, über die der erste Kontakt bei einem gesundheitlichen Problem erfolgen soll, wobei sie grundsätzlich (nach dem Erstkontakt) weiterhin ihre Leistungserbringer frei wählen können. Diese Stelle wird im Weiteren als Erstberatungsstelle bezeichnet.

Bei gesundheitlichen Beschwerden sollen sich die Versicherten grundsätzlich zuerst an diese Stelle wenden und beraten lassen. Die Erstberatungsstelle prüft, ob die versicherte Person eine Untersuchung oder Behandlung benötigt. Wenn ja, kann sie die versicherte Person behandeln oder an einen anderen Leistungserbringer überweisen. Der Versicherer soll grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten, welche die Erstberatungsstelle erbracht hat oder für welche eine Überweisung von ihr vorliegt. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen, insbesondere für Notfälle und für den Zugang zu gewissen Fachärztinnen und Fachärzten. So könnten die Versicherten beispielsweise eine Fachärztin oder einen Facharzt für Ophthalmologie oder für Gynäkologie und Geburtshilfe direkt aufsuchen können.

Bei der Erstberatungsstelle handelt es sich um eine Ärztin oder einen Arzt mit einem Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in Kinder- und Jugendmedizin oder um einen praktischen Arzt oder eine praktische Ärztin. Doppeltitelträger sind dabei nicht ausgeschlossen, so dass auch Spezialärzte und -ärztinnen, die in der Grundversorgung tätig sind, als Erstberatungsstelle auftreten dürfen. Es kann sich auch um eine Einrichtung, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dient (Art. 36a KVG), handeln, wenn die Ärztinnen und Ärzte, die dort tätig sind, über die erwähnten Voraussetzungen verfügen. Ebenfalls kann ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung (Art. 35 Abs. 2 Bst. o VE-KVG) die Funktion der Erstberatungsstelle übernehmen. Für Ärztinnen und Ärzte, die beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung seit mindestens zwei Jahren in der Grundversorgung der Hausarztmedizin tätig waren, ohne über einen der erwähnten Weiterbildungstitel zu verfügen, wird eine Übergangsbestimmung vorgesehen.

Die Beschränkung der Erstberatungsstelle auf Ärztinnen und Ärzte, die die erwähnten Voraussetzungen erfüllen, auf Einrichtungen nach Artikel 36a KVG, bei denen alle Ärztinnen und Ärzten die erwähnten Voraussetzungen erfüllen, und auf Netzwerke zur koordinierten Versorgung soll die Grundversorgung stärken.

<sup>35</sup> Vgl. Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2018, abrufbar unter: <https://bag.admin.ch> > Zahlen und Statistiken > Krankenversicherung: Statistiken > Statistik der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, Tabelle 7.07

Die Leistungserbringer, die als Erstberatungsstelle infrage kommen, teilen dem Kanton mit, dass sie diese Funktion übernehmen wollen. Gestützt auf diese Mitteilung prüft der Kanton, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Wenn ja, verfügt er die Aufnahme des Leistungserbringers in seine Liste und veröffentlicht diese. Die versicherte Person kann ihre Erstberatungsstelle aus einer beliebigen kantonalen Liste wählen. Das heisst, dass eine versicherte Person aus dem Kanton Bern auch eine Erstberatungsstelle mit Sitz im Kanton Zürich, die auf der Liste des Kantons Zürich steht, wählen kann.

Der Versicherer ist verpflichtet, alle Erstberatungsstellen, die auf der Liste eines Kantons aufgeführt sind, als solche anzuerkennen. Er vergütet dem Leistungserbringer zudem für jede versicherte Person, für die er die Funktion der Erstberatungsstelle ausübt, eine jährliche Pauschale. Dies unabhängig davon, ob und wie häufig die versicherte Person sich an ihn wendet. Der Bundesrat regelt, welche Leistungen mit der Pauschale als beglichen gelten. Zudem legt er die Höhe der Pauschale auf Antrag der Tarifpartner fest.

Mit der neuen Regelung wird die Erstberatungsstelle zur ordentlichen Versicherung. Wenn die Erstberatungsstelle eine versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer überweist, kann die versicherte Person diesen frei wählen. Damit wird die Wahl des Leistungserbringers im Verhältnis zur heutigen ordentlichen Versicherung nur wenig eingeschränkt.

Die Versicherer können neben der ordentlichen Versicherung (Erstberatungsstelle) weiterhin besondere Versicherungsformen mit einer Einschränkung der Wahlfreiheit und/oder einer weitergehenden Koordination (z.B. durch ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung; siehe Ziff. 6.2.1 Netzwerke zur koordinierten Versorgung) anbieten. Dabei kann die Wahl sowohl bei der Erstberatungsstelle wie auch bei den Leistungserbringern für die Weiterbehandlung eingeschränkt werden.

Auch bei diesen besonderen Versicherungsformen bezeichnet die versicherte Person eine Erstberatungsstelle. Dies kann der in der besonderen Versicherungsform als erste Anlaufstelle bezeichnete Leistungserbringer sein. Der Versicherer regelt die weiteren Vorgaben in seinen Versicherungsbedingungen. Bei einem Hausarztmodell kann er zum Beispiel vorsehen, dass die versicherte Person nur die Ärztinnen und Ärzte seiner Liste als Erstberatungsstelle wählen kann. Er kann auch vorsehen, dass die Erstberatungsstelle die Versicherten grundsätzlich an bestimmte Spitäler überweist. Er kann die Versicherten auch verpflichten, ihre Arzneimittel in bestimmten Apotheken zu beziehen. Die Versicherer bieten bereits heute Versicherungsformen an, deren Versicherungsbedingungen solche Einschränkungen vorsehen.

Der Versicherer wird für diese besonderen Versicherungsformen auch in Zukunft die Prämien ermässigen können (Art. 62 Abs. 1 KVG). Dabei wird er die Prämienrabatte von der neuen ordentlichen Versicherung Erstberatungsstelle aus berechnen. Es wird angenommen, dass das System einer Erstberatungsstelle Einsparungen erzielt, sodass die Standardprämie weniger hoch sein wird, als sie es ohne dieses System wäre. Deshalb werden die Prämienrabatte der besonderen Versicherungsformen voraussichtlich kleiner ausfallen als heute.

Die Versicherten können die neue ordentliche Versicherung und die übrigen Versicherungsformen wie heute mit Wahlfranchisen kombinieren.

## Koordinierte Versorgung stärken

Im föderalen und dezentralen Gesundheitssystem stellt eine gute Koordination der im Behandlungsfall von verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen eine grosse Herausforderung dar. Im Expertenbericht wird deshalb vorgeschlagen, zur Stärkung der koordinierten Versorgung (M10) Netzwerke oder Disease-Management-Programme zu fördern.

Die gezielte Förderung der koordinierten Versorgung durch Netzwerke und Programme der Patientenversorgung soll deren Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit verbessern und bestehende Versorgungsmängel wie Über-, Unter- und Fehlversorgung im schweizerischen Gesundheitssystem abbauen. Sie ist insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung relevant: In Zukunft wird es in der Schweiz mehr ältere Menschen und mehr Menschen mit mehrfachen chronischen Krankheiten geben, die mehr Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen als die durchschnittliche Bevölkerung.<sup>36</sup>

### *Netzwerke zur koordinierte Versorgung*

Insbesondere bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten ist eine koordinierte, gut abgestimmte Versorgung wichtig, da meistens mehrere Ärztinnen und Ärzte, andere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler und Institutionen involviert sind. Damit die Qualität der Versorgung bei so vielen Beteiligten gesichert werden kann, müssen die Schnittstellen und Übergänge besser organisiert, Doppel-spurigkeiten erkannt und unnötige Leistungen vermieden werden.

Durch eine gute Koordination der verschiedenen Leistungen und Leistungserbringer kann die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Untersuchung und Behandlung über die ganze oder weite Teile der Versorgungskette verbessert werden. Dazu braucht es Netzwerke, in denen sich Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Berufe verbindlich zusammenschliessen, um eine koordinierte, den Patientenbedürfnissen entsprechende medizinische Betreuung über die ganze Versorgungskette hinweg anzubieten. Zentral ist dabei die Frage, wie Leistungserbringer dazu motiviert werden können.

Im KVG sollen die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden, damit sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen, das gegenüber den Versicherern als eine Organisation auftreten kann, die die Leistungserbringung koordiniert «aus einer Hand» erbringt.

Geprüft wurde unter anderem auch die Variante, die Verbreitung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung durch die Definition entsprechender besonderer Versicherungsformen zu fördern. Dieses Vorgehen wurde aber vorerst verworfen, da es in einem ersten Schritt darum gehen muss, ein koordiniertes, multiprofessionelles Versorgungsangebot zu fördern, das allen Patientinnen und Patienten offensteht, von dem jedoch besonders chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten profitieren können. Deshalb wurde der Fokus im vorliegenden Vorschlag auf die Seite der Leistungserbringer gelegt.

<sup>36</sup> Bähler, Caroline; Huber, Carola A; Brüngger, Beat; Reich, Oliver (2015): Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. In: BMC Health Services Research (2015) 15:23; Volken Thomas, Bopp Matthias, Rüesch Peter (2014): Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in der Schweiz

Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung ist eine Einrichtung, die Leistungen nach den Artikeln 25–31 KVG ambulant und koordiniert erbringt und zusätzlich die Koordination über die ganze Versorgungskette mit weiteren Leistungserbringern ausserhalb des Netzes sicherstellt. Es kann als Einrichtung «unter einem Dach» oder als regionales Netzwerk ausgestaltet werden. Es besteht mindestens aus einem Koordinationszentrum unter ärztlicher Leitung und weiteren angestellten Gesundheitsfachpersonen. Dem Koordinationszentrum können vertraglich weitere ambulant tätige oder stationäre Leistungserbringer angeschlossen sein (Apotheken, Organisationen der ambulanten Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Spezialärztinnen und -ärzte, Spitäler etc.). Die Zusammenarbeit, das Schnittstellenmanagement, die Koordination, der Informationsaustausch und die Abgeltung werden vertraglich geregelt. Der Leistungserbringer «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» umfasst somit das Koordinationszentrum sowie die vertraglich angeschlossenen Leistungserbringer (primärer Kreis). Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung rechnet alle von ihm erbrachten Leistungen gegenüber den Versicherten als ein einziger Leistungserbringer ab. Die Leistungen des Netzwerks zur koordinierten Versorgung sollen über Pauschalen abgegolten werden, die in Tarifverträgen mit den Versicherten festgelegt werden. Diese sollen namentlich auch die Abgeltung für den Aufwand zur Koordination der Leistungen regeln. Die angeschlossenen Leistungserbringer stellen ihre erbrachte Leistung dem Netzwerk zur koordinierten Versorgung in Rechnung.

Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung kann mit weiteren Leistungserbringern eine koordinierte Zusammenarbeit vereinbaren. Abläufe und Prozesse wie das Schnittstellenmanagement (z.B. die Spitalentlassung) oder der Informationsaustausch mit dem Netzwerk zur koordinierten Versorgung werden vertraglich geregelt (Kooperationskreis). Dabei kann ein Leistungserbringer Verträge mit mehreren Netzwerken zur koordinierten Versorgung abschliessen. Diese Kooperationspartner rechnen ihre Leistungen gemäss den geltenden gesetzlichen Bestimmungen über die OKP ab.

Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung kann Patientinnen und Patienten, die eine Untersuchung oder Behandlung durch einen Leistungserbringer benötigen, der nicht dem Netzwerk zur koordinierten Versorgung angeschlossen ist, an alle weiteren, zugelassenen Leistungserbringer überweisen.

Der Anschluss an ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung bietet den Leistungserbringern viele Vorteile:

- Bessere Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit. Die angemessene Betreuung eines Patienten oder einer Patientin wird durch das Versorgungsnetz und insbesondere dank dem elektronischen Patientendossier jederzeit gewährleistet.
- Interprofessionelle Betreuung von schweren Fällen sowie chronischen Krankheiten.
- Der administrative Aufwand wird reduziert, da der grösste Teil der administrativen Arbeit vom Netz selbst geleistet wird. Dadurch können auch Synergien genutzt und Kosten reduziert werden.
- Die Leistungserbringer in Randregionen können auf ein erweitertes Patien-

tennetz und eine umfassendere Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern zurückgreifen.

- Der Informationsaustausch wird vereinfacht.
- Es ist möglich, mit einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung zusammenzuarbeiten und gleichzeitig eine Privatpraxis zu betreiben.

Der Anschluss an ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung bietet auch den Patientinnen und Patienten viele Vorteile:

- Unnötige oder überflüssige Behandlungen lassen sich leichter vermeiden.
- Patientinnen und Patienten erhalten leicht Zugang zu einer umfassenden, interprofessionellen und interdisziplinären Beratung zu den Behandlungsmöglichkeiten.
- Eine Zweitmeinung ist immer möglich, auch innerhalb eines Netzwerks zur koordinierten Versorgung.
- Mit dem elektronischen Patientendossier haben auch die Patientinnen und Patienten Zugang zu den behandlungsrelevanten Informationen.
- Dank der Koordination bleiben die Gesundheitskosten besser unter Kontrolle, was die Prämienentwicklung positiv beeinflusst.
- Die Übergänge von einer Einrichtung zur anderen (Spital, Pflegeheim, Rehabilitation, Spitex) lassen sich besser koordinieren, und das psychosoziale Umfeld des Patienten oder der Patientin kann besser berücksichtigt werden.

#### *Programme der Patientenversorgung*

Ärztlich geleitete, strukturierte Programme zur koordinierten Patientenversorgung mit Beteiligung verschiedener Leistungserbringer sowie Qualitätssicherungsmassnahmen über den ganzen Betreuungsprozess hinweg können bessere Ergebnisse bringen als unstrukturierte Einzelmassnahmen. Angestrebt wird auch eine Senkung der Gesamtbehandlungskosten durch Vermeidung von Komplikationen, Spitalaufenthalten und Folgeschäden. Im Rahmen von definierten Behandlungsplänen und klinischen Leitlinien können auch nicht-ärztliche Leistungserbringer weitergehende Aufgaben in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen übernehmen, die ansonsten ärztliche Leistungen darstellen.

In der Motion 18.3387 "Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen" der SGK-NR wird denn auch der Bundesrat beauftragt, Anpassungen des KVG vorzulegen, damit Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen vergütet werden können.

Als Programme der Patientenversorgung sind neben den Disease-Management-Programmen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten auch Programme zur medizinischen Prävention nach Artikel 26 oder Programme zur medizinischen Rehabilitation nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe d zu verstehen.

Neu sollen daher im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen gewisse Leistungen in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen durch nicht-ärztliche nach KVG zugelassene Leistungserbringer (insbesondere Apothekerinnen und Apotheker, Advanced Practice

Nurses [APN<sup>37</sup>]) erbracht werden können. Apothekerinnen und Apotheker können beispielsweise im Rahmen von solchen Programmen spezifische, bisher ärztliche Leistungen übernehmen (z.B. Impfungen im nationalen Impfprogramm, Stuhltests in kantonalen Programmen zur Darmkrebsfrüherkennung).

In den Programmen erfüllt der Arzt oder die Ärztin die eigentlichen ärztlichen Funktionen (wie Diagnosestellung, Wahl oder Änderung der Therapie) nach wie vor persönlich. Er hat auch diejenigen Tätigkeiten persönlich zu erfüllen, in denen das spezifische ärztliche Wissen ausschlaggebend ist. Andere spezifische Programmleistungen können von nicht-ärztlichen Leistungserbringern nach KVG erbracht werden, ohne dass diese Leistungen im konkreten Einzelfall ärztlich angeordnet werden müssen.<sup>38</sup> Die ärztliche Überwachung und Kontrolle erfolgen lediglich im Rahmen der Qualitätskontrolle der Programme, nicht aber in der direkten Einzelfallbehandlung.

### **Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug**

*Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

*Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG*

Die WZW-Kriterien gehören zu den grundlegenden, kumulativ zu erfüllenden Voraussetzungen jeder Leistung zulasten der OKP. Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft (Art. 32 KVG). Bei den ärztlichen Leistungen besteht ein offener Leistungskatalog und es gilt das sogenannte „Vertrauensprinzip“, wonach die Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Nur bei ärztlichen Leistungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit bestritten wurden, erfolgt eine WZW-Prüfung durch das EDI, und der Status der Leistungspflicht wird in der Verordnung des EDI vom 29. September 1995<sup>39</sup> über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) festgehalten. Die Leistungen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer, Arzneimittel, Laboranalysen, Mittel und Gegenstände, Leistungen der Prävention sowie der Mutterschaft hingegen sind abschliessend geregelt. Bei jeder Neuaufnahme und Überprüfung einer solchen Leistung erfolgt eine WZW-Prüfung.

Eine regelmässige Überprüfung der Leistungen nach Artikel 32 Absatz 2 KVG konnte bisher bei den Arzneimitteln im Rahmen der Überprüfung alle drei Jahre durchgeführt werden. Dabei lag der Schwerpunkt bisher allerdings auf der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, welche bis zum Jahr 2014 vor allem mittels Auslandspreisvergleich überprüft wurde. Das Bundesgericht hat im Urteil vom 14. Dezember 2015<sup>40</sup> jedoch

<sup>37</sup> Eine Pflegeperson APN ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext und/oder den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem sie für die Ausübung ihrer Tätigkeit zugelassen ist. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung (swissANP [2012]: Reglementierung der Pflegeexpertin APN)

<sup>38</sup> Vgl. u.a. Urteil Bundesverwaltungsgericht C-7498/2008 E.7

<sup>39</sup> SR 832.112.31

<sup>40</sup> BGE 142 V 26

letzinstanzlich entschieden, dass sich das BAG bei der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nicht einzig auf einen Auslandpreisvergleich beschränken könne. Auch der therapeutische Quervergleich sei durchzuführen. Nur so könne der Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses eines Arzneimittels genügend Rechnung getragen werden. Zudem seien auch die Wirksamkeit und die Zweckmässigkeit periodisch zu überprüfen. Aufgrund der regelmässigen Überprüfungen der Arzneimittel konnte bis 2019 insgesamt 1 Milliarde Franken für die OKP eingespart werden. Bereits drei Jahre nach der erstmaligen WZW-Prüfung im Rahmen der Neuaufnahme, d.h. bei der ersten periodischen Überprüfung, kann der Prüfung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit aber nicht mehr das gleiche Gewicht wie bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste zukommen. Ausnahmen gibt es, wenn neue Studien und Daten vorliegen, die eine Veränderung der Wirksamkeit und der Zweckmässigkeit seit der Aufnahme in die Spezialitätenliste nachweisen. Da dies selten der Fall ist, lassen sich praktisch keine Veränderungen von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nachweisen. Es macht deshalb wenig Sinn, bei jedem Arzneimittel eine umfassende Kosten-Nutzenanalyse durchzuführen.

Auch bei anderen Leistungen ist eine regelmässige Überprüfung aller drei WZW-Kriterien gleichzeitig in umfassender Tiefe nicht sinnvoll. Entsprechend soll neu eine rechtliche Grundlage geschaffen werden, damit die WZW-Prüfung je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen wie bspw. Arzneimittel) zu den verschiedenen Zeitpunkten im Lebenszyklus einer Leistung (z.B. Einführung bzw. Erstaufnahme, etablierte Anwendung, Ablösung durch neue Leistungen) mit unterschiedlicher Häufigkeit sowie Methodik und Tiefe erfolgen kann. Dies kann auch bedeuten, dass in bestimmten Fällen wie beispielsweise bei sehr günstigen Arzneimitteln über eine längere Zeit keine WZW-Überprüfung erfolgt oder auf eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit verzichtet wird.

Die erstmalige WZW-Prüfung einer Leistung wird jeweils systematisch und vollständig durchgeführt. Bei der periodischen Überprüfung soll bezüglich der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit jeweils vor allem untersucht werden, ob seit der letzten Prüfung neue Studien mit Veränderungen der wissenschaftlichen Erkenntnisse oder der medizinischen Praxis vorliegen oder ob in klinischen Leitlinien gewisse Leistungen durch neue andere Leistungen ersetzt wurden. Eine vertiefte Prüfung erfolgt dann, wenn sich die Situation wesentlich verändert hat. Betreffend Wirtschaftlichkeit sollen die Art und Weise sowie die zeitlichen Intervalle der Überprüfung je nach Kategorie von Produkten (z.B. hochpreisige gegenüber günstigen Produkten), Zeitpunkt im Lebenszyklus einer Leistung sowie der Dynamik der internationalen Markt- bzw. Preisentwicklung differenziert und in unterschiedlicher Weise definiert werden. Gibt es bei einer Überprüfung Hinweise dafür, dass die WZW-Kriterien nicht mehr erfüllt sind, soll eine vertiefte Prüfung der Kriterien erfolgen. Dies kann auch mittels HTA-Bericht geschehen und das Ergebnis kann zu einer Einschränkung der Leistungspflicht oder Streichung einer Leistung aus der OKP führen.

Eine systematische vollständige WZW-Überprüfung bei sämtlichen ärztlichen Leistungen im Vertrauensprinzip sowie denjenigen der nicht-ärztlichen Leistungserbringer ist nicht vorgesehen. Hingegen wurde vom BAG seit 2015 ein HTA-Programm zur Re-Evaluation von bereits durch die OKP vergüteten Leistungen aufgebaut, wel-

che alle Leistungen wie auch diejenigen der Ärzteschaft und der nicht-ärztlichen Leistungserbringer umfasst. Dies mit dem Fokus auf obsoletere Leistungen, die von der Vergütung ausgeschlossen oder deren vergütete Indikationsbereiche eingeschränkt werden könnten.<sup>41</sup>

### *Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

Im Rahmen der neuen Rechtsgrundlagen für die differenzierte WZW-Prüfung kann der Bundesrat ebenfalls Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung in den Bereichen definieren, in denen der Bund die Höhe der Vergütung von Leistungen festzulegen hat.

In der Botschaft vom 6. November 1991<sup>42</sup> über die Revision der Krankenversicherung wurden die Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit in Artikel 26 (heutiger Art. 32 KVG) kurz umschrieben: Demnach müssen Leistungen nicht nur wirksam sein (d.h. im Allgemeinen die angestrebte Wirkung erzielen), sondern auch zweckmässig (d.h. im Einzelfall die angestrebte Wirkung in angemessener Form hervorrufen) und wirtschaftlich (d.h. ein angemessenes Kosten-/Nutzenverhältnis aufweisen, was aber nicht bedeuten sollte, dass kostspielige Massnahmen von der Leistungspflicht ausgenommen seien) sein. Die Versicherung deckt dabei nur Leistungen, welche alle drei Voraussetzungen erfüllen.<sup>43</sup> Die Kosteneindämmung stellte gemäss Botschaft eines der Hauptziele der Revision dar.<sup>44</sup> Dieser im Gesetz zwar nicht ausdrücklich genannte Zweck wird in zahlreichen Vorschriften konkret umgesetzt, an erster Stelle durch das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistung nach Artikel 32 Absatz 1 KVG als eine Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die OKP<sup>45</sup> sowie mit Artikel 56 Absätze 1 und 2 KVG, wonach die Vergütung für Leistungen, die über das im Interesse der Versicherten liegende und für den Behandlungszweck erforderliche Mass hinausgehen, verweigert werden kann.

Im Expertenbericht wird die Einführung des «Kostengünstigkeitsprinzips» für die Preisbildung von Arzneimitteln gefordert (M29): Das KVG solle neu vorsehen, dass zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels sowohl ein therapeutischer Quervergleich als auch ein Auslandpreisvergleich durchgeführt wird, aber nur das tiefere Preisniveau der beiden Kriterien den Preis beeinflusst. Betreffend Tarifen ist in Artikel 43 Absatz 6 KVG bereits heute festgehalten, dass die Vertragspartner und die zuständigen Behörden darauf achten, dass eine qualitativ hochstehende und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erreicht wird.

Hinsichtlich der Bemessung und Festsetzung von Tarifen, Preisen oder Höchstvergütungsbeträgen werden heute verschiedene Ansätze in der Berechnung und im Vergleich mit anderen Leistungen angewendet. Im Vordergrund steht eine nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Bemessung. Dabei wird im Tarifbereich davon

<sup>41</sup> Vgl. HTA- Programm, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Das BAG > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Re-Evaluation von Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – HTA.

<sup>42</sup> BBI 1992 I 93, hier 116

<sup>43</sup> BBI 1992 I 93, hier 158-159

<sup>44</sup> BBI 1992 I 93, hier 126; vgl. dazu auch BGE 129 V 32 E. 6.1.1.; BGE 127 V 419 Erw. 3b/bb; BGE 123 V 322 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 KV 158, Urteil des EVG vom 22. Dezember 2000

<sup>45</sup> BBI 1992 I 93, hier 118 und 121

ausgegangen, dass höchstens die Kosten gedeckt werden, die transparent ausgewiesen und für eine effiziente Leistungserbringung notwendig sind. Gerade bei den Arzneimitteln, aber auch für Mittel und Gegenstände lassen sich die geltend gemachten Aufwendungen für Forschung und Entwicklung sowie für Produktion und Vertrieb nicht genügend prüfen. Deshalb haben sich in diesen Bereichen die Methoden des Kostenvergleichs mit anderen vergleichbaren Leistungen sowie den Preisen im Ausland etabliert. Beispielsweise wird bei der Ermittlung der Höchstvergütungsbeträge (HVB) in der Mittel- und Gegenständeliste jeweils der Median der Produktpreise innerhalb einer Produktgruppe in der Schweiz und im Ausland (unter Berücksichtigung der höheren Kosten in der Schweiz für Personal und Logistik) berechnet. Gemäss aktueller Praxis wird jeweils der günstigere Ansatz für die Festsetzung des HVB gewählt. Im Bereich der Arzneimittel finden sich in Bezug auf die Preisbildung detaillierte Bestimmungen: Die Preisfestsetzung bei den Arzneimitteln erfolgt heute aufgrund eines Vergleichs mit den Preisen in Deutschland, Dänemark, Grossbritannien, den Niederlanden, Frankreich, Österreich, Belgien, Finnland und Schweden (Auslandpreisvergleich) sowie aufgrund eines Vergleichs mit dem Preis und der Wirksamkeit anderer Arzneimittel zur Behandlung derselben Krankheit (therapeutischer Quervergleich) (Art. 65b Abs. 2 der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>46</sup> über die Krankenversicherung [KVV] i.V.m. Art. 34a<sup>bis</sup> Abs. 1 KLV). Nach der Ermittlung des durchschnittlichen Preises der Referenzländer durch den Auslandpreisvergleich und des durchschnittlichen Preises anderer Arzneimittel im therapeutischen Quervergleich werden beide Preise je hälftig gewichtet. (Art. 65b Abs. 5 KVV). Vergleichbare Regelungen existieren bei den übrigen Leistungen nicht.

Den Preisbildungskriterien Auslandpreisvergleich und therapeutischer Quervergleich der Arzneimittel sind indessen Grenzen gesetzt. So entsprechen die angegebenen Preise, die der Berechnung des Auslandpreisvergleiches dienen, in den Vergleichsländern oftmals nicht den effektiv vergüteten Preisen. Dies führt in der Schweiz zu einer Kostensteigerung (Preisspirale nach oben). Der therapeutische Quervergleich wiederum ist ein nutzenbasierter Preis, der das Preisniveau einer Arzneimitteltherapie im Vergleich zu einer anderen Arzneimitteltherapie berücksichtigt. Mit der aktuell hälftigen Berücksichtigung beider Preisbildungskriterien wird somit auch ein Preis als wirtschaftlich erachtet und festgelegt, der über dem durchschnittlichen Preis der Referenzländer liegt oder höher ist als derjenige eines anderen Arzneimittels mit gleichem Nutzen. Dies soll nicht mehr grundsätzlich der Fall sein.

In Zukunft soll der Bundesrat bei der Preisbildung Grundsätze festlegen können, die sich an einer möglichst kostengünstigen Vergütung orientieren. Der Bundesrat erachtet es jedoch als nicht sinnvoll und angemessen, sich in jedem Fall auf die Berechnungsmethode mit dem kostengünstigsten Ergebnis abzustützen. Es bestehen unterschiedliche Situationen hinsichtlich der Machbarkeit und Anwendbarkeit von Berechnungsmethoden (z.B. Schwierigkeiten hinsichtlich Referenzen im therapeutischen Quervergleich aufgrund von Unterschieden im Wirkungsspektrum und zugelassenen Indikationen) und es sind besondere Entwicklungen in der Medizin und auf dem schweizerischen Markt zu berücksichtigen (z.B. Produkte in der Einführungsphase, die lokal und noch nicht industriell für den internationalen Markt hergestellt werden). Insbesondere sollen Unterschiede in den Eigenschaften einer Leistung auch

<sup>46</sup> SR 832.102

in deren individuellen Preisbildung berücksichtigt werden können. Damit bleibt eine Therapievelfalt weiterhin möglich, ohne dass nur noch die kostengünstigste Leistung zur Verfügung steht.

Bei Analysen, Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen legen die Bundesbehörden die Tarife, Preise und Höchstvergütungsbeiträge mit dem Entscheid zur Leistungspflicht fest. Daher wird der Bundesrat die Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung der Leistungen für diese Listen spezifisch festlegen.

### *Preismodelle und Rückerstattungen*

Zum Zeitpunkt der Zulassung von neuen Arzneimitteln und Arzneimittelkombinationen sowie Medizinprodukten bestehen vermehrt Unklarheiten zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Dies gilt insbesondere aufgrund der neu möglichen schrittweisen Marktzulassung von Arzneimitteln, für die Zulassungen verfügt werden, bevor klinisch kontrollierte Phase III-Studien vorliegen. Die Vergütungsfragen werden in der Folge zusehends komplexer und das Risiko der Vergütung von Therapien, die sich trotz vielversprechender erster Daten schlussendlich als nicht oder weniger wirksam oder sicher erweisen als erwartet, steigt. Verschiedene Länder haben deshalb bereits unterschiedliche Modelle, sog. Managed Entry Agreements, implementiert, um auf diese Entwicklungen zu reagieren. Managed Entry Agreements, die sich auf Preise oder Kosten beziehen, werden nachfolgend als Preismodelle bezeichnet.

Preismodelle können unterschiedliche Formen aufweisen und individuell ausgestaltet sein. Sie erlauben es, die Kosten eines Arzneimittels auf unterschiedlichen Ebenen zu steuern, Risiken zu minimieren und Kosten zu dämpfen: Neben dem Preis kann die Menge über Volumina pro versicherte Person oder pro Arzneimittel gesteuert werden. Auch das Risiko der ungerechtfertigten Vergütung von Arzneimitteln, die aufgrund fehlender Wirksamkeit oder Unverträglichkeit zu Therapieabbrüchen führen, kann minimiert werden.

Preismodelle sind erforderlich, weil sich die entsprechende Praxis international bei der Vergütung von Arzneimitteln durchgesetzt hat. Jedes Land verhandelt die effektiv vergüteten Preise individuell auf vertraulicher Basis mit den Zulassungsinhaberinnen. Preismodelle sind die Regel. Dies führt dazu, dass die international festgelegten, in der Schweiz für den Auslandpreisvergleich berücksichtigten Preise v.a. bei hochpreisigen Arzneimitteln in den Vergleichsländern nicht den effektiv vergüteten Preisen entsprechen. Will die Schweiz die Wirtschaftlichkeit und die Versorgung mit hochpreisigen Arzneimitteln auch in Zukunft sicherstellen, ist das mit der Preisfestsetzung beauftragte BAG gehalten, ebenfalls solche Preismodelle umzusetzen. Ansonsten müssten entweder überhöhte Preise akzeptiert oder der Zugang zu neuen, innovativen Arzneimitteln könnte nicht mehr oder nur stark verzögert gewährleistet werden. Weil die Schweiz selbst auch ein wichtiges Referenzland für die Preise im Ausland (z.B. Kanada, Brasilien, Russland, usw.) ist, verzichten Unternehmen lieber darauf, die Arzneimittel in der Schweiz anzubieten, als einen öffentlich bekannten, aus ihrer Sicht zu tiefen Preis zu akzeptieren. Zurzeit referenzieren mehr als 20 Länder ihre Arzneimittelpreise direkt auf die Schweiz, dazu kommen mehr als 40 weitere Länder, welche

indirekt auf die Schweizer Preise abstellen. Preisänderungen führen somit zu direkten wirtschaftlichen Konsequenzen für die Zulassungsinhaberinnen in anderen Ländern.<sup>47</sup>

Da auch im Bereich von anderen Leistungen der OKP (Mittel- und Gegenständeliste, Analysenliste) die Anwendung von Preismodellen in Frage kommt, soll eine Regelung für alle Listen nach Artikel 52 Absatz 1 KVG geschaffen werden.

Es ist zwar bereits heute, basierend auf den bestehenden rechtlichen Grundlagen (vgl. Art. 33 Abs. 2 und 3 KVG, Art. 65 Abs. 5 und Art. 73 KVV) möglich, Preismodelle in der Schweiz anzuwenden. Allerdings sollen die rechtlichen Grundlagen für Preismodelle mit Blick auf die Sicherstellung von Rechtssicherheit und Durchsetzbarkeit auf Gesetzesstufe gefestigt werden. Dazu gehören insbesondere die rechtlichen Grundlagen, die es dem BAG ermöglichen, bei der Preisfestsetzung Rückerstattungen auf dem Höchstpreis der Spezialitätenliste festzulegen. Bisher gilt, dass bei den sogenannten Rückzahlungsmodellen der Krankenversicherer die vom BAG festgelegte Rückerstattung (meistens die Differenz zwischen festgelegtem, d.h. in der Spezialitätenliste aufgeführtem Preis und wirtschaftlichem Fabrikabgabepreis [FAP]) von der Zulassungsinhaberin zurückfordert. Falls erforderlich legt das BAG auch fest, dass die Rückerstattung nicht an den einzelnen Krankenversicherer erfolgt, sondern an die gemeinsame Einrichtung KVG. Eine Rückerstattung an die gemeinsame Einrichtung KVG wird vor allem bei Arzneimitteln erforderlich, für die Volumengrenzen aufgrund des Einsatzes grosser Mengen bei vielen Patienten und Patientinnen definiert werden. Sie dient in solchen Fällen zur Minimierung des administrativen Aufwands der Versicherer und der Zulassungsinhaberin, die auf diese Weise nicht jeden Fall einzeln untereinander abwickeln müssen.

Rückerstattungen an die gemeinsame Einrichtung KVG werden heute durch das BAG zurückhaltend eingesetzt. Eine zentrale Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung KVG ist die Übernahme der Kosten für gesetzliche Leistungen anstelle zahlungsunfähiger Krankenversicherer. Dafür führt die gemeinsame Einrichtung KVG einen Insolvenzfonds nach Artikel 47 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014<sup>48</sup> betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG). Mit der heutigen Rechtslage können die einbezahlten Rückerstattungen nicht an die Versicherer zurückfliessen. Um dies zu ermöglichen, soll die gemeinsame Einrichtung KVG neu einen Fonds für Rückerstattungen führen müssen. Die Beträge, die in diesen Fonds einbezahlt werden, können später an die Versicherer verteilt werden.

Für die Verwaltung des Vermögens aus den Rückerstattungen nach Artikel 52b VE-KVG wird eine Fondslösung vorgesehen (Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup> Bst. b VE-KVG). Weil davon auszugehen ist, dass die Verwaltung des Fonds für Rückerstattungen keine grossen Ressourcen bedingt, bietet es sich an, diese Aufgabe der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 zu übertragen. Diese Institution führt bereits heute den Insolvenzfonds (vgl. Art. 47 KVAG) und den Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004<sup>49</sup> über die Transplantation von

<sup>47</sup> Internationale Auswirkungen der schweizerischen Arzneimittelregulierung, Charles River Associates, Studie im Auftrag von Interpharma und Novartis, März 2013; abrufbar unter <https://docplayer.org/28701210-Internationale-auswirkungen-der-schweizerischen-arzneimittelregulierung.html> (Stand 12.05.2020).

<sup>48</sup> SR 832.12

<sup>49</sup> SR 810.21

Organen, Geweben und Zellen (vgl. Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup> KVG). Dies hat den Vorteil, dass auf bestehenden Strukturen aufgebaut und vom Know-how der gemeinsamen Einrichtung in der Vermögens- und Fondsverwaltung profitiert werden kann. Dadurch können die Verwaltungskosten tief gehalten werden. Dafür ist eine neue gesetzliche Grundlage notwendig.

Der Bundesrat soll weiterhin die Kompetenz erhalten, die detaillierte Ausgestaltung der Preisfestsetzungskriterien auf Verordnungsstufe zu regeln. Dabei soll er neu auch explizit festlegen können, wie und wann Preismodelle eingesetzt werden und deren Durchsetzbarkeit regeln.

*Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen*

Der Zugang nach dem Bundesgesetz vom 17. Dezember 2004 über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung (BGÖ)<sup>50</sup> zu Unterlagen in Bezug auf die Höhe, die Berechnung sowie die Modalitäten der Rückerstattungen nach Artikel 52b VE-KVG soll verweigert werden können.

Die Ausnahmebestimmung ist aufgrund der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen unumgänglich:

- Nicht alle Rückerstattungen im Sinne von Artikel 52b VE-KVG können transparent ausgewiesen werden. Übersteigen die Rückerstattungen eine gewisse Höhe, sind die Zulassungsinhaberinnen nicht bereit, dass die Rückerstattungen öffentlich publiziert werden (siehe Ziffer 6.2.1 Preismodelle und Rückerstattungen). Im Ausland unterstehen die effektiv vergüteten Preise resp. die Höhe der Rückerstattung deshalb grosser Geheimhaltung. Das heisst, es werden ausschliesslich Höchstpreise und nicht die effektiv vergüteten Preise von Arzneimitteln publiziert bzw. die tatsächliche Preisfestsetzung ist in solchen Fällen nicht öffentlich zugänglich. Auch in der Schweiz sind die Pharmafirmen bereit, ihre Arzneimittel zu deutlich tieferen Preisen anzubieten, wenn in Ausnahmefällen nur der Höchstpreis bekannt gemacht wird, der effektive Preis also nicht bekannt ist. Gleichzeitig besteht damit keine Gefahr, dass die Zulassungsinhaberinnen auf ein Aufnahmegesuch in die Spezialitätenliste verzichten oder sich die Aufnahme massiv verzögert, bis Preisverhandlungen in anderen Ländern abgeschlossen sind. Entsprechend profitiert die Bevölkerung von einem schnellen Zugang zu neuen innovativen Therapien. Dies verhindert auch, dass die versicherte Person den unsicheren Weg über die Einzelfallvergütung beschreiten muss oder das hochpreisige Arzneimittel sogar selbst bezahlen müsste.
- Die heute im Rahmen des BGÖ bestehenden öffentlichen Interessen, bei denen der Zugang zu amtlichen Dokumenten abweichend von Artikel 6 BGÖ eingeschränkt, aufgeschoben oder verweigert werden kann, sind abschliessend in Artikel 7 BGÖ aufgeführt. Von Relevanz bei der Höhe, der Berechnung sowie den Modalitäten der Rückerstattungen bei Preismodellen ist der Ausnahmetatbestand von Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe g BGÖ, nämlich die Berufs- Geschäfts- und Fabrikationsgeheimnisse. Allerdings hat das

<sup>50</sup> SR 152.3

Bundesverwaltungsgericht im Verfahren A-3649/2014 die Anwendung von Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe g BGÖ im Zusammenhang mit Informationen zur Preisfestlegung eines Arzneimittels verneint.

- Weiter gilt es darauf hinzuweisen, dass die Mehrheit der Gesuche im Zusammenhang mit Unterlagen von Arzneimitteln der Spezialitätenliste nicht nur von Personen gestellt wird, die sich über staatliches Handeln informieren wollen, sondern auch insbesondere von Zulassungsinhaberinnen, welche Einsicht in Geschäftsinformationen von konkurrierenden Unternehmen verlangen. Ebenfalls zeigt sich, dass im Bereich der Spezialitätenliste vor oder während Rechtsstreitigkeiten über das Zugangsrecht nach BGÖ Beweisunterlagen gesammelt werden. Damit wird aber die Zielsetzung des BGÖ untergraben.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die heute bestehenden Ausnahmetatbestände des BGÖ, insbesondere Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe g BGÖ, die Höhe, die Berechnung und die Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen nicht schützen. Mit der neuen Ausnahmebestimmung wird der Geltungsbereich des BGÖ nur soweit eingeschränkt, als dies im Interesse einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten erforderlich ist. Es wird lediglich der Zugang zu Informationen hinsichtlich der Höhe, der Berechnung und der Modalitäten von Rückerstattungen nach Artikel 52b VE-KVG verweigert.

Um der geforderten Transparenz des staatlichen Handelns nachzukommen, publiziert das BAG bereits heute die wesentlichen Grundlagen seiner Entscheide. Artikel 71 KVV regelt, welche Informationen das BAG öffentlich zugänglich macht. Um dem öffentlichen Interesse an den Beurteilungen und Entscheiden des BAG weiterhin Rechnung zu tragen, sollen in Zukunft weitere Informationen öffentlich zugänglich gemacht werden (u.a. Entscheidungsgrundlagen zu Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Rahmen von Überprüfungen gelisteter Arzneimittel, Beurteilung und Entscheid von Preiserhöhungsgesuchen oder eine Liste der eingereichten Aufnahmegesuche für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sowie der Gesuche um Limitierungsänderungen, Indikationserweiterungen und Indikationseinschränkungen).

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

Seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung können die Versicherten für die stationäre Behandlung unter den Spitälern, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital), frei wählen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig (vgl. Art. 49a KVG) höchstens nach dem Tarif, der im Wohnkanton für die betreffende Behandlung gilt. Die Kantone sind demnach bereits heute verpflichtet, bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen den Tarif eines ihrer Listenspitäler, welches die betreffende Behandlung erbringt, als sog. Referenztarif heranzuziehen. Wie dieser Referenztarif festzulegen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen, regelt das Gesetz hingegen nicht.

Die Auswahl des für den Referenztarif massgeblichen Tarifs liegt heute somit grundsätzlich im Ermessen der Kantone. Eine Festlegung von teilweise unrealistisch tiefen Referenztarifen durch die Kantone kann aber die freie Spitalwahl der Versicherten

und den erwünschten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitalern beeinträchtigen. Durch eine gesetzliche Präzisierung, wie sie auch die von den eidgenössischen Räten angenommene Motion der SGK-N 18.3388 «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» verlangt, kann Klarheit bezüglich der Festlegung der Referenztarife geschaffen und der Wettbewerb unter den Spitalern weiter gefördert werden.

In Artikel 41 Absatz 1 VE-KVG soll neu festgehalten werden, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. In der Motion 18.3388 wird ausgeführt, dass bei demselben «Spitaltyp» der «maximale Tarif» des Wohnkantons vergütet werden soll, höchstens aber der Tarif des Standortspitals. Während eine möglichst weitgehende Stärkung des Wettbewerbs zu begrüßen ist, sollte dieser Wettbewerb doch zwischen vergleichbaren Leistungen und Leistungserbringern spielen. Der Rahmen des «Spitaltyps» ist dafür möglicherweise zu ungenau und zu starr. So wie die Spitaltarife generell (vgl. Art. 49 KVG) orientiert sich auch der Referenztarif an der Entschädigung jener Spitäler, welche die versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Der Bundesrat erlässt darüber hinaus genauere Regelungen auf dem Verordnungsweg.

Wenn der Kanton gewillt ist, in einem Spital auf seiner Spitalliste einen bestimmten Tarif zu übernehmen, spricht nichts dagegen, diesen Tarif auch in einem ausserkantonalen Spital zu bezahlen, sofern die Behandlung vergleichbar ist und der Tarif des behandelnden Spitals nicht überschritten wird. Diese Regelung führt auch dazu, dass die Kantone einen weiteren Anreiz haben, für vergleichbare Behandlungen auch innerkantonal nur Baserates in einem relativ engen Preisbereich zu akzeptieren und nicht einzelnen Spitalern höhere Baserates zuzugestehen, da diese höheren Tarife ansonsten auch jedem ausserkantonalen Spital gewährt werden müssten.

#### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

Mit der vorliegenden Gesetzesänderung werden die zwei Motionen Buffat (18.3513) und Grossen (18.3664) umgesetzt.

Sämtliche Leistungserbringer sollen im stationären und im ambulanten Bereich verpflichtet werden, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln, unabhängig davon, ob der Krankenversicherer (System des Tiers payant) oder die versicherte Person (System des Tiers garant) die Vergütung der Leistung schuldet. Wer Schuldner der Vergütung ist, wird mit der Revision nicht geändert. Die elektronische Rechnungsübermittlung hat in erster Linie zwischen den Leistungserbringern und den Krankenversicherern zu erfolgen, demgegenüber sollen die versicherten Personen nicht zum elektronischen Empfang einer Rechnung verpflichtet werden.

Gestützt auf Artikel 42 Absatz 3 KVG muss der Leistungserbringer dem Schuldner (versicherte Person oder Krankenversicherer) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Das Gesetz sieht vor, dass die versicherte Person im System des Tiers payant zwingend eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist, erhält, damit sie die Rechnung kontrollieren kann. Auch diese Kopie kann künftig

elektronisch übermittelt werden. Für die versicherte Person besteht weiterhin die Möglichkeit, die Rechnungen kostenlos in Papierform zu erhalten.

Mit der Änderung von Artikel 42 Absatz 3 E-KVG im Rahmen der KVG-Änderung zum ersten Kostendämpfungspaket sollen die Leistungserbringer auf Gesetzesstufe verpflichtet werden, im System des Tiers payant der versicherten Person eine Rechnungskopie zu übermitteln. Deshalb gilt auch für die elektronische Rechnungsübermittlung, dass im System des Tiers payant der Leistungserbringer dem Versicherer und der versicherten Person die Rechnung elektronisch zuzustellen hat. Wünscht eine versicherte Person jedoch eine Papierrechnung bzw. eine Rechnungskopie in Papierform, dann muss ihr der Leistungserbringer eine solche kostenlos übermitteln. Im System des Tiers garant hat der Leistungserbringer der versicherten Person die Rechnung elektronisch oder, wenn sie es wünscht, in Papierform kostenlos zu übermitteln. Nach der Kontrolle und Bezahlung der Rechnung durch die versicherte Person leitet diese die Rechnung ebenfalls elektronisch an den Krankenversicherer weiter oder gibt sie in einem allfällig dafür vorgesehenen Onlineportal des Versicherers frei. Liegt eine Papierrechnung vor, hat die versicherte Person die Rechnung dem Versicherer weiterzuleiten. Danach verlangt der Versicherer die Rechnung beim Leistungserbringer elektronisch. Das genaue Verfahren ist auf Verordnungsstufe zu regeln.

Die genaue Ausgestaltung der elektronischen Übermittlung wird an die Tarifpartner übertragen. Die Leistungserbringer und die Versicherer oder deren Verbände haben eine Vereinbarung abzuschliessen. Sie haben sich auf einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung zu einigen. Die Rechnungsstellung soll über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Dabei ist es wichtig, dass mit dem Standard die Datensicherheit gewährleistet ist. Wenn sich die Parteien innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Übergangsfrist von zwei Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes nicht einigen und kein allgemeingültiges elektronisches Rechnungsübermittlungssystem installieren, ist es die Aufgabe des Bundesrates den Standard festzulegen. Diesbezüglich ist anzuführen, dass sich die Akteure des Gesundheitswesens bereits seit einiger Zeit im «Forum Datenaustausch» zusammengeschlossen haben. Das Forum verfolgt unter anderem das Ziel, einheitliche, gemeinsam entwickelte Standards für den elektronischen Datenaustausch festzusetzen. Das Gefäss für die Einigung auf einen einheitlichen Standard existiert also bereits.

Die elektronische Rechnungsübermittlung hängt direkt mit der Massnahme «Rechnungskontrolle stärken (M09)» des Expertenberichts zusammen, die im Rahmen des ersten Kostendämpfungspakets geprüft wurde. Um systematische Leistungskontrollen und Rechnungsprüfungen durch die Krankenversicherer sicherzustellen, hat das BAG bereits seine Aufsicht verstärkt und führt vermehrt Audits bei den Versicherern vor Ort durch. Diese Massnahme konnte ohne gesetzliche Anpassungen erfolgen. Mit der elektronischen Rechnungsstellung kann die Rechnungskontrolle durch die Versicherer noch stärker wahrgenommen werden.

Um eine sichere und datenschutzkonforme Umsetzung der Abläufe zur elektronischen Rechnungsstellung zu ermöglichen, sollen zudem die Vorgaben für die Versichertenkarte in Artikel 42a KVG technologieneutral formuliert und der Verwendungszweck der Versichertenkarte an die neuen Prozessabläufe bei der elektronischen Rechnungsstellung angepasst werden.

## Massnahmen in der Invalidenversicherung

Das Parlament hat am 19. Juni 2020 weitreichende Änderungen zum Bundesgesetz vom 19. Juni 1959<sup>51</sup> über die Invalidenversicherung (IVG) verabschiedet.<sup>52</sup> Die Referendumsfrist hierzu läuft noch bis 8. Oktober 2020. Die nachfolgend aufgeführten Bestimmungen stützen sich auf diese Änderungen.

Der Bundesrat strebte unter anderem eine Annäherung zwischen dem IVG und dem KVG an (vgl. Botschaft vom 15. Februar 2017<sup>53</sup> zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; Weiterentwicklung der IV). Im Rahmen der parlamentarischen Beratung hat die bundesrätliche Vorlage zwar gewisse Änderungen erfahren, so auch die Gesetzesänderungen im Arzneimittelbereich. Die Stossrichtung wurde jedoch von den beiden Räten unterstützt. Neu vorgesehen ist nun die Schaffung einer IV-Arzneimittelliste, welche analog der Spezialitätenliste Höchstpreise enthält. Im Rahmen der parlamentarischen Beratungen wurde seitens des Bundesrates zudem festgehalten, dass die Schaffung eines Kompetenzzentrums für die Vergütung von Arzneimitteln beim BAG geprüft werde. Ziel eines solchen Kompetenzzentrums wäre, dass dieselben Kriterien für die Spezialitätenliste und die neue IV-Arzneimittelliste zur Anwendung gelangen und nur eine Verwaltungsstelle für die Durchführung der WZW-Verfahren für beide Arzneimittellisten zuständig ist. Diese möglichst optimale Abstimmung zwischen Spezialitätenliste und der neuen IV-Arzneimittelliste erfordert, dass die Änderungen des KVG im Bereich des Arzneimittelrechts auch im Bereich des IVG vorgenommen werden. In folgenden Punkten wird eine analoge Regelung als folgerichtig erachtet:

- Die Schaffung von Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit soll auch bei medizinischen Massnahmen der IV Anwendung finden.
- Preismodelle sollen auch für die Preisfestsetzung von Arzneimitteln der IV-Arzneimittelliste eingesetzt werden können.
- Einführung des Grundsatzes der Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung auch bei den Arzneimitteln der IV-Arzneimittelliste.
- Verweigerung des Zugangs zu amtlichen Dokumenten, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen bei den Preismodellen betreffen.

Analog zur OKP soll im Hinblick auf eine effiziente Rechnungskontrolle auch im Bereich der IV die elektronische Rechnungsstellung gefördert werden. Wie in Artikel 42 Absatz 3<sup>ter</sup> VE-KVG soll eine Verpflichtung zur elektronischen Rechnungsübermittlung eingeführt werden. Weil die IV deutlich mehr Arten von Leistungserbringern hat, soll das BSV die Möglichkeit erhalten, diejenigen Leistungserbringer zu bestimmen, welche ihre Rechnungen in elektronischer Form zu übermitteln haben.

<sup>51</sup> SR **831.20**

<sup>52</sup> BBl **2020** 5535

<sup>53</sup> BBl **2017** 2535

## Weitere Anpassungen

### *Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen*

Nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG darf für Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a KVG, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, keine Kostenbeteiligung erhoben werden. Diese Bestimmung ist auf den 1. März 2014 in Kraft getreten. Das Parlament wollte damit die Befreiung der Kostenbeteiligung nicht wie bis anhin lediglich bei normalen Schwangerschaften, sondern explizit auch bei Schwangerschaft mit Komplikationen regeln.

Der Gesetzgeber hat mit der Bestimmung von Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG zwar die Befreiung von der Kostenbeteiligung mit einem zeitlichen Kriterium verbunden, ohne aber einen Kausalzusammenhang mit der Schwangerschaft einzuführen. Es ist auch nicht anzunehmen, dass Frauen aufgrund der Befreiung von der Kostenbeteiligung markant häufiger «schwangerschaftsfremde» Leistungen beanspruchen, da medizinische Massnahmen während der Schwangerschaft oft mit gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind verbunden sind.<sup>54</sup> Daraus ist abzuleiten, dass der Gesetzgeber mit der Ausklammerung jeglicher, explizit nicht zeitlichen Verknüpfung mit der Schwangerschaft, absichtlich auch Leistungen ohne Kausalzusammenhang mit der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung befreit hat. Auch wenn das ursprüngliche Ziel der Änderung war, das Problem der Schwangerschaftskomplikationen zu lösen, hat der Gesetzgeber vorgesehen, auch Leistungen ohne Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder Mutterschaft während eines spezifischen Zeitraums von der Kostenbeteiligung zu befreien.

In der Praxis hat sich aber herausgestellt, dass Versicherer die Gesetzesbestimmung unterschiedlich umsetzen. Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG lässt Raum für Interpretationen und kann eng oder weit ausgelegt werden. Eng in dem Sinne, dass lediglich allgemeine Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG) und Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a KVG) von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind. Dies würde bedeuten, dass die Patientinnen z. B. bei einem Unfall oder bei einem straflosen Abbruch der Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche die Kostenbeteiligung übernehmen müssten.

Das BAG vertritt in seinem Informationsschreiben vom 16. März 2018<sup>55</sup> eine weite Auslegung in dem Sinne, dass unter Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG auch die Leistungen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), Unfällen (Art. 28 KVG) und mit dem straflosen Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG) zu subsumieren sind, zumal diese Leistungen allesamt den Verweis auf den in den Artikeln 25 und 25a KVG definierten Umfang bei Leistungen bei Krankheit enthalten. Die Leistungen bei Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), bei Unfällen (Art. 28 KVG) sowie beim straflosen Abbruch der Schwangerschaft sehen die Kostenübernahme für dieselben Leistungen wie bei Krankheit, aber unter anderen Voraussetzungen als bei Krankheit vor. Die Leistungen entsprechen somit den in den Artikeln 25 und 25a

<sup>54</sup> Vgl. BBI 2013 2459, hier 2464

<sup>55</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG > Versicherungen > Krankenversicherung > Versicherer und Aufsicht > Kreis- und Informationsschreiben > Informationsschreiben Schweiz

KVG definierten Leistungen, lediglich die Ursache der Untersuchung und Behandlung ist eine andere.

Es erscheint aus rechtlicher Sicht zudem schwierig, zwischen den Schwangerschaftsabbrüchen nach der 23. Schwangerschaftswoche und denjenigen zwischen der 13. und der 22. Schwangerschaftswoche zu unterscheiden: Diejenigen Schwangerschaftsabbrüche, Tot- oder Fehlgeburten, die nach der 23. Schwangerschaftswoche erfolgen, gelten im Sinne des Gesetzes nämlich als Entbindung (vgl. Art. 105 Abs. 2 der KVV) und sind nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe a KVG von der Kostenbeteiligung befreit. Zudem übernimmt bei straflosem Schwangerschaftsabbruch nach Artikel 119 des Schweizerischen Strafgesetzbuches vom 21. Dezember 1937 (StGB)<sup>56</sup> die OKP die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Die Krankenversicherer sind dabei nicht befugt, die Rechtmässigkeit eines straflosen Schwangerschaftsabbruches in Frage zu stellen. Mit Blick auf die unterschiedliche Beurteilung der Rechtslage in der Praxis und die fehlende Rechtssicherheit ist eine Präzisierung der Gesetzesbestimmung unumgänglich. Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG soll ergänzt werden mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfällen und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft. Auch diese Leistungen sollen, neben den Leistungen nach den Artikeln 25 und 25a KVG, ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft, von der Kostenbeteiligung befreit werden, wie der Bundesrat u.a. in seiner Stellungnahme zur Interpellation 18.4167 Maury Pasquier «Schwangerschaftsabbruch ab der 13. Schwangerschaftswoche. Gleichbehandlung der Patientinnen» in Aussicht gestellt hat.

## **Verworfenne Massnahmen**

### *Einführung Beschwerderecht (M 33)*

Die Zulassungsinhaberinnen können gestützt auf Artikel 48 in Verbindung mit Artikel 50 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG)<sup>57</sup> gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf Beurteilungen der Arzneimittel der Spezialitätenliste beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben.

Die Bedeutung für die Kostendämpfung der im Expertenbericht geforderten Einführung eines Beschwerderechts (M33) für Krankenversicherer und ihre Verbände ist fraglich. Zwar hält die Expertengruppe fest, dass Einsparungen im zweistelligen Millionenbereich möglich wären. Der Bundesrat bezweifelt jedoch, dass ein Beschwerderecht zu tieferen Kosten führen würde. Dem möglichen Nutzen steht ein hoher Ressourcenbedarf insbesondere auf Seiten des BAG gegenüber: Den Versicherern müssen die Grundlagen des Entscheides zugänglich gemacht werden, damit sie überhaupt eine Beschwerde erheben können. In der Folge muss das BAG seine Entscheide in den Beschwerdeverfahren vor Gericht vertreten. Daneben entsteht auch ein höherer Ressourcenbedarf bei den Gerichten. Zudem kann die Einführung eines Beschwerderechts zu höherer Rechtsunsicherheit sowie Verzögerungen bei den Aufnahmeprozessen bei Arzneimitteln führen und dadurch die Versorgungssicherheit gefährden. Der Bundesrat sieht deshalb von der Unterbreitung eines Vorschlags für die Einführung eines Beschwerderechtes ab.

<sup>56</sup> SR 311.0

<sup>57</sup> SR 172.021

Die im Expertenbericht erwähnte Variante 2 (Entzug des Beschwerderechts für Zulassungsinhaberinnen) ist aus rechtsstaatlicher Sicht problematisch, da der Verfügungsadressatin (Zulassungsinhaberin) die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung der behördlichen Beurteilung zustehen muss. Aus diesen Gründen wurde auch diese Variante nicht in die Gesetzesvorlage aufgenommen.

#### *Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich (M37)*

Das System der Zielvorgabe erhöht die Transparenz über die Kostenentwicklung, gibt den Kantonen starke Steuerungsinstrumente und erhöht den Anreiz für die Tarifpartner, sich selbständig auf kostendämpfende Massnahmen zu einigen. Die Möglichkeit für die Kantone, eine Budgetvorgabe im ambulanten Bereich (analog Art. 51 KVG für den stationären Bereich) vorzusehen, erübrigt sich damit.

Der Bundesrat sieht deshalb von der Unterbreitung eines Vorschlags für die Umsetzung der Massnahme ab.

### **6.2.2 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen**

#### **Zielvorgabe**

Bei der Dämpfung der Kostenentwicklung in der OKP geht es um grosse Kostenvolumen. Auch ein in relativen Werten kleiner Spareffekt einer bestimmten Massnahme wirkt sich somit in absoluten Zahlen wesentlich aus und würde, falls dafür notwendig, einen gewissen Vollzugsaufwand rechtfertigen. Dieser soll aber bei der vorgeschlagenen Ausgestaltung der Zielvorgabe beschränkt bleiben.

Auf Seiten von Bund und Kantonen sind für die Festlegung der Ziele, ihre Überprüfung und die Anordnung von allenfalls notwendigen Korrekturmassnahmen gewisse Ressourcen erforderlich. Es wird aber angestrebt, dass die Tarifpartner, um Korrekturmassnahmen der zuständigen Behörden zu vermeiden, in eigener Regie kostendämpfende Massnahmen vereinbaren, was den Aufwand für Bund und Kantone reduzieren würde. Neu zu konstituieren sind eine ausserparlamentarische Kommission, die Empfehlungen für den Bundesrat ausarbeitet, sowie eventuell unterstützende Gremien für die einzelnen Kantone. Für die Akteure des Gesundheitswesens, die in der beratenden Kommission und in allfälligen kantonalen Gremien Einsitz nehmen, entsteht ein gewisser Zusatzaufwand, einerseits für die Mitarbeit in den Gremien und andererseits bei der Umsetzung der gegebenenfalls notwendigen Tarifierpassungen, welche aber vermieden werden können, wenn das Kostenziel eingehalten wird.

Um die Auswirkungen der Vorlage zur Einführung einer Zielvorgabe vertieft zu prüfen und eine vertiefte Kosten-Nutzen-Analyse vorzunehmen, wird in Zusammenarbeit mit dem SECO eine Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) durchgeführt. Sie wird für verschiedene Szenarien genauer aufzeigen, welche Auswirkungen eine solche Regelung auf die Entwicklung der Gesundheitskosten, auf die wettbewerblichen Rahmenbedingungen und auf die Akteure im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte, Krankenversicherer, Bund, Kantone und Gemeinden) sowie auf die Volkswirtschaft haben kann. Vorgesehen ist, dass die RFA dem Bundesrat zusammen mit den Ergebnissen der Vernehmlassung unterbreitet wird.

## **Erstberatungsstelle**

Die Leistungserbringer, die Erstberatungsstelle sein können und wollen, melden sich beim Kanton. Der Kanton prüft, ob sie zugelassen sind und über die erforderliche Weiterbildung verfügen. Die Leistungserbringer, welche die Voraussetzungen erfüllen, nimmt er in seine Liste auf. Die versicherte Person stellt ihrem Versicherer eine Bestätigung ihrer Erstberatungsstelle zu, in der festgehalten ist, dass sie bereit ist, diese Rolle zu übernehmen. Fehlt diese Bestätigung, bezeichnet der Versicherer eine Erstberatungsstelle.

Der Versicherer vergütet der Erstberatungsstelle eine Pauschale. Da offen ist, welche Leistungen mit ihr als beglichen gelten, kann ihre Höhe nicht geschätzt werden. Zu berücksichtigen ist, dass Versicherer bereits heute telemedizinische Zentren für ihre Leistungen als erste Anlaufstelle bezahlen.

Aufgrund des Abschlusses von Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers durch mehr als zwei Drittel der Versicherten verfügen viele Versicherte, die meisten Versicherer und viele Leistungserbringer bereits über Erfahrungen mit Prozessen, die denjenigen einer Regelung mit Erstberatungsstelle ähnlich sind. Die Versicherer können bei diesen Versicherungen ihre Versicherungsbedingungen den neuen Vorgaben anpassen.

Mit der Erstberatungsstelle kann effizient bestimmt werden, ob eine Behandlung notwendig ist. Dies führt zu tieferen Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

## **Koordinierte Versorgung stärken**

### *Netzwerke zur koordinierten Versorgung*

Dem Bund entstehen durch die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung keine neuen Vollzugsaufgaben. Der Aufbau eines «Netzwerks zur koordinierten Versorgung» ist Aufgabe der Leistungserbringer – allenfalls mit organisatorischer Unterstützung durch Kantone, Gemeinden oder Versicherer. Die Festlegung der für die Vergütung der Leistungen gültigen Pauschalen erfolgt durch die Tarifpartner.

### *Programme der Patientenversorgung*

Die Massnahme ermöglicht eine optimierte Aufgabenverteilung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern. Bundesrat bzw. EDI bezeichnen die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i VE-KVG erbracht werden dürfen, und regeln die Voraussetzungen für die Durchführung der Programme. Die Programme bedürfen zudem der Genehmigung des EDI. Weitere Vollzugsaufgaben fallen beim Bund nicht an. Die Ausgestaltung der Programme ist Aufgabe der Leistungserbringer und wurde bereits bisher wahrgenommen, wobei die neue Gesetzesbestimmung die effiziente Ausgestaltung der Programme erleichtert. Die tarifliche Ausgestaltung der Abgeltung von Programmen ist Sache der Tarifpartner im Rahmen der bisherigen Regelungen zur Tarifgestaltung, einschliesslich Genehmigung der Tarifverträge durch Bund oder Kantone. Sinnvoll dürfte in den allermeisten Fällen die Vereinbarung von Pauschalen sein. Insgesamt erleichtert die neue Regelung die Ausgestaltung und Umsetzung von Programmen und führt zu keinen neuen Vollzugsaufgaben.

## **Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug**

*Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG und für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

Mit der Schaffung der Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien sowie für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung entstehen dem Bund keine neuen Vollzugsaufgaben. Der Aufwand für den Bund wie für die Antragstellenden wird optimiert.

### *Preismodelle und Rückerstattungen*

Durch die Präzisierung der rechtlichen Grundlagen bezüglich der Abwicklung von Preismodellen entstehen neue Aufgaben für die gemeinsame Einrichtung KVG. Zudem hat die Umsetzung von Preismodellen im Rahmen von Rückerstattungen bereits heute zu erhöhten personellen Aufwendungen geführt. Es ist davon auszugehen, dass mit der Präzisierung der rechtlichen Grundlagen noch weiterer Bedarf an personellen Ressourcen entstehen wird (vgl. Ziff. 6.5.1). Dieser Bedarf ist aber mit der Zielsetzung der Kostendämpfung in der Krankenversicherung verbunden und somit verhältnismässig.

### *Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen*

Ein Teil der Aufwendungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Gesuchen nach dem Öffentlichkeitsgesetz zu Arzneimitteln fallen weg. Diese Ressourcen werden für die Arbeiten im Zusammenhang mit der Schaffung von vermehrter Transparenz alloziert.

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

Weil die Kantone bereits heute Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen festlegen, entstehen für die Akteure im Gesundheitswesen durch die Gesetzesänderung keine neuen Aufgaben. Die gesetzliche Regelung präzisiert lediglich, dass der Referenztarif sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons orientiert.

### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

Mit dieser Massnahme entstehen grundsätzlich keine neuen Aufgaben für die Leistungserbringer und die Versicherer. Es können aber gewisse Kosten für die Einführung der elektronischen Rechnungsübermittlung entstehen. Bereits heute dürfte aber die Mehrheit der Rechnungen elektronisch abgewickelt werden. Deshalb dürften bei den meisten Leistungserbringern und Versicherern die Einrichtungen für die elektronische Rechnungsstellung vorhanden sein.

Im stationären Bereich wird bereits jetzt fast zu 100 Prozent elektronisch abgerechnet. Das ist darauf zurückzuführen, dass mit Artikel 59a KVV, der auf die Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG anwendbar ist, die elektronische Rechnungsübermittlung gefördert wird. Im ambulanten Bereich, wo in der Mehrheit der Fälle die versicherte Person die Rechnung erhält (System des Tiers garant), ist davon auszugehen, dass rund die Hälfte der Rechnungen elektronisch übermittelt wird. Gesamthaft werden rund zwei Drittel der von den Leistungserbringern bei den

Versicherern eingereichten Rechnungen bereits heute elektronisch übermittelt. Die vorliegende Gesetzesrevision wird deshalb vor allem in diesem Bereich zu Verbesserungen führen.

Die flächendeckende Umsetzung der elektronischen Rechnungsübermittlung wird sich positiv auf die Höhe der Verwaltungskosten sowohl der Krankenversicherer als auch der Leistungserbringer auswirken.

Damit die Versichertenkarte in Zukunft auf Wunsch der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt sowie als Identifikationsmittel für die Kommunikation mit den Versicherern verwendet werden kann, sind seitens der Versicherer Investitionen in die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte notwendig. Die SASIS AG, die im Auftrag der Versicherer die Versichertenkarte produziert, verfügt bereits über einen Prototyp einer «virtuellen Versichertenkarte», der nach einer entsprechenden Registrierung der versicherten Person auch als elektronische Identität genutzt werden kann. Da für die Verwendung der Versichertenkarte im Ausland (europäische Krankenversicherungskarte) weiterhin ein Sichtausweis gefordert ist, sind keine Kosteneinsparungen zu erwarten.

### **Massnahmen in der Invalidenversicherung**

Mit den hier vorgesehenen Neuregelungen soll die Entwicklung der Kosten bei den medizinischen Massnahmen der IV eingedämmt und die Rechnungskontrolle verbessert werden. Es ist zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht möglich, die finanziellen Folgen zu quantifizieren.

### **Weitere Anpassungen**

*Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen*

Mit der neuen Regelung entstehen für den Bund keine neuen Vollzugsaufgaben.

## **6.2.3 Umsetzungsfragen**

### **Zielvorgabe**

Der Bundesrat ist zuständig für die Festlegung der Gesamtkostenziele für die einzelnen Kantone und die ganze Schweiz sowie für die Abgrenzung der Kostenblöcke und die Empfehlungen für die kostenblockspezifischen Kostenziele. Zudem ist der Bund zuständig für Korrekturmassnahmen in Kostenblöcken, die seiner Verantwortung unterstehen (vgl. Art. 54a Abs. 3 VE-KVG). Zur Realisierung seiner Aufgaben setzt er eine beratende Kommission ein. Die konkrete Umsetzung seiner Aufgaben, insbesondere die Zielfestlegung, kann vom Bundesrat auf Verordnungsebene weiter spezifiziert werden.

Beispielsweise kann spezifiziert werden, wie der Bundesrat für die Kantone differenzierte Kostenziele festlegt, insbesondere mit Blick auf deren demografische Entwicklung. Ausserdem ist die Mitgliederzahl der Eidgenössischen Kommission für Kostenziele auf Verordnungsebene festzulegen. Die Zahl der Mitglieder sollte nicht zu gross ausfallen, da schlanke Gremien effizienter arbeiten als solche mit einer grossen Mitgliederzahl. Es sollte sichergestellt werden, dass die wichtigsten Akteure angemessen vertreten sind. Die Wahrung der Interessen von Patientengruppen und Versicherten sollte durch die unabhängigen Vertreter erfolgen. Vorstellbar wäre zum Beispiel eine Mitgliederzahl von 11-13 Personen.

Weiter wird zu präzisieren sein, ob sich die Kostenziele und Korrekturmassnahmen auf die Leistungserbringer in einem bestimmten Kanton beziehen und alle Versicherten einschliessen sollen, die von diesen behandelt werden, unabhängig davon, in welchem Kanton sie wohnhaft sind (Prinzip Standortkanton der Leistungserbringer); oder ob sie sich auf die Versicherten mit Wohnsitz in einem Kanton beziehen sollen, unabhängig davon, in welchem Kanton sich diese von Leistungserbringern behandeln lassen (Prinzip Wohnkanton der Versicherten). Das Prinzip Standortkanton der Leistungserbringer hat zwar den Vorteil einer in der Praxis potentiell einfacheren Umsetzung von Korrekturmassnahmen. Allerdings werden die Kosten in einem Kanton so auch mitbeeinflusst von den Entscheiden anderer Kantone, nämlich in denjenigen Fällen, in denen sich Versicherte bei einem Leistungserbringer mit Standort in einem anderen Kanton behandeln lassen.

Das Prinzip Wohnkanton der Versicherten steht deshalb im Vordergrund. Dieses bietet eine Kongruenz zwischen den Entscheiden der Kantone und den in diesem Kanton anfallenden Kosten und damit auch den Prämien, die von der Kantonsbevölkerung zu bezahlen sind. Die Finanzierung über Prämien und Steuern folgt bereits dem Wohnortprinzip, weshalb es naheliegend ist, dass sich auch die Zielvorgaben daran orientieren. Die Kosten und Prämien werden so nicht durch die Entscheide anderer Kantone mitbeeinflusst, wenn sich die Versicherten ausserkantonale behandeln lassen. Der Gedanke der Kantonsbevölkerung als Risikogemeinschaft wird konsequent fortgeführt, und die fiskalische Äquivalenz ist gewährleistet: Dasjenige Kollektiv, das Entscheidungen trifft, ist auch für die Finanzierung der Folgen dieser Entscheidungen durch die Prämien zuständig. Umgekehrt hat es der Kanton in der Hand und wird von seiner Bevölkerung auch daran gemessen werden, die Entwicklung der Kosten und damit auch der Prämien zu steuern. Die gegenüber dem Prinzip Standortkanton möglicherweise aufwändigere administrative Umsetzung von Korrekturmassnahmen könnte durch einen gesonderten Umgang mit ausserkantonalen Leistungen vereinfacht werden.

Für die Festlegung der kantonalen Kostenziele (innerhalb der bundesrechtlichen Toleranzmarge) und die allfällige Festlegung von Korrekturmassnahmen sind die Kantone zuständig. Es ist auf Verordnungsstufe festzulegen, innerhalb welcher Frist die Kantone dem BAG die Kostenziele sowie die allenfalls ergriffenen Korrekturmassnahmen mitzuteilen haben.

Für ihre Umsetzungsaufgaben geniessen die Kantone innerhalb der Bestimmungen des Gesetzes einen breiten Handlungsspielraum. Es wird ihnen genügend Zeit eingeräumt für die Vorbereitung des Vollzugs. Insbesondere wird gewährleistet, dass den Kantonen die statistischen Grundlagen für ihre Zuständigkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Übergangsbestimmungen). Auch den Tarifpartnern wird damit genügend Zeit eingeräumt, sich auf die Einführung der Zielvorgabe vorzubereiten.

### **Erstberatungsstelle**

Die Erstberatungsstelle prüft, ob die versicherte Person eine Untersuchung oder Behandlung benötigt. Wenn ja, behandelt sie die versicherte Person oder überweist sie an einen geeigneten Leistungserbringer. Sie kann dies in Anwesenheit der versicherten Person tun oder indem sie Informationen (Telefon, Fotos, Text bei Arzneimittelverordnung, etc.) mit ihr austauscht.

Der Bundesrat wird ermächtigt, nachfolgende Fragen auf Verordnungsstufe zu regeln:

- die Voraussetzungen, unter denen eine versicherte Person ihre Erstberatungsstelle wechseln kann,
- die Überweisung und die Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung,
- welche Aufwände mit der Pauschale als beglichen gelten.

Dazu kann er auf die Erfahrungen der Versicherer mit ihren Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abstellen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn er die Überweisung, die Ausnahmen davon und den Wechsel der Erstberatungsstelle regelt.

Die Versicherer können vermutlich einige ihrer Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers den neuen Vorgaben anpassen und ihre bisherigen Versicherungsbedingungen teilweise übernehmen. Sie informieren die Versicherten über die Einführung einer Erstberatungsstelle, das Verfahren zu deren Bezeichnung und die Anpassung der bisherigen besonderen Versicherungsformen.

## **Koordinierte Versorgung stärken**

### *Netzwerke zur koordinierten Versorgung*

Um eine gewisse Flexibilität zu gewährleisten, definiert das Gesetz die Netzwerke zur koordinierten Versorgung nicht im Detail. Es ist Sache des Bundesrates, diese auf Verordnungsebene klarer zu definieren. Der Bundesrat wird jedoch ermächtigt, Anforderungen an die Leistungserbringung durch das Netzwerk zur koordinierten Versorgung sowie an die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette festzulegen. Dabei wird er insbesondere Minimalstandards festlegen für:

- die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals;
- die Verträge mit den ans Koordinationszentrum angeschlossenen Leistungserbringern (primärer Kreis) sowie die Kooperationsverträge mit den weiteren Leistungserbringern (Kooperationskreis);
- die zu verwendenden elektronischen Krankengeschichten.

### *Programme der Patientenversorgung*

Der Bundesrat bezeichnet die Leistungen der Programme und die grundlegenden Anforderungen auf Stufe der KVV. Er wird sich dabei an den seitens der eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) operationalisierten Kriterien zur Bewertung von Anträgen zur Franchisenbefreiung von kantonal oder national organisierten Präventionsprogrammen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG orientieren.<sup>58</sup>

Der Bundesrat wird die Programme auf Stufe KVV auf folgende Bereiche beschränken und die entsprechenden Leistungen bezeichnen:

- Strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit

<sup>58</sup> Dokument «Operationalisierung, kantonal und national organisierte Präventionsprogramme, Version 2.0 vom 9. Mai 2019», abrufbar unter: <https://bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Antragsprozesse > Antragsprozesse Allgemeine Leistungen (Stand: 26.2.2020).

chronischen Krankheiten (Disease Management): Disease Management besteht aus einem System koordinierter Gesundheitsmassnahmen für eine Patient\*innenpopulation mit definierten Krankheitsbildern. Die Prozesse zur Betreuung von Patient\*innen und Patienten werden über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert und auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter aktueller Erkenntnisse (medizinische Evidenz) optimiert. Vorrangiges Ziel der strukturierten Behandlungsprogramme ist die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Versich\*erter. Insbesondere sollen auch durch die chronische Krankheit bedingte Folgeschäden und Komplikationen bei den betroffenen Versich\*erten vermieden werden.

- Programme zur medizinischen Prävention nach Artikel 26 KVG: Die OKP übernimmt nach Artikel 26 KVG Leistungen der medizinischen Prävention und Früherkennung zugunsten von Versich\*erten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Formulierung bewusst die Einschränkung der Vergütung von Präventionsleistungen auf ein notwendiges Minimum. Die einzelnen Leistungen werden in den Artikeln 12a bis 12e KLV abschliessend bezeichnet. Grundsätzlich können Präventionsleistungen individuell durchgeführt werden oder sie sind Bestandteil eines Präventionsprogramms. Die OKP vergütet jeweils nur die Präventionsleistungen. Die organisatorischen/administrativen Aufgaben eines Präventionsprogramms sind über andere Wege zu finanzieren, meist über die öffentliche Hand.
- Programme zur medizinischen Rehabilitation nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe d KVG: Medizinische Rehabilitation zeichnet sich dadurch aus, dass die Behandlung der Krankheit an sich abgeschlossen ist und dass Therapieformen zur Nachbehandlung von Krankheiten zur Anwendung gelangen. Sie bezweckt, die durch Krankheit oder deren Behandlung hervorgerufene Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit mit Hilfe medizinischer Massnahmen wiederherzustellen oder zu verbessern. Medizinische Rehabilitation existiert in verschiedensten Fachbereichen (kardiologische, pulmologische, orthopädische, neurologische Rehabilitation usw.). Ein weiterer Anwendungsbereich umfasst die medizinische Rehabilitation chronisch Kranker und die geriatrische Rehabilitation, bei welcher die Erhaltung und allenfalls Verbesserung des noch verbliebenen Funktionsvermögens im Vordergrund steht.

Die Programme bedürfen einer Genehmigung durch das EDI (Art. 33 Abs. 3<sup>bis</sup> VE-KVG). Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die Programme die WZW-Kriterien erfüllen. Die Leistungspflicht für neue Programme stützt sich auf ein Antragsverfahren. Die ELGK bewertet die Erfüllung der WZW-Kriterien und gibt dem EDI eine Empfehlung hinsichtlich Leistungspflicht und Regulation ab. Das EDI fällt den Entscheid hinsichtlich Leistungspflicht, welcher im Anhang 1 der KLV veröffentlicht wird.

Die Leistungen der medizinischen Prävention werden abschliessend im Rahmen einer Positivliste geregelt (Art. 33 Abs. 2 KVG). Auch hier hängt die Leistungspflicht für

neue Präventionsprogramme in jedem Fall von einem Antragsverfahren mit Bewertung und Empfehlung durch die ELGK sowie dem Beschluss des EDI ab.

Der Bundesrat bzw. das EDI wird im Rahmen der Bezeichnung der Leistungen auf Stufe KLV bestimmen, welche nicht-ärztlichen Leistungserbringer welche Programm-Leistungen erbringen können. Solche Leistungen können nur von nicht-ärztlichen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstaben b (Apotheker und Apothekerinnen), d (Hebammen) und e (Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, und Organisationen, die solche Personen beschäftigen) erbracht werden. Die Anforderungen an die Zulassung dieser Leistungserbringer nach den Artikeln 37 und 38 KVG gelten gleichermaßen.

### **Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug**

*Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG und für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

*Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG*

Basierend auf dem neuen Absatz 3 in Artikel 32 VE-KVG legt der Bundesrat auf Stufe KVV fest, welche Leistungen gemäss den WZW-Kriterien in welcher Art und Weise evaluiert werden sollen. Dies je nach Zeitpunkt im Lebenszyklus einer Leistung in unterschiedlicher Tiefe und Methodik im Sinne eines effizienten Einsatzes von Ressourcen in denjenigen Bereichen, wo durch die Evaluation ein Nutzen hinsichtlich Verbesserung der Versorgung und Dämpfung der Kosten erwartet werden kann. Tiefe und Aufwand einer WZW-Überprüfung sind höher, wenn neue Daten zu einer medizinischen Leistung, zu Therapiealternativen oder neue Leitlinien vorliegen oder wenn für eine umstrittene medizinische Leistung ein HTA-Bericht erstellt wird. Die Vorgaben auf Stufe KVV sollen anhand der medizinischen Entwicklung sowie der Entwicklungen der internationalen wissenschaftlichen Evaluationsmethoden angepasst werden. Auf Stufe des EDI können dann weitergehende Ausführungsbestimmungen hinsichtlich der Verfahren in der KLV festgelegt werden.

Nach der Schaffung der rechtlichen Grundlagen in Artikel 32 Absatz 3 VE-KVG wird auf Verordnungsstufe ebenfalls die Prüfung der Massnahme 30 des Expertenberichts «Jährliche Überprüfung der Preise und Sicherstellung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit der vergüteten Arzneimittel (M 30)» aufgenommen werden. Der Bundesrat wird in diesem Rahmen ebenfalls die Umsetzung der Interpellation Eberle 16.3428 «Überprüfung der Medikamentenpreise. Wird die gegenläufige Kostenentwicklung berücksichtigt?» prüfen.

*Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

Der Bundesrat wird auf Verordnungsstufe verbindlich Grundsätze für eine Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung aufstellen und dabei den Entwicklungen in der Medizin und im Markt bei Bedarf Rechnung tragen.

In Bezug auf die Ermittlung der Höchstvergütungsbeträge in der Mittel- und Gegenständelliste soll jeweils der Median der Produktpreise innerhalb einer Produktgruppe in der Schweiz und im Ausland (unter Berücksichtigung der höheren Kosten in der Schweiz für Personal und Logistik) ermittelt und gemäss aktueller Praxis jeweils der

günstigere Ansatz für die Festsetzung gewählt werden. Eine vergleichbare Regelung wird auch für den Bereich der Analysen geprüft.

Auch zur Festlegung der von der OKP vergüteten Arzneimittelpreise sollen nicht mehr immer die Ergebnisse der beiden Preisbildungskriterien Auslandpreisvergleich und therapeutischer Quervergleich hälftig gewichtet werden. So ist denkbar, dass in gewissen Fällen nur noch die Berücksichtigung des Auslandpreisvergleiches oder des therapeutischen Quervergleiches sowie andere Preisbildungskriterien, die der Kostengünstigkeit Rechnung tragen, zur Anwendung gelangen. Der Bundesrat wird auf Verordnungsstufe ebenfalls festlegen, in welchen Fällen er es nicht als sinnvoll und angemessen betrachtet, sich auf die Berechnungsmethode mit dem möglichst kostengünstigsten Ergebnis abzustützen.

### *Preismodelle und Rückerstattungen*

Die Mehrheit der Preismodelle in der Schweiz wird bisher transparent umgesetzt. Das heisst, in der Limitierung des betreffenden Arzneimittels ist ausgewiesen, wie hoch der einzufordernde Rückerstattungsbetrag ist. In der Limitierung ist entweder der genaue Betrag der Rückerstattung für jede Packungsgrösse ausgewiesen oder es wird ein Prozentsatz des FAP in der Spezialitätenliste ausgewiesen. Die Höhe der Rückerstattung ist in diesen Fällen öffentlich bekannt. Die ZulassungsinhaberIn vergütet nach Aufforderung durch denjenigen Krankenversicherer, bei dem die versicherte Person zum Zeitpunkt des Bezuges versichert war, den entsprechenden Betrag. Nicht alle Preismodelle können jedoch transparent umgesetzt werden. Fallen die Rückerstattungen zu hoch aus, sind die ZulassungsinhaberInnen zu einer öffentlichen Publikation derselben nicht bereit (siehe Ziffer 6.2.1 Preismodelle und Rückerstattungen und Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen). Die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass höhere Rückerstattungen festgelegt werden können, wenn diese nicht öffentlich bekannt sind. Im Ausland unterstehen die effektiv vergüteten Preise resp. die umgesetzten Preismodelle grosser Geheimhaltung. Das heisst, es werden ausschliesslich nicht effektiv vergütete Preise von Arzneimitteln publiziert bzw. die tatsächliche Preisfestsetzung ist nicht öffentlich zugänglich. Wenn die Preise auch in der Schweiz im Rahmen von vertraulichen Preismodellen umgesetzt werden, kann das BAG günstigere Preise festlegen.

Die heute in Preismodellen festgelegten Rückerstattungen an die Versicherer oder die gemeinsame Einrichtung KVG umfassen direkte preisbezogene Rückerstattungen (Anteil des FAP muss von der ZulassungsinhaberIn rückerstattet werden), kostenbezogene Rückerstattungen (ein Teil der anfallenden Kosten muss an den Krankenversicherer rückvergütet werden) oder volumenbezogene Rückerstattungen (ein Teil eines Volumens oder das gesamte Volumen, das über eine festgelegte jährlichen Volumengrenze hinaus geht, müssen in die gemeinsame Einrichtung KVG rückerstattet werden). Die Kriterien zur Festlegung der Rückerstattungshöhe bzw. der Volumengrenze leiten sich aus den für die Preisfestlegung auf Verordnungsstufe festgelegten Kriterien zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ab. Bei ungenügender Wirksamkeit können Capping-Modelle (Vergütung bis zum Zeitpunkt der in Studien aufgezeigten Wirksamkeit) oder Pay-For-Performance-Modelle (Rückerstattung bei Therapieabbruch bzw. Vergütung nur bei Therapieerfolg) eingesetzt werden. Bei fehlendem Angebot zweckmässiger Packungen und Dosierungen können

die Zulassungsinhaberinnen dazu verpflichtet werden, Rückerstattungen für den entstehenden Verwurf oder die Mehrkosten für den Einsatz von mehreren kleineren Packungen resp. Dosisstärken zu leisten. Zur Erfüllung der Wirtschaftlichkeit kann eine Rückerstattung entsprechend dem aus dem therapeutischen Quervergleich mit anderen Arzneimitteln aufgezeigten Nutzen verlangt werden.

Neu sollen zudem sämtliche von den Zulassungsinhaberinnen an die gemeinsame Einrichtung KVG einbezahlten Rückerstattungen an die Versicherer zurückfliessen. Die gemeinsame Einrichtung KVG verwaltet die Mittel des Fonds für Rückerstattungen. Es handelt sich bei diesem Fonds für Rückerstattungen um ein Zweckvermögen innerhalb der privatrechtlichen Stiftung gemeinsame Einrichtung KVG; die Trägerschaft des Fonds liegt somit bei den Versicherern. Aus der Verwaltung des Fonds werden auch Kosten resultieren. In der Verordnung wird daher zu regeln sein, wer diese Kosten übernimmt. Denkbar wäre eine Finanzierung aus den Mitteln des Fonds oder auch die Überwälzung der Kosten auf die Zulassungsinhaberinnen. Die gemeinsame Einrichtung KVG muss die Verwaltungskosten auf das für eine wirtschaftliche Geschäftsführung erforderliche Mass beschränken.

Der Bundesrat soll weiter auch die Einzelheiten für die Aufteilung der dem Fonds für Rückerstattungen einbezahlten Beträge unter den Versicherern regeln. Es sollen verschiedene Modalitäten möglich sein. So könnte der Gesamtbetrag nach dem Prämienvolumen der OKP unter den Versicherern verteilt werden. Bei Arzneimitteln, die sehr teuer sind, wie z.B. Arzneimittel zur Behandlung von seltenen Krankheiten, soll die gemeinsame Einrichtung KVG die Rückerstattungen auch direkt an denjenigen Versicherer weitergeben, der die Kosten aus der OKP übernommen hat.

*Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen*

Unterlagen mit Bezug auf die Rückerstattungen auf die Höchstpreise der Spezialitätenliste sollen vom Zugang zu amtlichen Dokumenten ausgenommen werden.

Um dem öffentlichen Interesse an den Beurteilungen und Entscheiden des BAG Rechnung zu tragen, sollen weitere Informationen öffentlich zugänglich gemacht werden als dies heute der Fall ist. Heute sind bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die Spezialitätenliste und bei Indikationserweiterungen oder Limitierungsänderungen gemäss Artikel 71 KVV folgende Unterlagen öffentlich zugänglich:

- Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des Arzneimittels
- Grundlagen des therapeutischen Quervergleichs und Innovationszuschlages
- Durchschnittlicher FAP der Referenzländer

Weiter gibt das BAG nach Artikel 71 KVV auch die Namen derjenigen Arzneimittel bekannt, die von einem gerichtlichen Beschwerdeverfahren betroffen sind.

*Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl*

Der für die Bestimmung des Referenztarifs zum Vergleich hinzugezogene Tarif eines Spitals auf der Spitalliste des Wohnkantons soll für eine vergleichbare Behandlung gelten, damit der Wettbewerb zwischen vergleichbaren Leistungserbringern und Leistungen spielt. Das Gesetz gibt dem Bundesrat die Kompetenz, auf dem Verordnungsweg die Einzelheiten zu regeln, was unter vergleichbaren Behandlungen zu verstehen

ist und welcher der verschiedenen Tarife für vergleichbare Leistungen in Frage kommen soll. Es kommen verschiedene Kriterien in Frage, wann eine Behandlung als vergleichbar betrachtet werden kann. Insbesondere die Art der Leistung und des Leistungsbereichs spielen eine Rolle, aber allenfalls auch die Art des Leistungserbringers, beispielsweise der «Spitaltyp». Zu regeln sein wird ausserdem, welcher der verschiedenen Tarife für vergleichbare Behandlungen für den Referenztarif in Frage kommen soll. Dies könnte etwa der höchste Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons sein oder auch ein auf eine bestimmte Weise ermittelter Durchschnittstarif. Bei der Festsetzung der Regelungen werden auch die Einfachheit, Transparenz und administrative Praktikabilität der Herleitung des Referenztarifs eine Rolle spielen müssen.

Eine angemessene Übergangsfrist soll zudem sicherstellen, dass den Kantonen für die erstmalige Festlegung der Referenztarife nach den neuen Regeln genügend Zeit eingeräumt wird.

#### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

Die Ausgestaltung der elektronischen Rechnungsstellung wird den Tarifpartnern, also den Krankenversicherern und den Leistungserbringern resp. deren Verbänden überlassen. Sie müssen sich auf einen schweizweit einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen einigen. Bis sich die Tarifpartner geeinigt haben und sie eine solche Vereinbarung abschliessen können, braucht es Zeit. Nach der Einigung muss den Leistungserbringern und den Krankenversicherern für das Treffen der notwendigen Vorkehrungen, damit die Rechnungsstellung elektronisch erfolgen kann, auch Zeit eingeräumt werden. Daher sieht das Gesetz bis zur elektronischen Rechnungsstellung ab Inkrafttreten eine Übergangsfrist von zwei Jahren vor.

Es besteht die Gefahr, dass sich die Tarifpartner innerhalb der gewährten Frist nicht auf einen schweizweit einheitlichen Standard einigen können. Für diesen Fall sieht das Gesetz vor, dass ihn der Bundesrat festlegen muss.

Auf Verordnungsstufe ist zudem das Verfahren zu regeln, wie die Rechnung in den Fällen elektronisch zum Krankenversicherer kommt, in denen die versicherte Person die Rechnung in Papierform verlangt.

Der Bundesrat wird die Verordnung vom 14. Februar 2007<sup>59</sup> über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenversicherung (VVK) mit den technischen und organisatorischen Vorgaben für die elektronische Form der Versichertenkarte und für deren Verwendung als Identifikationsmittel (Vorgaben an den Prozess zur Identitätsprüfung und Sicherheitsanforderungen an das Identifikationsmittel) sowie für die Kommunikation (z.B. Vorgaben für das Authentifizierungsverfahren) mit den Versicherern (Art. 42a Abs. 2<sup>bis</sup> Buchstabe b VE-KVG) ergänzen. Dabei wird er insbesondere darauf achten, dass die entsprechenden Vorgaben mit denjenigen des Bundesgesetzes über die elektronischen Identifizierungsdienste<sup>60</sup> übereinstimmen.

### **Massnahmen in der Invalidenversicherung**

Der Bundesrat kann auf Verordnungsstufe Ausführungsbestimmungen vorsehen. Diese werden in Analogie zur Krankenversicherung ausgestaltet. Da bei der IV die

<sup>59</sup> SR 832.105

<sup>60</sup> BBI 2019 6567, noch nicht in Kraft.

Rückvergütungen stets direkt in den Ausgleichsfond der IV fliessen, erübrigt sich die Schaffung eines neuen Fonds für Rückerstattungen.

## Weitere Anpassungen

*Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen*

Aufgrund der Präzisierung der Bestimmungen auf Gesetzesstufe stellen sich keine weiteren Konkretisierungsfragen. Es sind folglich keine Anpassungen auf Verordnungsstufe vorgesehen.

### 6.3 Rechtsvergleich, insbesondere mit dem europäischen Recht

#### Zielvorgabe

Die Expertengruppe Kostendämpfung analysierte internationale Erfahrungen zur Steuerung der Mengenentwicklung. Alle Nachbarländer der Schweiz sowie die Niederlande kennen in unterschiedlicher Form und Verbindlichkeit eine politisch definierte Zielgrösse für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. In mehreren Ländern sind bei Nichteinhaltung der Ziele auch mehr oder weniger verbindliche Korrekturmassnahmen vorgesehen. Der Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt, dass auch international ein Bewusstsein besteht, dass für das Gesundheitswesen nicht unbeschränkt Mittel vorhanden sind. Vielmehr hat zwischen den verschiedenen staatlichen Aufgabenbereichen stets ein Abwägen des Ressourceneinsatzes stattzufinden. Die Erfahrungen aus verschiedenen Ländern zeigen, dass auch wettbewerblich orientierte Systeme zwecks Kostenverantwortung und Kostendämpfung Ausgabenregeln vorsehen. Diese können die Tarifpartner animieren, sich auf eine Vergütung von Leistungen zu einigen, welche eine medizinisch nicht begründbare Mengenausweitung verhindert.

#### Erstberatungsstelle

Die Arbeiten zur Erstberatungsstelle stützen sich auf den erwähnten Expertenbericht zur Kostendämpfung (S. 76).<sup>61</sup> Ihm ist zu entnehmen:

In *Deutschland* wird das Gatekeeping-System als hausarztzentrierte Versorgung bezeichnet. Hausärzte, die dabei mitmachen wollen, müssen besonders qualifiziert sein. Das heisst, sie müssen an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie teilnehmen. Zudem müssen sie nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien arbeiten, die für die hausärztliche Versorgung entwickelt wurden.<sup>62</sup>

In *Frankreich* können die Patienten einen Grundversorger oder eine behandelnde Ärztin benennen, mit denen sie einen Vertrag abschliessen. Die «behandelnde Ärztin» stellt eine angemessene Grundversorgung sicher und führt die Versicherten im Gesundheitssystem. Die Patienten benötigen eine Überweisung, um von einer Fachärztin behandelt zu werden. Sie können diese jedoch frei wählen. Den Patienten, die keine «behandelnde Ärztin» bezeichnen, wird nur 30 statt 70 Prozent rückerstattet.

<sup>61</sup> Der Expertenbericht ist abrufbar unter: <https://bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Kostendämpfung > Dokumente (Stand: 26.2.2020).

<sup>62</sup> Vgl. Deutsche Ärztezeitung (2009): <https://aerztezeitung.de> > Politik > Berufspolitik > Hausarztzentrierte Versorgung (Stand: 26.2.2020).

In den *Niederlanden* können die Patientinnen und Patienten grundsätzlich unter allen Leistungserbringern frei wählen. Sie müssen aber im Rahmen eines Gatekeeping-Systems von ihrem Grundversorger an Spezialisten überwiesen werden.

## **Koordinierte Versorgung stärken**

### *Netzwerke zur koordinierten Versorgung*

In *Deutschland* wurde in den vergangenen drei Jahrzehnten die sektorale Organisation des deutschen Gesundheitswesens immer wieder als Ursache für hohe Kosten und Qualitätsprobleme identifiziert. Daraufhin hat der Gesetzgeber verschiedene Möglichkeiten geschaffen, um die Kooperation, Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung zu fördern. Insbesondere die eher zentral gesteuerten strukturierten Behandlungsprogramme und die eher dezentral entstehenden Netzwerke der besonderen Versorgung spielen in Deutschland eine wichtige Rolle.

Im Rahmen der Besonderen Versorgung können Leistungserbringer selektive Verträge mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden abschließen, um ihren Patientinnen und Patienten spezielle Behandlungsformen (z. B. bei Herz- und Kreislauferkrankungen, psychischen Krankheiten, Schwangerschaft und Geburt oder im Bereich der Onkologie) anbieten zu können. §140a SGB V bietet den Leistungserbringern verschiedene Möglichkeiten für die Vertragsgestaltung. So können sie auch Leistungen, die grundsätzlich nicht zum Katalog der gesetzlichen Krankenkasse gehören, in die Verträge mit aufnehmen und sich vergüten lassen.

In *Frankreich* wurde die unkoordinierte Versorgung verbunden mit einem hohen Unabhängigkeitsgrad und zahlreichen organisatorischen Möglichkeiten für Versorger sowie einer grossen Auswahl für Patientinnen und Patienten als wesentlicher Kostentreiber identifiziert. Spezifische Programme einer koordinierten Versorgung über die ganze Behandlungskette sind in Frankreich jedoch nicht verbreitet. Einzig die Einführung von multidisziplinären Gruppenpraxen erkennt Frankreich als Mittel, um den Umgang mit chronisch Kranken und die Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern. In diesen Versorgungseinheiten wird der Schwerpunkt weg von der kurativen Behandlung akuter Symptome hin zu präventiven Leistungen und zur Behandlungs-koordination gelenkt.

In *Österreich* wurde 2017 ein Primärversorgungsgesetz beschlossen. Ziel ist die Stärkung der Allgemeinmedizin und der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in sogenannten Primärversorgungseinheiten (PVE). In einer PVE versorgt ein sogenanntes Primärversorgungskernteam bestehend aus spezifischen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens die Patientinnen und Patienten. Je nach Bedarf kann dieses Kernteam um relevante Berufsgruppen bzw. Einrichtungen erweitert werden (z.B. Ergotherapie, Hebammen, Sozialarbeit etc.). Diese werden durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit in das Primärversorgungsteam eingebunden. Dieses erweiterte Kernteam nennt sich dann Primärversorgungsteam. Eine PVE ist ortsübergreifend oder an einem gemeinsamen Standort möglich. Bis Ende 2021 sollen insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten entstehen. 13 Einheiten sind inzwischen entstanden (Stand September 2019).<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Vgl. [www.primaerversorgung.org](http://www.primaerversorgung.org)

### *Programme der Patientenversorgung*

In *Deutschland* ist das Angebot von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen (Disease-Management-Programme, DMP) vorhanden. Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten (z. B. Diabetes, Asthma, Atemwegserkrankungen, Herzerkrankungen) können sich bei ihrer Krankenkasse in ein solches Behandlungsprogramm einschreiben lassen. Damit werden sie über Einrichtungsgrenzen hinweg auf dem aktuellen medizinischen Forschungsstand behandelt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA; Gremium aus Vertretern der Ärzte- und Zahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser) hat die Aufgabe, chronische Erkrankungen auszuwählen, die sich für ein DMP eignen, und die inhaltlichen Anforderungen an solche Programme genauer zu bestimmen. Dabei stützt er sich auf den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, der jeweils nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin aus den vorhandenen klinischen Behandlungsleitlinien ermittelt wird. In regelmäßigen Abständen aktualisiert und evaluiert der G-BA bestehende DMP nach dem aktuellen Stand der Leitlinien.

Träger der DMP sind die gesetzlichen Krankenkassen, die sie für ihre chronisch kranken Versicherten anbieten: Sie schließen regionale Verträge mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und/oder Krankenhäusern ab. Vorab prüft das Bundesversicherungsamt, ob die in der Richtlinie des G-BA festgelegten Anforderungen an ein DMP eingehalten werden – nur dann können sie vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden. Im Jahr 2017 waren 6,8 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben und 9 173 Programme vom Bundesversicherungsamt zugelassen (Stand: 31. Dezember 2017).

In *Österreich* begann die Entwicklung von Disease-Management im Jahr 2002. In diesem Jahr wurde die Steiermärkische Gebietskrankenkasse vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen eines Innovationsprojekts damit beauftragt, ein österreichweites Konzept für Disease-Management für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und dessen Implementierung zu erstellen. Die Konzeptionierung des Programms – „Therapie aktiv“ genannt – erfolgte daraufhin in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH im Jahr 2003. Das Disease-Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ steht derzeit in allen Bundesländern zur Verfügung.

In den *Niederlanden* wurde die Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern stufenweise ausgeweitet. Shared-Care-Modelle sind den Disease-Management-Programmen vorangegangen. In diesen Modellen arbeiteten bereits auf Diabetes mellitus spezialisiertes Krankenpflegepersonal, Allgemeinmediziner und Endokrinologen mit den Patienten zusammen. Das „Maastricht“-Disease-Management-Programm bezieht sich auf alle Einwohner der Region mit Diabetes.

In *Frankreich* werden die Behandlungskosten für eine chronische Krankheit von der Sozialversicherung getragen. Bis 2004 war die Rolle der Krankenversicherung weitgehend passiv. 2004 wurde durch die Sozialversicherungsreform der Prozess zur Behandlung von Patienten grundlegend überarbeitet, um ihn an die Anforderungen für die Behandlung chronisch Kranker anzupassen. 2008 wurde von der sozialen Kran-

kenversicherung das Disease-Management-Programm „Sophia“, zuerst in 10 Testregionen mit 136 000 Diabetespatienten und 6 000 behandelnden Allgemeinärzten, eingeführt. Spezifische Programme einer koordinierten Versorgung über die ganze Behandlungskette sind in Frankreich jedoch nicht verbreitet. Einzig die Einführung von multidisziplinären Gruppenpraxen erkennt Frankreich als Mittel, um den Umgang mit chronisch Kranken und die Effizienz im Gesundheitswesen zu verbessern. Der Schwerpunkt wird weg von der kurativen Behandlung akuter Symptome hin zu präventiven Leistungen und zur Behandlungskoordination gelenkt.

## **Weitere Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug**

*Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG und für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

*Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG*

Die Art und Weise der Prüfung bei der Erstaufnahme in eine soziale Krankenversicherung erfolgt in anderen Ländern unterschiedlich. Die Prozesse für die periodische Überprüfung der Leistungen sind nur in wenigen Ländern oder Regionen systematisch implementiert und abhängig von der Leistungsart. Am häufigsten erfolgen systematische Prüfprozesse bei den Arzneimitteln und Medizinprodukten.

Die Zusammenarbeit innerhalb der EU erfolgt in diesem Bereich auf zwei Ebenen:

- Das "HTA-Netzwerk" verbindet die nationalen Behörden oder andere Stellen der europäischen Mitgliedstaaten und dient dazu, strategische Leitlinien und politische Orientierung für die wissenschaftliche und technische Zusammenarbeit bereitzustellen.<sup>64</sup>
- Die Gemeinsame Aktion 3 des Netzwerks EUnetHTA beschäftigt sich mit dem wissenschaftlichen und technischen Aspekt der EU-weiten Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien. Daran beteiligt sind Organisationen aus EU-Ländern, EU-Beitrittsländern sowie EWR- und EFTA-Ländern (inkl. der Schweiz).

Hinsichtlich der Stärkung der EU-weiten Zusammenarbeit in HTA wurde von der EU-Kommission am 31. Januar 2018 ein Legislativvorschlag angenommen und dem Europäischen Parlament und dem Rat übermittelt. Dieser Legislativvorschlag sieht eine verbindliche Zusammenarbeit der EU-Staaten im Bereich der Bewertung von neuen Arzneimitteln und neuen Medizinprodukten vor. Diese umfasst aber nur die Erstellung von Bewertungsgrundlagen. Hinsichtlich Methoden zur Entscheidungsfindung betreffend Leistungspflicht sowie Preis- und Vergütungsmodellen sind die einzelnen Länder nach wie vor unabhängig. Der Prozess in den EU-Gremien ist noch im Gange.

*Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

Die Festlegung der Vergütung ausserhalb von Fallpauschalen-Systemen (DRG) erfolgt in den meisten Ländern in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern, oder es bestehen keine besonderen Regelungen.

<sup>64</sup> Vgl. Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, abrufbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:DE:PDF>

In Frankreich definiert bei den individuell durch die Patienten verwendeten Medizinprodukten die "liste des produits et prestations – LPP" die Leistungspflicht und den vergüteten Tarif. Hinsichtlich Höhe der Vergütung werden verschiedene Faktoren einbezogen sowie Verhandlungen mit den Lieferanten geführt. Ein explizites System mit Anwendung der Bemessungsmethode für eine möglichst kostengünstige Vergütung wird nicht genannt. In anderen Ländern wird keine vergleichbare nationale Liste mit Produkten und Tarifen geführt.

Verschiedene Referenzländer kennen Methoden zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Festlegung der Preise von Arzneimitteln. In Deutschland findet grundsätzlich eine Festbetragsgruppenbildung Anwendung, wonach der Festbetrag festlegt, bis zu welchem Betrag die gesetzlichen Krankenkassen ein Fertigarzneimittel einer sogenannten Festbetragsgruppe bezahlen. Zudem bewertet der G-BA innerhalb von drei Monaten nach Marktzulassung eines neuen Arzneimittels, ob ein gegebenenfalls behaupteter Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt wird.<sup>65</sup> Wird kein solcher Zusatznutzen festgestellt, wird auch für ein neues Arzneimittel lediglich der Festbetrag vergütet. Andernfalls wird in einem der Nutzenbewertung nachgelagerten Verfahren der zu vergütende Preis festgelegt. In Grossbritannien werden sogenannte Incremental cost-effectiveness ratio (ICER)<sup>66</sup> und Quality-adjusted life year (QALY)<sup>67</sup> angewendet. Dabei gilt ein Arzneimittel, das mehr als 30'000 Pfund pro QALY kostet, als nicht mehr kosteneffektiv.<sup>68</sup>

#### *Preismodelle und Rückerstattungen*

Preismodelle sind in Europa und den OECD-Mitgliedstaaten mittlerweile weit verbreitet und von grosser wirtschaftlicher Bedeutung für die Sozialversicherungssysteme. Neuere Studien zeigen zudem, dass in den nächsten Jahren der Einsatz von Preismodellen für innovative Therapien weltweit noch stärker zunehmen dürfte, dass Preismodelle breit eingesetzt sowie ein wichtiges Instrument zur Kostendämpfung darstellen werden.<sup>69</sup> Eine Umfrage in 11 Staaten (u.a. Australien, Österreich, Kanada, Deutschland, Niederlande, Norwegen, Neuseeland, Schottland, Schweden, Vereinigte Staaten von Amerika,) zeigt auf, dass Preismodelle von allen befragten Staaten umgesetzt werden, dass diese primär für hochpreisige Arzneimittel nötig sind und dass durchschnittlich Rabatte in der Höhe von 20-29% festgelegt werden, wobei sechs der befragten Länder auch angaben, dass bei einzelnen Arzneimitteln Rabatte von über

<sup>65</sup> Nutzenbewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de> > Themen > Arzneimittel > Arzneimittel-Richtlinie-Anlagen > Nutzenbewertung-35a/ (Stand: 26.2.2020).

<sup>66</sup> Incremental cost-effectiveness ratio (ICER), abrufbar unter: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) > Glossary > Buchstabe I (Stand: 26.2.2020).

<sup>67</sup> Quality-adjusted life year (QALY), abrufbar unter: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) > Glossary > Buchstabe Q (Stand: 26.2.2020).

<sup>68</sup> Vgl. [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) > Archiv > Deutsches Ärzteblatt > 12/2010 > Was ist ein Qaly? (Stand: 26.2.2020).

<sup>69</sup> Dunlop et al. Health Policy 2018;122:528-32

60% des Listenpreises festgelegt wurden.<sup>70</sup> Bereits 2012 wurde im Rahmen einer weiteren Studie (vgl. nachfolgende Abbildung)<sup>71</sup> festgestellt, dass in 25 von 31 untersuchten europäischen Ländern Preismodelle in Form von Rabatten und Rückerstattungen bei der Preisfestsetzung von Arzneimitteln eingesetzt werden.

In allen für den Auslandpreisvergleich berücksichtigten Referenzländern werden Preismodelle für die Preisfestsetzung angewendet. Abgesehen von Finnland und Schweden, in denen Preismodelle nur im stationären Bereich zum Tragen kommen, werden in den anderen Referenzländern die Preismodelle sowohl für die Preisfestsetzung im ambulanten als auch im stationären Bereich eingesetzt. Überwiegend kommen Preismodelle im Bereich der Onkologie, bei seltenen Krankheiten und anderen Spezialpharmazeutika im Hochpreissegment zur Anwendung.

Preismodelle werden im Ausland unterschiedlich ausgestaltet. Rabatte und Rückerstattungen werden in den meisten Ländern in individuellen, vertraulichen Verhandlungen zwischen der Zulassungsinhaberin, dem Kostenträger oder der Behörde vereinbart. Gesetzliche Grundlagen sehen in einigen Ländern eine Obergrenze für Rabatte oder Rückerstattungen vor. Seltener kommen Rahmenvereinbarungen und Ausschreibungen zur Anwendung. In Grossbritannien hat NICE (National Institute for Health and Care Excellence) die Kompetenz, sogenannte Patient Access Schemes (PAS) der Hersteller zu evaluieren. Diese PAS beinhalten Innovative-Pricing Agreements resp. Risk-Sharing Schemes.<sup>72</sup> In Frankreich werden sogenannte Price-Volume Agreements vereinbart.<sup>73</sup> In Deutschland werden neben Price-Volume Agreements, auch Utilisation-Cap Modelle sowie Cost-Capping Modelle vereinbart.<sup>74</sup> Italien kennt mehrere Instrumente darunter Rabatte, Price-Volume Agreements, Performance-based Modelle und weitere.<sup>75</sup>

Abbildung: Umsetzung von Preismodellen in Europa<sup>71</sup>

<sup>70</sup> Morgan et al. Health Policy 2017;4:354-62

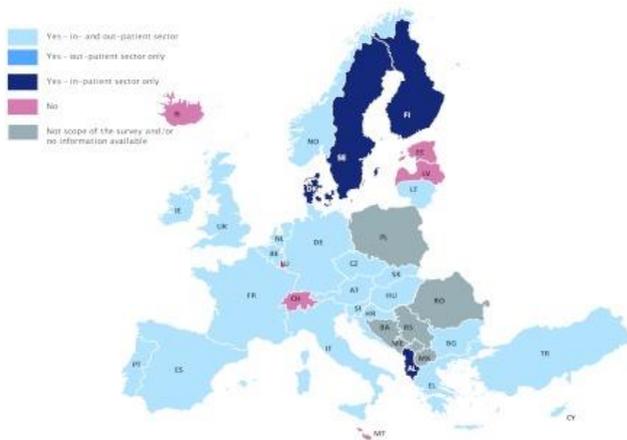
<sup>71</sup> Vogler et al. Southern Med Review 2012;5:38-46

<sup>72</sup> Gnädinger, Value-Bases Pricing im Bereich der Arzneimittelvergütung internationale Ansätze und Implikationen für das Schweizer Preisbildungssystem, 2017

<sup>73</sup> Stafinski et al, 2011

<sup>74</sup> Gnädinger, a.a.O.

<sup>75</sup> Navarra et al. 2015



**Country abbreviations:** AL = Albania, AT = Austria, BA = Bosnia and Herzegovina, BE = Belgium, BG = Bulgaria, CH = Switzerland, CY = Cyprus, CZ = Czech Republic, DK = Denmark, DE = Germany, EE = Estonia, EL = Greece, ES = Spain, FI = Finland, FR = France, HR = Croatia, HU = Hungary, IE = Ireland, IS = Iceland, IT = Italy, LT = Lithuania, LU = Luxemburg, LV = Latvia, ME = Montenegro, MK = Macedonia, MT = Malta, NL = Netherlands, NO = Norway, PL = Poland, PT = Portugal, RO = Romania, RS = Serbia, SE = Sweden, SI = Slovenia, SK = Slovakia, TR = Turkey, UK = United Kingdom

### *Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen*

Das Öffentlichkeitsprinzip wurde in der Europäischen Union 1997/1999 im Rahmen des Vertrages von Amsterdam in Artikel 255 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft EGV verankert. Mit dem Inkrafttreten des Lissaboner Vertrages 2009 wurde durch dessen Artikel 2 Absatz 1 der Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft in den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) umbenannt. Nach Artikel 15 Absatz 3 AEUV (ehemaliger Artikel 255 EGV) hat jeder Bürger bzw. jede Bürgerin der Union wie auch jede natürliche oder juristische Person mit Wohnsitz oder Niederlassung in einem Mitgliedstaat ein Recht auf Zugang zu Dokumenten des Europäischen Parlamentes, des Rates und der Kommission sowie zu Einrichtungen und sonstigen Stellen der Union. Auf der Basis des ehemaligen Artikel 255 EGV wurde am 31. Mai 2001 die Verordnung 1049/2001 (Transparenz-Verordnung) über den Zugang der Öffentlichkeit zu Dokumenten des Europäischen Parlaments, des Rates und der Kommission (ABl Nr. L 145 vom 31.05.2001, 43 – 48) erlassen.

Des Weiteren ist auf die Empfehlung (2002)2 des Ministerkomitees des Europarates vom 12. Februar 2002 hinzuweisen, welche u.a. als Grundsatz festhält, dass Ausnahmeregelungen vom Öffentlichkeitsprinzip möglich sind, sofern sie in einem Gesetz präzisiert sind und in einer demokratischen Gesellschaft und im Rahmen der Verhältnismäßigkeit dem Schutz klar umrissener Ziele dienen, nämlich: "i. der nationalen Sicherheit, der Verteidigung und internationalen Beziehung; ii. der öffentlichen Sicherheit; iii. der Bekämpfung, Untersuchung und Verfolgung krimineller Aktivitäten;

iv. dem Schutz der Privatsphäre und anderer berechtigter privater Interessen; v. kommerziellen und anderen wirtschaftlichen Interessen, seien sie privater oder öffentlicher Natur; vi. der Waffengleichheit der Parteien im Prozess; vii. der Natur; viii. der Überprüfung, Kontrolle und Aufsicht durch öffentliche Stellen; ix. der Wirtschafts-, Währungs- und Wechselkurspolitik des Staates; x. der Vertraulichkeit der Meinungsbildung innerhalb oder zwischen Behörden während der Vorbereitung einer Entscheidung" (vgl. Empfehlung IV.1).

So bestehen beispielsweise in Frankreich Ausnahmen vom Zugang zu amtlichen Dokumenten, die insbesondere dem Schutz der Geheimhaltung von Regierungsverhandlungen und –entscheiden und dem Schutz des Handels und der Industrie dienen. Auch in Belgien kann die Akteneinsicht verweigert werden, wenn das Interesse der Öffentlichkeit geringer wiegt als z.B. der Schutz von wirtschaftlichen oder finanziellen Interessen des Landes. Der Zugang der Öffentlichkeit zum Preisfestsetzungsverfahren wird deshalb auch in vielen anderen Ländern (z.B. den Niederlanden, Grossbritannien, Schweden,) insbesondere bei der Umsetzung von Preismodellen zugunsten der Wirtschaftlichkeit und der Versorgung eingeschränkt<sup>76</sup>.

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

Die Frage der Referenztarife bei ausserkantonalen stationären Wahlbehandlungen ergibt sich aus der föderalistischen Organisation des Schweizer Gesundheitswesens und stellt sich im Ausland nicht in der gleichen Weise. Entsprechend scheint ein direkter Rechtsvergleich nicht möglich.

### **Weitere Anpassungen**

#### *Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen*

In Deutschland geniessen Schwangerschaft und Mutterschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung einen besonderen Stellenwert. Zu den in der Regel kostenbeteiligungsfreien Leistungen gehören insbesondere die ärztliche Betreuung einschliesslich der Schwangerschaftsvorsorge, Leistungen im Zusammenhang mit der Entbindung, Versorgung mit Arzneimitteln, Leistungen von Hebammen sowie die häusliche Pflege und Haushaltspflege.<sup>77</sup>

In Österreich haben alle krankenversicherten Frauen Anspruch auf Sachleistungen während der Schwangerschaft sowie rund um die Entbindung. Diese Sachleistungen bei Mutterschaft umfassen<sup>78</sup>:

- ärztliche Betreuung und Hilfe durch eine Hebamme während der Schwangerschaft und nach der Entbindung;

<sup>76</sup> Pauwels et al. Managed Entry Agreements for Oncology Drugs: Lessons from the European Experience to Inform the Future. *Front Pharmacol* 2017;8:171)

<sup>77</sup> Ratgeber Krankenversicherung (2018), abrufbar unter: [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Unsere Publikationen > Gesundheit > Ratgeber Krankenversicherung, S. 99 (Stand: 19.6.2019).

<sup>78</sup> Leitfaden zur sozialen Sicherheit, Österreich; Europäische Kommission, abrufbar unter: <https://ec.europa.eu> > Beschäftigung, Soziales und Integration > Umziehen und arbeiten in Europa > Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der EU > Ihre Rechte in den einzelnen Ländern > Österreich (Stand: 19.6.2019).

- Hebammenberatung während Schwangerschaft
- Versorgung mit Arzneimitteln und Heilbehelfen;
- Betreuung in einem Krankenhaus oder in einer Geburtsklinik für eine Dauer von längstens zehn Tagen (oder länger, falls während der Schwangerschaft oder der Entbindung Komplikationen auftreten),

In Frankreich übernimmt die Mutterschaftsversicherung<sup>79</sup>:

- alle obligatorischen Untersuchungen während der Schwangerschaft, ohne Anwendung des Selbstbehalts und einer Pauschalbeteiligung von 1 € (lediglich die ersten beiden Ultraschalluntersuchungen werden nur bis zu 70 % übernommen);
- alle erstattungsfähigen medizinischen Kosten ab dem ersten Tag des sechsten Schwangerschaftsmonats bis zum zwölften Tag nach der Entbindung, ohne Anwendung des Selbstbehalts.

Ab dem 6. Monat sind die Frauen ebenfalls von der Pauschalbeteiligung in Höhe von 1 € und der Selbstbeteiligung für Arzneimittel, paramedizinische Behandlungen und Transporte befreit.

## 6.4 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

### *Ersatz von Ausdrücken*

Im ganzen KVG soll die heute übliche namentliche Nennung des EDI (statt «Département») und des BAG (statt «Amt») umgesetzt werden.

### *Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup>*

Die rechtliche Grundlage für die gemeinsame Einrichtung KVG ist in Artikel 18 enthalten. Diese Bestimmung enthält namentlich die Aufgaben, die der gemeinsamen Einrichtung KVG zukommen. In Absatz 2<sup>septies</sup> soll nach der schon bestehenden Aufgabe, die Führung des Lebendspende-Nachsorgefonds nach Artikel 15b des Transplantationsgesetzes vom 8. Oktober 2004 (Bst. a) auch die der gemeinsamen Einrichtung neu übertragene Aufgabe, die Führung des Fonds für Rückerstattungen nach Artikel 52b in Buchstabe b aufgeführt werden. In den Fonds sollen einerseits Rückerstattungen im Zusammenhang mit Preismodellen einbezahlt werden. So sollen bei volumenbezogenen Rückerstattungen die Gelder in diesen Fonds bezahlt werden. Daneben sollen auch die Rückerstattungen von Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste nach Artikel 67a KVV resultieren, in den Fonds fließen. Es handelt sich dabei z.B. um Rückerstattungen von Mehreinnahmen, die während eines Beschwerdeverfahrens erzielt wurden. Die heute geltende Regelung von Artikel 48 Buchstabe c KVAG wird in Artikel 18 Absatz 2<sup>septies</sup> VE-KVG überführt. Die gemeinsame Einrichtung KVG soll die Mittel der Rückerstattung verwalten und den Gesamtbetrag entweder nach

<sup>79</sup> Leitfadens zur sozialen Sicherheit Frankreich; Europäische Kommission, abrufbar unter: <https://ec.europa.eu> > Beschäftigung, Soziales und Integration > Umziehen und arbeiten in Europa > Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der EU > Ihre Rechte in den einzelnen Ländern > Frankreich (Stand: 19.06.2019).

dem Prämienvolumen der OKP unter den Versicherern verteilen oder die einbezahlten Beträge unter denjenigen Versicherern aufteilen, die die Kosten des betroffenen Arzneimittels übernommen haben.

#### *Art. 21 Daten der Versicherer*

Die Änderung wird gestützt auf den Umsetzungsvorschlag zur Parlamentarischen Initiative 16.411 «Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung» vorgeschlagen. Demnach soll die Datenweitergabe im KVG in einem neuen Artikel 21 geregelt werden. Die Versicherer sollen verpflichtet werden, dem BAG regelmässig die Daten weiterzugeben, die zur Erfüllung seiner Aufgaben gemäss KVG erforderlich sind. Der Wortlaut von Artikel 21 entspricht deshalb der Version der oben genannten Parlamentarischen Initiative nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 16. Mai 2019 und in die Stellungnahme des Bundesrates vom 21. August 2019.<sup>80</sup> Der Änderungsvorschlag wird ergänzt mit einer Regelung über die Aufteilung der Kosten (Art. 21 Abs. 2 zweiter Satz). Die Form der Weitergabe der Daten muss eine Aufteilung der Kosten sowohl auf die einzelnen Leistungserbringer und für jeden dieser Leistungserbringer jeweils auf den Wohnkanton der behandelten Versicherten ermöglichen. Dies ist notwendig, damit die Kostenentwicklung einzelner Leistungserbringer verfolgt werden kann, jeweils bezogen auf den Wohnkanton der Versicherten. Da die Kantone ihre Kostenziele falls gewünscht bis hin zu einzelnen Leistungserbringern differenzieren können (vgl. Art. 54b VE-KVG), sind entsprechende Daten notwendig. Da für die Zielvorgabe ein Bezug zum Wohnkanton der Versicherten im Vordergrund steht (vgl. Ziffer 2.3.1), sind die Kosten auch differenziert pro Wohnkanton auszuweisen. Die Daten sind aggregiert weiterzugeben. Sofern aggregierte Daten zur Erfüllung der aufgeführten Aufgaben nicht genügen und die Daten pro versicherte Person anderweitig nicht zu beschaffen sind, kann der Bundesrat vorsehen, dass die Versicherer dem BAG die Daten pro versicherte Person weitergeben müssen. Zudem wurde bei Buchstabe b der dt. Version eine Präzisierung angebracht, weil eine sprachliche Unklarheit im Vergleich mit der französischen Fassung bestand. Um die Kongruenz der beiden Fassungen sicherzustellen wurde in der deutschen Version der Begriff «Gesetzesvollzug» durch «Ausführungsbestimmungen» ersetzt.

#### *Art. 25 Abs. 2 Bst. h und i*

Leistungen in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- sowie Behandlungsmassnahmen, welche neu durch gewisse nicht-ärztliche Leistungserbringer erbracht werden können, stellen keine neue Art von Leistungen dar, sondern werden bereits heute von ärztlichen Leistungserbringern erbracht. Neu sollen diese Leistungen von nicht-ärztlichen nach KVG zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden können, dies im Rahmen von ärztlich geleiteten, strukturierten Programmen.

<sup>80</sup> BBI 2019 5925

Da heute die Leistungen der Apothekerschaft auf die Abgabe von Arzneimitteln beschränkt sind (vgl. Art. 25 Abs. 2 Bst. h KVG i.V.m. Art. 4a KLV), bedarf es einer expliziten gesetzlichen Grundlage für Leistungen im Rahmen von Programmen, welche neu durch Apothekerinnen und Apotheker zu Lasten der OKP erbracht werden können. Diese formell-gesetzliche Grundlage wird mit einer Anpassung von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 2 geschaffen. Die bisherigen Leistungen im Zusammenhang mit der Abgabe von Arzneimitteln bleiben unverändert, werden aus rechtsetzungstechnischen Gründen in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h Ziffer 1 verschoben.

Für die übrigen nicht-ärztlichen Leistungserbringer ergibt sich die Kompetenz zur Erbringung solcher Leistungen aus Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a Ziffer 3 KVG.

### *Art. 32 Abs. 3*

#### *Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG*

Zweck von Artikel 32 KVG ist die Sicherstellung einer effizienten, qualitativ hochstehenden und zweckmässigen Gesundheitsversorgung zu möglichst günstigen Kosten. Die WZW-Kriterien umfassen eine Vielzahl von Aspekten, und für deren Prüfung stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Die für die Beratung des EDI und des BAG zuständigen ausserparlamentarischen Kommissionen haben die Kriterien und deren Anwendung konkretisiert bzw. operationalisiert. International wird für die systematische Bewertung von Gesundheitstechnologien der Begriff des Health Technology Assessment (HTA) verwendet. Die in der Schweiz angewendeten Methoden orientieren sich an den internationalen HTA-Grundsätzen und sind an das schweizerische Gesundheitssystem angepasst. Sie sind im Dokument zur Operationalisierung der WZW-Kriterien (Version 2.0 vom 21.7.2011)<sup>81</sup> festgehalten worden. Für die Arzneimittel sind sie auch im Handbuch betreffend die Spezialitätenliste dokumentiert. Zukünftig sollen die wesentlichen, insbesondere bereits in den Operationalisierungsdokumenten festgehaltenen Aspekte im Rahmen der KVV festgelegt werden, unter Berücksichtigung der dafür vorgesehenen Rechtsetzungsprozesse.

Mit dem neuen Artikel 32 Absatz 3 VE-KVG kann der Bundesrat festlegen, wie die Prüfung nach den in Artikel 32 Absatz 1 genannten Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen soll. Je nach Art der Leistung (ärztliche Leistungen im Vertrauensprinzip, abschliessend in Positivlisten geregelte Leistungen) und den verschiedenen Zeitpunkten des Lebenszyklus einer medizinischen Leistung (z.B. Erstaufnahme, periodische Überprüfungen, Streichung einer Leistung) soll eine Prüfung in unterschiedlicher Methodik und Tiefe erfolgen können (siehe Ziffer 6.2.1). Dies im Sinne eines effizienten Einsatzes von Ressourcen in jenen Bereichen, in denen durch die Evaluation ein Nutzen hinsichtlich Verbesserung der Versorgung und Dämpfung der Kosten erwartet werden kann.

<sup>81</sup> Dokument «Operationalisierung der Begriffe WZW Arbeitspapier vom 21.07.2011», abrufbar unter: <https://bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Antragsprozesse > Antragsprozesse Allgemeine Leistungen (Stand: 26.02.2020).

Die erstmalige Prüfung von WZW einer Leistung wird jeweils systematisch und vollständig durchgeführt. Bei der periodischen Überprüfung soll bezüglich der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit jeweils nur geprüft werden, ob seit der letzten Prüfung neue Studien mit Veränderungen der wissenschaftlichen Erkenntnisse oder der medizinischen Praxis vorliegen. Eine vertiefte Prüfung erfolgt dann, wenn aufgrund neuer Erkenntnisse Hinweise bestehen, dass diese Kriterien nicht mehr erfüllt sein könnten. Jedoch sollen bei den Positivlisten mit behördlich festgelegten Vergütungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung die Maximalpreise, -tarife oder Höchstvergütungsbeträge grundsätzlich in jeder periodischen Überprüfung evaluiert und allenfalls neu festgesetzt werden.

Im Rahmen der Überprüfung aufgrund einer Indikationserweiterung, Limitierungsänderung oder Indikationseinschränkung hingegen sollen die Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit neben der Wirtschaftlichkeit eingehend geprüft werden, da in diesen Fällen neue Studien und neue Erkenntnisse über das Arzneimittel vorliegen. Bei einer Indikationserweiterung oder Limitierungsänderung verändert sich die Zielpopulation, was zwingend Einfluss auf den Preis haben muss, denn die Vergütung anderer Indikationen führt zu neuen Kosten für die OKP. Eine Indikationserweiterung führt meistens dazu, dass ein Vergleich mit neuen, anderen Arzneimitteln durchgeführt werden muss als bei der Aufnahme in die Spezialitätenliste.

#### *Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

Im Rahmen der neuen Rechtsgrundlagen für die differenzierte WZW-Prüfung in Artikel 32 Absatz 3 VE-KVG kann der Bundesrat ebenfalls Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung festlegen. Er kann dadurch auf Verordnungsstufe die Berechnungsmethoden und Berechnungsgrundlagen im Hinblick auf die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung und auch die Ausnahmen davon bestimmen.

#### *Art. 33 Abs. 3<sup>bis</sup>*

Mit Artikel 33 Absatz 3<sup>bis</sup> VE-KVG erhält der Bundesrat die Kompetenz, die Leistungen, die im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen nach Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe i erbracht werden dürfen, zu definieren. Er regelt überdies die Voraussetzungen für die Durchführung der Programme. Er wird sich dabei an den seitens der ELGK operationalisierten Kriterien zur Bewertung von Anträgen zur Franchisenbefreiung von kantonaler oder national organisierter Präventionsprogrammen nach Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe d KVG orientieren.<sup>82</sup>

Die Programme werden nach entsprechender Konsultation der ELGK durch das EDI genehmigt. Damit ist gewährleistet, dass die Programme die WZW-Kriterien erfüllen.

<sup>82</sup> Dokument «Operationalisierung, kantonale und nationale organisierte Präventionsprogramme, Version 2.0 vom 9. Mai 2019», abrufbar unter: <https://bag.admin.ch> > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Antragsprozesse > Antragsprozesse Allgemeine Leistungen (Stand: 26.02.2020).

*Vorbemerkung zum Abschnitt Zulassung (der Leistungserbringer): Art. 35, 36b und 40a ff.*

*Koordination mit dem hängigen Geschäft 18.047 «KVG. Zulassung von Leistungserbringern»*

Der Bundesrat hat mit der Botschaft vom 9. Mai 2018 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)<sup>83</sup> Änderungen der Artikel 36, 36a, 37 und 38 vorgeschlagen. Ausserdem sollen mit der Vorlage die Artikel 40a ff. neu eingeführt werden. Die Beratungen des Gesetzesentwurfs zur Zulassung von Leistungserbringern sind aktuell aber noch im Gang. Falls die Änderungen angenommen werden, muss das vorliegende Paket 2 diesbezüglich nochmals geprüft und an die Änderung des KVG angepasst werden.

*Art. 35 Abs. 2 Bst. o*

Die Auflistung wird ergänzt durch den neu zu schaffenden Leistungserbringer «Netzwerke zur koordinierten Versorgung».

*Art. 36b Netzwerke zur koordinierten Versorgung*

Absatz 1 legt fest, dass ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung eine Einrichtung ist, die einerseits Leistungen nach den Artikeln 25–31 KVG ambulant und koordiniert erbringt (*Bst. a*) und andererseits die Koordination der Behandlung mit weiteren Leistungserbringern über die gesamte Versorgungskette sicherstellt (*Bst. b*).

Ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung muss also den Zugang zu allen von der OKP bereitgestellten Leistungen gewährleisten können.

Nach *Absatz 2* wird der Bundesrat die detaillierten Zulassungsvoraussetzungen festlegen und dabei die Zulassungsvoraussetzungen nach Absatz 3 präzisieren.

Die Zulassungsvoraussetzungen für ein Netzwerk zur koordinierten Versorgung sind in *Absatz 3* geregelt, der Folgendes festlegt:

- a. Das Netz muss von einer Ärztin oder einem Arzt geleitet werden, wobei der Bundesrat die Anforderungen an den leitenden Arzt und die leitende Ärztin festlegen wird.
- b. Es muss zudem über das für ein reibungslose Funktionieren des Versorgungsnetzes und die Koordination der Versorgung notwendige medizinische und nichtmedizinische Personal verfügen. Der Bundesrat kann zudem Vorgaben an die interprofessionelle Zusammensetzung des beim Koordinationszentrum angestellten Fachpersonals erlassen.
- c. Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung muss die Zusammenarbeit mit den ans Koordinationszentrum angeschlossenen Leistungserbringern (primärer Kreis) vertraglich regeln und dabei Vorgaben des Bundesrates namentlich betreffend die Koordination der Leistungen berücksichtigen.

<sup>83</sup> BBI 2018 3125

- d. Die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette muss den vom Bundesrat festgelegten Anforderungen entsprechen. Diese sind in den Kooperationsverträgen mit den weiteren Leistungserbringern (Kooperationskreis) festzuhalten. So könnte der Bundesrat z.B. festlegen, dass der Spitalaustritt einer Patientin oder eines Patienten gemeinsam durch das Spital und das Netzwerk zur koordinierten Versorgung geplant werden muss, oder er könnte Vorgaben zum Informationsaustausch machen.
- e. Die Netzwerke zur koordinierten Versorgung müssen analog zu den Spitälern (Art. 49 Abs. 7 KVG) über Führungsinstrumente verfügen, die es ihnen ermöglichen, die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sowie der Tarifierung notwendigen Daten zu erheben und auszuwerten.
- f. Die einzelnen Leistungserbringer, die im primären Kreis des Netzwerks zur koordinierten Versorgung zusammengeschlossen sind, führen je eine eigenständige, elektronische Krankengeschichte und zwar möglichst mit strukturierten Daten. Der Bundesrat kann – in Übereinstimmung mit dem Ziel A10 der Strategie eHealth Schweiz 2.0 vom 14. Dezember 2018<sup>84</sup> – Minimalstandards festlegen, denen die zu verwendenden Praxisinformationssysteme z.B. bezüglich Daten- und Cybersicherheit oder Zweckmässigkeit für den Einsatz im Behandlungsprozess genügen müssen.
- g. Der Datenaustausch erfolgt über das elektronische Patientendossier. Dies bedeutet, dass sich sowohl das Koordinationszentrum selbst wie alle ambulant tätigen Leistungserbringer, die Teil des primären Kreises eines Netzwerks zur koordinierten Versorgung sind, sich einer – wenn auch nicht zwingend derselben – zertifizierten Stammgemeinschaft anschliessen müssen.

*Art. 40a      Erstberatungsstelle*

*Abs. 1*

Jede versicherte Person muss einen Leistungserbringer wählen, an den sie sich zuerst wendet, wenn gesundheitliche Probleme bei ihr auftreten.

*Abs. 2*

Die Erstberatungsstelle berät die versicherte Person und beurteilt insbesondere, ob sie untersucht oder behandelt werden muss.

*Abs. 3*

Nur zugelassene Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungstiteln der Allgemeinen Inneren Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und als praktische Ärztin oder praktischer Arzt können die Aufgabe als Erstberatungsstelle übernehmen. Im Weiteren sind als Erstberatungsstelle auch Netzwerke zur koordinierten Versorgung sowie Einrichtungen zugelassen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen.

<sup>84</sup> Strategie eHealth Schweiz 2.0 2018–2020. Ziele und Massnahmen von Bund und Kantonen zur Verbreitung des elektronischen Patientendossiers sowie zur Koordination der Digitalisierung rund um das elektronische Patientendossier, abrufbar unter: <https://e-health-suisse.ch> > Dokumente > Strategie-eHealth-Suisse-2.0 (Stand: 15.1.2020).

Alle Ärztinnen und Ärzte, die in diesen Einrichtungen tätig sind, müssen ebenfalls die notwendigen Weiterbildungstitel aufweisen. Die Ärztinnen und Ärzte mit diesen Weiterbildungstiteln haben spezifische hausärztliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die altrechtlichen Titel «Innere Medizin» und «Allgemeinmedizin» sind über den Titel «Allgemeine Innere Medizin» abgedeckt.

Für Ärztinnen und Ärzte, die die notwendigen Voraussetzungen nicht erfüllen aber die beim Inkrafttreten der Gesetzesänderung seit mindestens zwei Jahren in der Grundversorgung tätig waren, wird eine Übergangsbestimmung vorgesehen.

Die Leistungserbringer müssen nach den Artikeln 36, 36a oder 36b des Gesetzes zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen sein.

#### *Abs. 4 und 5*

Leistungserbringer, die als Erstberatungsstelle infrage kommen, können beim Kanton, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben, ein Gesuch um Aufnahme in seine Liste der Erstberatungsstellen einreichen. Der Kanton prüft, ob sie die Vorgaben erfüllen. Wenn ja, verfügt er ihre Aufnahme in seine Liste und veröffentlicht diese Liste unter dem Titel Erstberatungsstellen. Er regelt die zu meldenden Daten und bestimmt, welche davon er in welcher Form veröffentlicht. Die Kantone können die Liste gemeinsam betreiben oder Dritte damit beauftragen.

#### *Abs. 6*

Die versicherte Person, die keine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abgeschlossen hat, kann ihre Erstberatungsstelle aus der Liste eines beliebigen Kantons wählen. Telemedizinische Zentren, die Erstberatungsstelle für Versicherte aus der ganzen Schweiz sein wollen, brauchen somit nur in einem Kanton ein Aufnahmegesuch zu stellen.

Somit kann die versicherte Person eine Erstberatungsstelle wählen, die ihren Bedürfnissen entspricht und der sie vertraut. Dies unabhängig davon, wo diese ihren Sitz hat. Die versicherte Person kann eine Erstberatungsstelle an ihrem Wohn- oder Arbeitsort wählen. Sie kann aber auch eine Erstberatungsstelle wählen, mit der sie sich nur mit Ton, Bild und Text austauschen kann. Ein physischer Kontakt zwischen versicherter Person und Erstberatungsstelle ist entbehrlich, da die heutigen Kommunikationsmittel einen weitgehenden Austausch von Informationen erlauben. So kann zum Beispiel eine ältere Person eine Hausärztin in ihrer Nähe oder eine gesunde Person, die viel unterwegs ist, ein telemedizinisches Zentrum wählen.

Die Versicherer können für die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Artikel 62 KVG die Erstberatungsstelle vorgeben, zum Beispiel in einem Hausarztmodell eine Ärztin aus einer Liste oder in einem Telefonmodell ein telemedizinisches Zentrum.

Die versicherte Person muss bei ihrer Erstberatungsstelle eine Bestätigung einholen, dass diese bereit ist, diese Rolle für sie zu übernehmen. Diese Bestätigung reicht sie ihrem Versicherer ein.

Die versicherte Person behält ihre Erstberatungsstelle, solange sie keine andere wählt.

#### *Abs. 7*

##### *Bst. a*

Der Bundesrat bestimmt, unter welchen Bedingungen die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle auf Ende des Jahres oder während des Jahres ändern kann.

*Bst. b*

Weiter regelt er, unter welchen Bedingungen der Versicherer für Versicherte, die keine Erstberatungsstelle bezeichnen, eine solche bestimmen kann. Es ist anzunehmen, dass einige versicherte Personen der Aufforderung ihres Versicherers nicht nachkommen werden, bei einer Erstberatungsstelle eine Bestätigung einzuholen, dass sie diese Funktion für sie übernimmt. Der Versicherer kann dann eine Erstberatungsstelle für diese Versicherten bestimmen. Er muss ebenfalls die Bestätigung einholen, dass diese Erstberatungsstelle bereit ist, diese Rolle für die betroffenen Versicherten zu übernehmen. Der Versicherer teilt der versicherten Person mit, wer für sie die Rolle der Erstberatungsstelle übernimmt. Er kann dies mit einem Brief oder einer elektronischen Nachricht tun. Ist die versicherte Person mit dieser Anordnung nicht einverstanden, kann sie vom Versicherer verlangen, dass er ihr eine Verfügung zustellt (Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000<sup>85</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

*Art. 40b Grundsatz für die Kostenübernahme*

*Abs. 1*

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt grundsätzlich nur die Kosten von Leistungen nach Artikel 25 bis 31 KVG, welche die Erstberatungsstelle selber erbringt oder für welche deren Überweisung an einen anderen Leistungserbringer vorliegt.

*Abs. 2*

In Notfällen ist keine Überweisung erforderlich.

*Abs. 3*

Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, benötigen für Untersuchungen und Behandlungen in der Schweiz auch eine Überweisung ihrer Erstberatungsstelle. Sie können diese aus einer kantonalen Liste wählen. Diese kann z.B. ein schweizerisches telemedizinisches Zentrum sein.

*Abs. 4*

Der Bundesrat regelt die Form (z.B. Formular mit bestimmten Angaben), den Inhalt, die Umstände und die Dauer der Gültigkeit der Überweisung. Zudem regelt er weitere Ausnahmen vom Erfordernis einer Überweisung. Heute sehen viele Versicherer in ihren Versicherungsbedingungen von Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers vor, dass für den Zugang zu bestimmten Fachärztinnen und -ärzten (z.B. Ophthalmologie, Gynäkologie und Geburtshilfe) keine Überweisung erforderlich ist. Dies kann für die Erstberatungsstelle ähnlich geregelt werden.

<sup>85</sup> SR 830.1

*Art. 40c Vergütung der Erstberatungsstelle**Abs. 1 und 2*

Die Erstberatungsstelle erhält vom Versicherer für jede versicherte Person, die sie als Erstberatungsstelle bezeichnet hat, eine jährliche Pauschale. Diese Pauschale ist unabhängig davon, ob und wie oft die versicherte Person ihre Erstberatungsstelle in Anspruch nimmt.

*Abs. 3*

Der Bundesrat legt die Höhe der Pauschale nach Anhören der Tarifpartner fest. Die Höhe richtet sich nach den Kosten, für welche die Versicherer und Ärzteverbände über Erfahrungswerte verfügen.

*Abs.4*

Der Bundesrat bezeichnet die Leistungen, welche mit dieser Pauschale als abgedeckt gelten. Dabei kann die Pauschale Leistungen abdecken, die als Leistungen nach KVG gelten oder die nicht als Leistungen nach KVG gelten.

*Art. 40d Wahl des Leistungserbringers und Übernahme der Kosten bei ambulanten Untersuchungen und Behandlungen**Abs. 1 und 2*

Wenn die versicherte Person von ihrer Erstberatungsstelle oder von einer Ärztin oder einem Arzt, an welche diese sie überwiesen hat, an einen weiteren Leistungserbringer überwiesen wird, kann sie wie heute unter den geeigneten Leistungserbringern frei wählen. Dies gilt sinngemäss, wenn ausnahmsweise keine Überweisung für eine ambulante Untersuchung oder Behandlung erforderlich ist.

*Vorbemerkung zu Art. 41 ff.*

*Koordination mit dem hängigen Geschäft 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus»*

In der Vorlage der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)<sup>86</sup> werden Änderungen der Artikel 41 Absätze 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2<sup>bis</sup>-2<sup>quater</sup>, 3, 3<sup>bis</sup> und 4 zweiter bis fünfter Satz sowie Artikel 42 Absatz 2 zweiter Satz und Absatz 3 vorgeschlagen. Die Beratungen dieses Gesetzesentwurfs zur einheitlichen Finanzierung sind aktuell noch im Gang. Falls die Änderungen angenommen werden, muss eine Koordination stattfinden. Das vorliegende Paket 2 ist dann zu prüfen und allenfalls anzupassen.

*Art. 41 Sachüberschrift, Abs. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 2, 3<sup>bis</sup> Einleitungssatz und 4**Abs. 1*

<sup>86</sup> BBl 2019 3499

Die versicherte Person, die von ihrer Erstberatungsstelle oder von einer Ärztin oder einem Arzt, an welche diese sie überwiesen hat, für eine stationäre Untersuchung und Behandlung an ein Spital überwiesen wird, kann wie heute unter den Listenspitälern frei wählen.

Es ist anzunehmen, dass viele Versicherte wie heute Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abschliessen werden. In diesen kann der Versicherer Leistungserbringer für ambulante und stationäre Leistungen vorgeben.

Bei einer Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons übernehmen Versicherer und Wohnkanton wie heute anteilmässig die Vergütung höchstens nach dem Tarif des behandelnden Spitals. Dies ergibt sich allerdings bereits aus den Artikeln 49 Absatz 1 und 49a Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 44 KVG. Auf die entsprechende Präzisierung kann deshalb verzichtet werden. Für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen, also Behandlungen in einem Spital auf der Spitalliste des Standort- oder allenfalls auch eines Dritt-, nicht aber des Wohnkantons, legen die Kantonsregierungen Referenztarife fest. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals.

Die festzulegenden Referenztarife sollen den Tarifen entsprechen, welche für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons gelten, welches die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten auf Verordnungsstufe, insbesondere wie vergleichbare Behandlungen abgegrenzt werden und welcher der Tarife für vergleichbare Behandlungen als Referenztarif in Frage kommt.

*Abs. 1<sup>bis</sup>*

Dies gilt sinngemäss, wenn der Leistungserbringer, der die versicherte Person an ein Spital überwiesen hat, dies seinerseits im Rahmen einer Überweisung getan hat oder wenn ausnahmsweise keine Überweisung für eine stationäre Untersuchung oder Behandlung erforderlich ist.

*Abs. 1<sup>ter</sup>*

Hier wird nur der Verweis angepasst.

*Abs. 2*

Werden Versicherte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, für eine stationäre Leistung an ein Spital verwiesen, so können sie in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen. Dieser Absatz entspricht Artikel 41 Absatz 2 KVG.

*Abs. 3<sup>bis</sup>*

Hier wird nur der Verweis angepasst.

*Abs. 4 aufgehoben*

Der Inhalt dieses Absatzes wird weitgehend in den Artikel 41a verschoben.

*Art. 41a Einschränkung der Wahl der Leistungserbringer*

Wie heute können die Versicherer besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers anbieten. Bei den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers kann der Versicherer die Erstberatungsstelle (z.B. Hausärztin oder Hausarzt aus einer Liste, telemedizinisches Zentrum) und/oder weitere Leistungserbringer (z.B. bestimmte Apotheken oder Spitäler) vorgeben.

Die versicherte Person hat Anspruch auf die gesetzlichen Pflichtleistungen. Der Versicherer muss aber nur die Kosten der Leistungen übernehmen, die von der Erstberatungsstelle oder anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, auf welche die versicherte Person ihr Wahlrecht beschränkt hat. Die Kosten der Leistungen, die von anderen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden, muss er nicht übernehmen. Ausgenommen davon sind Fälle, für welche er vorgängig eine besondere Gutsprache erteilt hat, oder Notfälle. Der Versicherer erteilt eine besondere Gutsprache, wenn die Untersuchung oder Behandlung von den von ihm ausgewählten Leistungserbringern nicht angeboten wird.

Der Wortlaut der Absätze 2, 3 und 4 entspricht weitgehend Artikel 41 Absatz 4 des Entwurfs zur Änderung des KVG (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich)<sup>87</sup>, welcher aus der Parlamentarischen Initiative 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» hervorgegangen ist.

*Art. 41b*

Dabei handelt es sich um den bisherigen Artikel 41a (Stand 01.01.2020).

*Art. 42 Abs. 2 zweiter Satz und 3<sup>ter</sup>**Abs. 2*

Nach Artikel 42 Absatz 1 gilt der Grundsatz, dass die Versicherten den Leistungserbringern die Vergütung der Leistung schulden, wenn die Versicherer und Leistungserbringer nichts anderes vereinbart haben. Die Versicherten haben in diesem Fall gegenüber dem Versicherer einen Anspruch auf Rückerstattung (System des tiers garant).

Eine direkte Entschädigung der Leistungserbringer durch die Versicherer ist ebenfalls möglich (System des Tiers payant; Art. 42 Abs. 2 KVG), sofern dies vertraglich vereinbart wird. Für den Fall der stationären Behandlung sieht Absatz 2 eine Ausnahme vor: In Abweichung von Absatz 1 schuldet der Versicherer den auf ihn entfallenden Anteil an der Vergütung.

Auch für die Preismodelle, für die das BAG oder EDI eine Rückerstattung nach Artikel 52b Absatz 1 oder 2 vorsehen, soll eine Abweichung von Absatz 1 im Gesetz festgehalten werden. Die direkte Vergütung durch den Versicherer ist aus mehreren Gründen angezeigt: Preismodelle werden in der Regel bei sehr hochpreisigen Arznei-

<sup>87</sup> BBI 2019 3535

mitteln umgesetzt. Entsprechend sind hohe Beträge geschuldet, die von den Versicherten nicht ohne weiteres aufgebracht werden könnten. Sodann entspricht bei vertraulichen Preismodellen der effektiv vergütete Preis nicht dem publizierten Preis. Der Versicherer hat effektiv nur einen günstigeren Preis zu bezahlen und entsprechend wird er vom Versicherten auch nur auf diesem günstigeren Preis die Kostenbeteiligung erheben. Bei Rückerstattungsmodellen ist die Vergütung der Leistungen durch den Versicherer und die Erhebung der Kostenbeteiligung noch komplexer. Die Versicherten sollen nach Abzug einer allfälligen Rückerstattung immer nur auf den effektiv vergüteten Preisen die Kostenbeteiligung bezahlen müssen. Auch eine ungerechtfertigte Bereicherung des Versicherers zu Lasten des Versicherten muss vermieden werden. Für diese komplexen Berechnungen kann nur die direkte Vergütung durch den Versicherer (*tiers payant*) in Frage kommen.

*Abs. 3<sup>ter</sup>*

Die Bestimmung verpflichtet sämtliche Leistungserbringer, ihre Rechnungen elektronisch an die Krankenversicherer zu übermitteln. Es wird den Tarifpartnern überlassen, einen gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnungen zu vereinbaren. Der Bundesrat erhält lediglich eine subsidiäre Kompetenz für den Fall, dass sich die Tarifpartner nicht einigen können. Die versicherte Person kann die Rechnung nach wie vor in Papierform verlangen.

*Art. 42a Abs. 2-3*

Die Neuformulierung der Absätze 2 und 3 ermöglicht es den Versicherern, neben dem heute verwendeten Sichtausweis in Kreditkartenformat, die Versichertenkarte auch in elektronischer Form auszustellen.

Nach *Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe b* soll die Versichertenkarte zukünftig auch als Identifikationsmittel für die Kommunikation mit den Versicherern verwendet werden können. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass für die versicherte Person ein sicherer und datenschutzkonformer Abruf der elektronischen Rechnungen möglich wird. Es steht den Versicherern frei, ihren Versicherten über ihre Kundenportale weitere Versicherungsdienstleistungen nach KVG anzubieten. *Absatz 2<sup>bis</sup> Buchstabe a* entspricht dem aktuell geltenden *Absatz 2<sup>bis</sup>*.

Nach *Absatz 2<sup>ter</sup>* ist eine Verwendung der Versichertenkarte als Identifikationsmittel ausserhalb des Geltungsbereichs ohne formelle gesetzliche Grundlage nicht möglich. Dies gilt insbesondere für die Verwendung im Bereich der Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz vom 2. April 1908<sup>88</sup> über den Versicherungsvertrag (VVG) oder anderer Sozialversicherungen.

Nach *Absatz 3* regelt der Bundesrat das Format der Versichertenkarte. Er kann dabei vorsehen, dass Versicherer die Versichertenkarte neben der Ausgabe als Sichtausweis, der notwendig bleiben muss, da das europäische Ausland den europäischen Versicherten ausweis aktuell nur im Kreditkartenformat akzeptiert, auch in elektronischer Form ausgestellt werden darf. Eine «elektronische Versichertenkarte» soll nur auf Wunsch der versicherten Person ausgestellt werden können. Dies gilt auch für deren Verwendung als Identifikationsmittel für die Kommunikation mit den

<sup>88</sup> SR 221.229.1

Versicherern. D.h. es steht der versicherten Person frei, alle administrativen Prozesse weiterhin in Papierform zu tätigen.

*Art. 48a Tarifierträge mit Netzwerken zur koordinierten Versorgung*

Für die von ihnen erbrachten Leistungen vereinbaren die Netzwerke zur koordinierten Versorgung mit den Versicherern Pauschalen nach Artikel 43 Absatz 3 KVG. Es kann sich somit um Patientenpauschalen handeln oder um Versichertenpauschalen, die auch prospektiv festgesetzt werden können (prospektives Globalbudget). Das Netzwerk zur koordinierten Versorgung verrechnet die erbrachten Leistungen aufgrund dieser Patientenpauschalen.

Absatz 1 besagt zudem, dass diese Tarifierträge auch die Abgeltung der Koordinationsleistungen regeln.

Diese Tarifierträge unterliegen den Tarifbestimmungen des KVG und sind somit genehmigungspflichtig nach Artikel 46 Absatz 4. Die Genehmigungsbehörde prüft, ob der Tarifiertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht.

Absatz 2 weist darauf hin, dass mit den Vergütungen nach Absatz 1 alle Ansprüche des Netzwerks zur koordinierten Versorgung für die Leistungen nach dem Gesetz abgegolten sind. Leistungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die keinen Vertrag mit dem koordinierten Versorgungsnetz haben, werden dem Patienten/der Patientin oder seinem/ihrer Versicherer direkt von diesen Leistungserbringern in Rechnung gestellt.

*Art. 52 Abs. 1 Einleitungssatz*

Im Einleitungssatz wird der Verweis auf den gesamten Artikel 32 KVG ausgeweitet, weil der Grundsatz für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung neu spezifisch für Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände in Artikel 32 Absatz 3 integriert wird. Im Übrigen erfährt der Artikel keine materiellen Anpassungen.

*Vorbemerkung zu Art. 52b und 52c*

*Koordination mit dem hängigen Geschäft 19.046 «KVG. Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1»*

Der Bundesrat hat mit der Botschaft vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) bereits zwei neue Bestimmungen Artikel 52b und Artikel 52c vorgeschlagen. Die Beratungen zu diesem Gesetzesentwurf haben begonnen. Falls Paket 1 vom Parlament angenommen wird, muss der vorliegende Änderungsvorschlag angepasst werden. Damit in einem solchen Fall die neuen Artikel aus Paket 1 nicht überschrieben werden, soll dann der nachfolgend vorgeschlagene Artikel 52b zu Artikel 52d und Artikel 52c zu Artikel 52e werden.

*Art. 52b Rückerstattungen*

Absatz 1 festigt die gesetzliche Grundlage für die Umsetzung von Preismodellen bei Arzneimitteln durch das BAG. Beim Erlass der Listen nach Artikel 52 Absatz 1 Buchstabe b kann das BAG Rückerstattungen festlegen, sofern dies für die Einhaltung der Grundsätze nach Artikel 32, insbesondere für die Erfüllung der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. Ein Preismodell bedeutet, dass in einem ersten Schritt der Versicherer dem Leistungserbringer den Publikumspreis vergütet (Vorleistung) und in einem zweiten Schritt eine Rückerstattung durch die Zulassungsinhaberin an den Versicherer erfolgt. Es gibt zwei Möglichkeiten der Rückerstattungsmodalitäten. Rückerstattungen erfolgen entweder auf Verlangen der Versicherer von der Zulassungsinhaberin direkt an den Versicherer, oder die Zulassungsinhaberin zahlt den entsprechenden Betrag auf Verlangen des BAG in den Fonds für Rückerstattungen ein. Bei letzterem kann es sich auch um die Rückerstattung von Mehreinnahmen im Zusammenhang mit der Überprüfung der WZW-Kriterien bei Arzneimitteln handeln (z.B. nach der ersten periodischen Überprüfung oder nach Beschwerdeverfahren). Die gemeinsame Einrichtung KVG zahlt dann die einbezahlten Beträge aus dem Fonds an die Versicherer aus. Die Rückerstattungsmodalitäten gelten auch für andere Leistungen nach Absatz 2.

Absatz 2 hält fest, dass Rückerstattungen ebenfalls im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste und der Analysenliste eingesetzt werden können. Entsprechend soll auch in diesen Bereichen das EDI die Kompetenz erhalten, Preismodelle festzulegen.

Absatz 3 überträgt dem Bundesrat die Kompetenz, dass er die Einzelheiten der Umsetzung, insbesondere die Voraussetzungen und die Modalitäten auf Verordnungsstufe regeln kann. Der Bundesrat soll dabei auch die Einzelheiten der Verteilung unter den Versicherern und die Verwaltungskosten regeln.

*Art. 52c Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten*

Der Zugang zu Informationen zur Höhe, zur Berechnung und zu den Modalitäten von Rückerstattungen nach Artikel 52b soll neu verweigert werden können. Vom Zugang ausgenommen sind einerseits die Höhe der Rückerstattung, das heisst der Betrag, welchen die Zulassungsinhaberin dem Versicherer oder dem Fonds für Rückerstattungen zurückerstattet. Andererseits wird auch der Zugang zur Berechnung von Rückerstattungen ausgenommen. Davon betroffen sind auch die Herleitung sowie die Festlegung der Rückerstattungen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere der Zugang zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bzw. der beiden Preisbildungskriterien (Auslandspreisvergleich und therapeutischer Quervergleich) ausgeschlossen sein. Es darf nicht auf die konkrete Höhe der Rückerstattung geschlossen werden können. Schliesslich wird der Zugang zu Informationen betreffend Modalitäten im Zusammenhang mit der Rückerstattung verweigert. Der Anwendungsbereich von Artikel 52c ist davon abhängig, wie der Bundesrat Artikel 52b auf Verordnungsstufe präzisiert und konkretisiert.

*Art. 53 Abs. 1*

*Vorbemerkung: Koordination mit den hängigen Geschäften 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus» und 19.046 «KVG. Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket I»*

Sowohl in der Vorlage der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 5. April 2019<sup>89</sup> zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich) als auch in der Botschaft des Bundesrates vom 21. August 2019 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1) werden Änderungen von Artikel 53 Absatz 1 vorgeschlagen. Die Beratungen dieser Gesetzesentwürfe sind noch im Gang. Falls die Änderungen angenommen werden, muss eine Koordination stattfinden. Das vorliegende Paket 2 ist dann zu prüfen und allenfalls anzupassen.

Artikel 53 Absatz 1 KVG listet die Entscheide der Kantonsregierungen im Zusammenhang mit der Umsetzung des KVG auf, gegen welche beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden kann. Beschlüsse der Kantonsregierungen betreffend Referenztarife im Sinne von Artikel 41 Absatz 1 sind beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar, womit eine Gesetzeslücke geschlossen wird.<sup>90</sup> Im System der Zielvorgabe sollen auch die Entscheide der Kantonsregierungen über prospektive Massnahmen bei Überschreiten der Kostenziele (Art. 54d Abs. 2 VE-KVG) beim Bundesverwaltungsgericht anfechtbar sein und werden deshalb hier erwähnt.

#### *Art. 54 Kostenziele*

Artikel 54 legt die Grundzüge der Zielvorgabe fest. Der Bundesrat hat die Aufgabe, ein Wachstumsziel für die Kosten der Leistungen nach diesem Gesetz im Vergleich zum Vorjahr festzulegen. Der Verweis auf die Leistungen nach diesem Gesetz bedeutet, dass nicht nur die «Nettoleistungen» der Versicherer, sondern auch die Kostenbeteiligung der versicherten Personen sowie die Mitfinanzierung der Kantone für stationäre Leistungen im Kostenziel enthalten sind. Im Falle der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG, bei denen die OKP Beiträge leistet, bezieht sich das Kostenziel jedoch nur auf diese Beiträge der OKP, auch weil die Gesamtkosten dieser Leistungen nicht durch das Gesetz geregelt werden, sondern die Restfinanzierung den Kantonen obliegt.

Die Festlegung der Zielvorgaben erfolgt einerseits für die gesamte Schweiz, bezogen auf alle Leistungen. Der Bundesrat gibt zudem Empfehlungen ab für das Kostenwachstum in den einzelnen Kostenblöcken (siehe Art. 54a VE-KVG) (Absatz 1). Andererseits legt der Bundesrat für jeden Kanton einzeln ein Ziel fest (Absatz 2). Diese Wachstumsziele sind für jeden Kanton verschieden und abgestimmt auf die individuelle wirtschaftliche und demografische Situation. Der Bundesrat ist dabei an den Grundsatz der Verhältnismässigkeit gebunden. Der Bundesrat setzt eine für alle Kantone einheitliche Toleranzmarge für die Abweichung nach oben fest, innerhalb derselben die Kantone von den für sie gesetzten kantonsindividuellen Zielen abweichen und für sich ein eigenes Ziel festlegen können.

Die Kostenziele des Bundesrates sind definiert als maximale Kostensteigerungsrate (Prozentsatz im Vergleich zum Vorjahr), welche für die Kosten der OKP nicht überschritten werden soll.

<sup>89</sup> BBl 2019 3499

<sup>90</sup> Vgl. BVGE 2013/17, E. 2.6.

Die Festlegung der Kostenziele darf nicht losgelöst von volkswirtschaftlichen Kriterien (etwa wirtschaftliche Entwicklung, Lohn- und Preisentwicklung) erfolgen. Es müssen aber auch die Demografie sowie der medizinische Fortschritt berücksichtigt werden. Die nicht abschliessende Aufzählung ermöglicht die Berücksichtigung weiterer wichtiger Kriterien. Beispielsweise ist mit einem geschätzten Anteil von 16% bis 19% an den KVG-pflichtigen Leistungen das Effizienzpotenzial beträchtlich. Es kann bei der Festlegung der Kostenziele und Toleranzmargen ebenfalls berücksichtigt werden.<sup>91</sup>

Mit der Festlegung von Kostenzielen können und sollen auch gesundheitspolitische Absichten und Prioritäten formuliert werden, beispielsweise eine Verlagerung von der stationären zur ambulanten Leistungserbringung.

Der Anspruch der Versicherten auf die Kostenübernahme der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt. Das heisst insbesondere, dass bei der Festlegung von Kostenzielen darauf zu achten ist, dass der Zugang der Versicherten zu den versicherten Leistungen trotz dieser Eingriffe und der darauf gestützten Korrekturmassnahmen gewährleistet ist. Korrekturmassnahmen dürfen also nicht so einschneidend sein, dass gewisse Leistungen für die versicherten Personen in der Folge gar nicht mehr verfügbar sind, etwa weil Leistungserbringer ihre Tätigkeit einstellen.

Die Auswirkungen der Kostenziele auf die Entwicklung von Kosten und Qualität werden regelmässig überprüft. Damit soll sichergestellt werden, dass einerseits über die angestrebte Zielerreichung im Bereich Kosten und die dazu ergriffenen Korrekturmassnahmen in den einzelnen Kantonen Transparenz besteht und andererseits allfällige unerwünschte Auswirkungen im Qualitätsbereich rasch erkannt würden und entsprechende Gegenmassnahmen ergriffen werden könnten.

Der bisherige Artikel 54 kann wie auch der bisherige Artikel 55 aufgehoben werden, da die dort aufgeführten ausserordentlichen Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung ersetzt werden durch die Einführung der Zielvorgabe. Die Zielvorgabe als effizientes Mittel zur Steuerung der Kostenentwicklung ist nicht als ausserordentliche, sondern als ständige Massnahme zur Kostendämpfung konzipiert.

#### *Art. 54a Kostenblöcke*

Der Bundesrat teilt die einzelnen Leistungsbereiche Kostenblöcken zu. Die Zuteilung soll einheitlich für die ganze Schweiz festgelegt werden und möglichst stabil sein, damit Vergleiche zur Kostensteigerung über mehrere Jahre und zwischen den Kantonen möglich sind. Es ist vorgesehen, grundsätzlich zwischen ambulanten, spitalambulanten und stationären Leistungserbringern und nach den einzelnen Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 2 KVG zu unterscheiden. Somit bilden Netzwerke zur koordinierten Versorgung grundsätzlich einen eigenen Kostenblock, da sie neu als separate Kategorie von Leistungserbringern gelten (siehe Art. 35 Abs.

<sup>91</sup> Vgl. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

2). Der Bundesrat kann aber auch mehrere Arten von Leistungserbringern zu einem Kostenblock zusammenfassen und für die ambulanten ärztlichen Leistungen nach Fachrichtungen oder Gruppen von Fachrichtungen sowie nach Art der Leistungserbringer (beispielsweise spitalambulant vs. praxisambulant) getrennte Kostenblöcke festlegen.

Die Kantone müssen die auf Bundesebene festgelegten Kostenblöcke übernehmen, können einen Kostenblock aber noch weiter differenzieren, beispielsweise mit Bezug auf Spezialärztinnen und Spezialärzte oder wenn innerhalb eines Kostenblocks mehrere Tarifverträge bestehen, allenfalls auch bis hin zu Kostenblöcken für einzelne Leistungserbringer, insbesondere bei Spitälern.

Für Analysen, Arzneimittel (im ambulanten Bereich) sowie Mittel und Gegenstände werden die Vergütungen auf Bundesebene festgelegt. Diese sollen deshalb eigene Kostenblöcke bilden. Ebenfalls einen eigenen Kostenblock bilden die Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG abgeschlossen haben, welche vom Bundesrat genehmigt wurden und in welchen schweizweit einheitliche Tarife vereinbart wurden. Gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge mit schweizweit einheitlichen Tarifen stützen sich auf einheitliche Taxpunktwerte. Es geht also nicht um gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturverträge, welche (ohne Taxpunktwert) die relativen Bewertungen von Leistungen im Vergleich zu anderen Leistungen enthalten. Falls die Festsetzung des Taxpunktwerts nicht schweizweit einheitlich erfolgt, fällt die Leistung nicht in den hier erörterten separaten Kostenblock.

Leistungsbereiche mit einem geringen Einfluss auf die Gesamtkostenentwicklung können vom Bundesrat von der Zuteilung in Kostenblöcke ausgenommen werden. Leistungsbereiche mit kleinem Volumen können aber eine starke Kostenentwicklung aufweisen. Zu berücksichtigen ist also nicht allein das Volumen, sondern auch dessen Entwicklung. Auch unverhältnismässige administrative Kosten im Vergleich zum betroffenen Volumen können in die Entscheidung über eine Ausnahme einfließen.

#### *Art. 54b            Kostenziele der Kantone*

Artikel 54b regelt das Verfahren und die Kriterien, welche die Kantone bei der Festlegung der Kostenziele zu beachten haben. Die konkrete Festlegung der Kostenziele für den jeweiligen Kanton und die einzelnen Kostenblöcke ist Aufgabe der Kantone.

Grundsätzlich sollen sich die Kantone bei der Festlegung ihrer Ziele an denselben Kriterien orientieren wie der Bund. Sie haben dabei ebenfalls einen grossen Ermessensspielraum. Die Kantone können von den empfohlenen Kostenzielen des Bundesrates für die einzelnen Kostenblöcke abweichen, solange auf kantonaler Ebene das festgelegte Gesamtkostenziel und die Summe der einzelnen Ziele für die Kostenblöcke das vom Bund vorgegebene Kostenziel je Kanton zuzüglich Toleranzmarge nicht übersteigen. Das gibt ihnen die Möglichkeit, spezifische Verhältnisse im Kanton und unterschiedliche Effizienzpotenziale in den verschiedenen Bereichen zu berücksichtigen und eigene gesundheitspolitische Akzente zu setzen.

Mit Rücksicht auf die Organisationsautonomie der Kantone soll diesen nicht vorgeschrieben werden, eine beratende Kommission analog zu jener auf Bundesebene (vgl. Art. 54e VE-KVG) einzurichten. Die Kantone werden aber verpflichtet, die Leistungserbringer und die Versicherer in die Entscheidungsfindung bezüglich Kostenziele und allfällige weitergehende Unterteilungen von Kostenblöcken einzubeziehen.

Die Kantone trifft eine Mitteilungspflicht. Sie teilen die von ihnen festgelegten Kostenziele dem BAG mit. Dieses prüft, ob die von den Kantonen festgelegten Ziele (ebenso wie die vom Bund festgelegten Ziele) erreicht wurden. Das kantonspezifische Ergebnis dieser Prüfung wird den Kantonen mitgeteilt, damit sie eine Entscheidungsgrundlage für allfällige Korrekturmassnahmen haben. Zusätzlich veröffentlicht das BAG die Ergebnisse über den Erreichungsgrad der Kostenziele in den verschiedenen Kantonen und Kostenblöcken, womit Transparenz und Verbindlichkeit geschaffen wird.

#### *Art. 54c Fristen und Folgen bei deren Nichteinhaltung*

Der Bundesrat hat seine Kostenziele zuhanden der Kantone spätestens 12 Monate vor Beginn des Kalenderjahres festzulegen, für welches sie gelten sollen. Im Sinne einer rollenden Planung soll er gleichzeitig auch die angestrebten, aber noch nicht verbindlichen Kostenziele für die folgenden drei Jahre bekanntgeben. Die auf Bundesebene verbindlich festgelegten Kostenziele für die Leistungen nach Artikel 52 KVG sind wie jene der Kantone spätestens sechs Monate vor ihrem Inkrafttreten festzulegen. Dasselbe gilt für die Kostenziele der übrigen Kostenblöcke in Bundeskompetenz (vgl. Art. 54a Abs. 3 VE-KVG).

Die Kantone müssen spätestens sechs Monate vor Beginn des Jahres, für welches die Zielvorgabe gelten soll, die Kostenziele innerhalb der Toleranzmarge festlegen. Für den Fall, dass ein Kanton sich nicht daran hält, gelten die Kostenziele des Bundesrates ohne Einbezug der Toleranzmarge, also einerseits das Kostenziel des Bundesrates für den gesamten Kanton und andererseits die vom Bundesrat empfohlene Aufteilung auf die einzelnen Kostenblöcke, jeweils ausgehend vom Gesamtkostenziel für den Kanton.

#### *Art. 54d Massnahmen bei Überschreitung der Kostenziele*

Artikel 54d regelt die Korrekturmassnahmen bei Überschreiten der Kostenziele. Es werden zwei Varianten formuliert. In der ersten Variante können die Kantone Korrekturmassnahmen ergreifen, wenn sie dies möchten; in der zweiten Variante sind sie – nach Ablauf einer Übergangsperiode – dazu verpflichtet. Es handelt sich bei dieser zweiten Variante also nicht um eine optionale Kann-Bestimmung, sondern um eine gesetzliche Verpflichtung der zuständigen Behörden, Massnahmen zur Senkung der Kosten zu ergreifen.

Zuständig für das Ergreifen von Korrekturmassnahmen sind die Kantone, da die Konsequenzen einer Kostensteigerung immer von den Versicherten eines Kantons in Form von Prämien erhöhungen (und allenfalls Steuererhöhungen zur Finanzierung der Prämienverbilligung) getragen werden müssen und die Kantonsregierungen nach dem KVG die Tarifverträge genehmigen oder bei Fehlen eines Tarifvertrages die Tarife

festlegen müssen. Die Kantonsregierungen entscheiden deshalb auch selbst, in welcher Weise und in welchem Umfang sie bei einem Überschreiten der Kostenziele korrigierend eingreifen. In beiden Varianten sollen in einem ersten Schritt die Tarifpartner selbst die nötigen Massnahmen zur Einhaltung der Kostenziele in den Tarifverträgen vereinbaren und der Kantonsregierung zur Genehmigung unterbreiten. Erst wenn die Tarifpartner dem nicht nachkommen, kann beziehungsweise muss die Kantonsregierung selber Massnahmen verfügen.

In Absatz 2 wird aufgezeigt, welche Massnahmen die Kantone ergreifen können. So sind als korrigierende Massnahme bei Überschreiten der Kostenziele generelle Tarifsenkungen möglich, oder die Höhe der Tarife kann von der Leistungsmenge abhängig gemacht werden. Die Kostensteigerungen unterscheiden sich oft nach Fachbereichen, und es sollen deshalb bei ambulanten Leistungen, welche ausserhalb eines Spitals erbracht werden, primär also in Arztpraxen, nach Fachbereichen getrennte Kostenblöcke festgelegt werden können. Aus diesem Grund soll es auch möglich sein, unterschiedliche Tarife nach Fachbereichen anzustreben. Diese dürfen den national einheitlichen Tarifstrukturen aber nicht zuwiderlaufen.

Überschreiten die Kostensteigerungen für Leistungen nach Artikel 52 KVG die Kostenziele, kann resp. muss das EDI die entsprechenden Massnahmen erlassen. Weil hier die Tarife und Preise nicht durch Vereinbarungen festgelegt sind, gibt es keine Möglichkeit, in einem ersten Schritt die Leistungserbringer selber zu veranlassen, die nötigen Massnahmen zu treffen. Das EDI soll unmittelbar die ihm nötig erscheinenden Massnahmen erlassen können, insbesondere eine Senkung von Tarifen und Preisen.

Für Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerische Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG abgeschlossen haben, in welchen schweizweit einheitliche Tarife vereinbart wurden (hier nicht gemeint sind somit also schweizweit geltende Tarifstrukturverträge wie beispielsweise TARMED, SwissDRG oder TARPSY, welche keine schweizweit einheitlichen Tarife vorsehen), kann resp. muss das EDI Massnahmen erlassen, wenn keine entsprechenden Anpassungen von den Tarifpartnern selbst abgeschlossen und zur Genehmigung unterbreitet worden sind.

Die Bestimmung in Absatz 5 ist in beiden Varianten der Korrekturmassnahmen sinnvoll. Beispielsweise kann eine starke Zielunterschreitung im Vorjahr weniger strenge Massnahmen rechtfertigen, wenn das Kostenziel im Jahr darauf nur leicht überschritten wird. Zudem können im Laufe der Zeit schärfere Massnahmen beschlossen werden.

Bei aussergewöhnlichen Ereignissen verbleibt die Zuständigkeit primär bei den Kantonen. Diese können entweder vollkommen oder teilweise auf Korrekturmassnahmen verzichten. Würde zum Beispiel die öffentliche Gesundheit aufgrund einer langanhaltenden Hitzewelle bedroht, könnte jeder Kanton selbst entscheiden, die Korrekturmassnahmen anzupassen oder nicht. Da die Bedrohung durch aussergewöhnliche Ereignisse regionalen Unterschieden unterliegt, ist es angemessen, diese Kompetenz den Kantonen zu überlassen. Wenn ein aussergewöhnliches Ereignis, wie beispielsweise eine Epidemie, eine gesamtschweizerische einheitliche Lösung erfordert, kann der Bundesrat in der

ausserordentlichen Lage nach dem Epidemien-gesetz (EpG)<sup>92</sup> für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen.

Unter einem aussergewöhnlichen Ereignis im Sinne von Artikel 54d Absatz 5 VE-KVG ist in erster Linie eine akute Bedrohung der öffentlichen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu verstehen. Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz (BABS) bietet in seinem Risikobericht<sup>93</sup> eine systematische Übersicht über das Gefährdungspotenzial von möglichen Katastrophen und Notlagen, welche auch Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit haben könnten. Dabei handelt es sich um ein breites Spektrum von natur-, technik- und gesellschaftsbedingten Ereignissen. Für die Zielvorgabe sind insbesondere Ereignisse relevant, welche eine erhöhte Krankheitslast in der Bevölkerung zur Folge hätten und nicht als Unfall nach Artikel 4 ATSG<sup>94</sup> definiert sind. Darunter fielen beispielsweise längere Ausfälle und Einschränkungen von kritischen Infrastrukturen (Stromversorgung, Trinkwasserversorgung, Heilmittelsversorgung), Naturgefahren (Hitzewelle) und andere gesellschaftliche Gefährdungen (Andrang Schutzsuchender). Als Unfall betrachtet würden Ereignisse wie gravitative Naturgefahren (Hochwasser, Lawinen, Felssturz), Unfälle in Produktions-, Verteil- und Speichieranlagen (Atomkraftwerk) oder andere gesellschaftsbedingte Gefährdungen (Terrorismus und Cyber-Kriminalität).

Die Kantone trifft wiederum eine Mitteilungspflicht, analog zu den festgelegten Kostenzielen. Sie teilen die ergriffenen Massnahmen dem BAG mit, das sie veröffentlicht. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, dass Massnahmen, welche sich in einzelnen Kantonen als erfolgreich erwiesen haben, auch in anderen Kantonen rasch bekannt werden.

Bezüglich der zeitlichen Abfolge von festgelegten Kostenzielen und ergriffenen Korrekturmassnahmen ist Folgendes auszuführen: In jenem Jahr, in dem Massnahmen wie Tarifiereduktionen umgesetzt werden, hat dies einen Einfluss auf die Kostenentwicklung gegenüber dem Vorjahr. Wenn beispielsweise aufgrund einer Zielüberschreitung im Jahr 1 im Jahr 2 eine Tarifiereduktion für das Jahr 3 beschlossen wird, wird das Kostenwachstum im Vergleich zum Vorjahr im Jahr 3 auch ohne Verhaltensänderung der Leistungserbringer weniger hoch ausfallen als im Jahr 1 und 2. Die Umsetzung von Massnahmen nach der Zielüberschreitung im Jahr 1 hat also möglicherweise zur Folge, dass das Ziel für das Jahr 3 erreicht wird, ohne dass die Leistungserbringer ihr Verhalten geändert hätten. Im darauffolgenden Jahr 4 würde bei weiterhin ausbleibender Verhaltensänderung das Ziel möglicherweise wieder überschritten, mit der Option von weiteren Tarifiereduktionen in den folgenden Jahren. Korrekturmassnahmen als Folge von Zielüberschreitungen in früheren Jahren können insofern dazu führen, dass die Ziele auch ohne Verhaltensänderungen vorübergehend erreicht werden. Dies beseitigt indes nicht den Anreiz der Tarifpartner, zur Vermeidung weiterer Tarifiereduktionen eigene Massnahmen vorzusehen, damit die Ziele erreicht werden.

<sup>92</sup> SR 818.101

<sup>93</sup> BABS (2015) Katastrophen und Notlagen Schweiz: Risikobericht 2015, Bern.  
<https://www.babs.admin.ch/de/aufgabenbabs/gefahrd Risiken/natgefahrdanalyse.html>

<sup>94</sup> Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

*Art. 54e Eidgenössische Kommission für Kostenziele*

Der Bundesrat setzt eine Kommission ein, die ihn bei der Festlegung der Kostenziele, der Kostenblöcke und der für alle Kantone einheitlichen Toleranzmarge berät.

Die Kommission setzt sich zusammen aus Vertretern der Kantone, der Leistungserbringer, der Versicherer und der Versicherten sowie unabhängigen Fachpersonen, insbesondere aus Medizin und Ökonomie.

Die Bestimmung kann vom Bundesrat weiter konkretisiert werden. Im Übrigen gelten die allgemeinen Bestimmungen zu ausserparlamentarischen Kommissionen im Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997 (RVOG)<sup>95</sup> und in der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung vom 25. November 1998 (RVOV)<sup>96</sup>.

*Art. 55 aufgehoben*

Artikel 55 KVG enthielt bisher die Möglichkeit für die jeweils zuständige Behörde, die Tarife und Preise nicht zu erhöhen, falls die Kosten pro versicherte Person und Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung doppelt so stark wie die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung steigen. Diese Bestimmung wird ersetzt durch die Bestimmungen zur Zielvorgabe (Art. 54 bis 54e VE-KVG), welche sich unter anderem ebenfalls auf die wirtschaftliche Entwicklung beziehen und neu auch die Möglichkeit einer Senkung von Tarifen und Preisen enthalten. Artikel 55 KVG kann deshalb aufgehoben werden.

*Art. 64 Abs. 7 Bst. b und c*

Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG wird mit den Hinweisen auf Leistungen bei Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), Unfällen (Art. 28 KVG) und Leistungen bei straflosem Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG) ergänzt. Folgende Leistungen sollen, zeitlich befristet, von der Kostenbeteiligung befreit sein:

- Allgemeine Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG) – sind bereits heute von der Kostenbeteiligung befreit
- Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a KVG) – sind bereits heute von der Kostenbeteiligung befreit
- Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG)
- Unfälle (Art. 28 KVG)
- strafloser Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG).

Wie bisher sollen Leistungen der Prävention nach Artikel 26 KVG (u.a. auch der Krebsabstrich) nicht von der Kostenbeteiligung befreit werden, selbst wenn diese im Rahmen einer Schwangerschaftskontrolle durchgeführt werden. Ebenso sind die zahnärztlichen Behandlungen nach Artikel 31 KVG nicht von der Kostenbeteiligung befreit.

<sup>95</sup> SR 172.010

<sup>96</sup> SR 172.010.1

In Artikel 64 Absatz 7 wird ein Buchstabe c eingefügt. Auf den Leistungen der Erstberatungsstelle, die mit der Pauschale nach Artikel 40c als abgedeckt gelten, wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Dies weil der Versicherer sie unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug bezahlt.

### *Übergangsbestimmungen*

#### *Abs. 1*

In Bezug auf die Qualitätsentwicklung gelten auch für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung zukünftig die Vorgaben nach Artikel 58a KVG<sup>97</sup>. Bis sich jedoch ein Verband der Netzwerke zur koordinierten Versorgung gebildet hat, schliessen diese mit den Verbänden der Leistungserbringer jeweils einzeln eigene Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) nach Artikel 58a ab.

#### *Abs. 2*

Ärzte und Ärztinnen, die während mindestens zwei Jahren vor dem Inkrafttreten dieser Änderung zugelassen und in der medizinischen Grundversorgung tätig waren, ohne über einen der Weiterbildungstitel nach Artikel 40a Absatz 3 Buchstabe a zu verfügen, können die Funktion einer Erstberatungsstelle nach Artikel 40a Absatz 3 ausüben, wenn sie die spezifischen hausärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten anderweitig erworben haben. Der Kanton entscheidet auf Gesuch der Ärztin oder des Arztes, ob sie oder er diese Voraussetzungen erfüllt.

#### *Abs. 3*

In Bezug auf die Festlegung von Referenztarifen für stationäre ausserkantonale Wahlbehandlungen nach den Anforderungen von Artikel 41 Absatz 1<sup>bis</sup> KVG wird den Kantonen eine Übergangsfrist von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes eingeräumt. Damit wird sichergestellt, dass den Kantonen genügend Zeit für die Vorbereitung des Vollzugs verbleibt.

#### *Abs. 4*

In Artikel 42 Absatz 3<sup>ter</sup> wird die elektronische Rechnungsübermittlung geregelt. Die Umsetzung dieser neuen Bestimmung wird den Tarifpartnern überlassen. Sie müssen sich auf einen schweizweit einheitlichen Standard einigen. Nach der Einigung müssen die Leistungserbringer und die Krankenversicherer die notwendigen Vorkehrungen treffen, um die Massnahme umsetzen zu können. Das benötigt Zeit. Deshalb braucht es ab Inkrafttreten der Gesetzesrevision bis die Rechnungen elektronisch übermittelt werden müssen, eine zweijährige Übergangsfrist.

#### *Abs. 5*

In den Übergangsbestimmungen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die bisherigen statistischen Erhebungen vervollständigt werden müssen, um Kostenziele einführen zu können. Die statistischen Grundlagen zur Einführung der Kostenziele müssen spätestens für das zweite Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes von den Versicherern dem BAG zur Verfügung gestellt werden. Die Daten der erstmaligen Lieferung beziehen sich also auf das zweite Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes. Sie

<sup>97</sup> BBI 2019 4469. Die Gesetzesänderung ist noch nicht in Kraft getreten.

müssen also nach Abschluss dieses zweiten Jahres von den Versicherern an das BAG geliefert werden.

*Abs. 6*

Zudem wird in den Übergangsbestimmungen die Übergangsperiode festgelegt, nach welcher die zuständige Behörde in Variante 2 (Muss- statt Kann-Bestimmung bei den Korrekturmassnahmen, vgl. Art. 54d VE-KVG) verpflichtet ist, angemessene prospektive Korrekturmassnahmen vorzunehmen. Die zuständige Behörde ist demnach verpflichtet, spätestens für das achte Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes solche zu ergreifen. Werden die bereits zuvor gesetzten Kostenziele im sechsten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes also überschritten, muss die zuständige Behörde im siebten Jahr prospektive Korrekturmassnahmen festlegen, mit erstmaliger Wirkung im achten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes.

Um das System der Zielvorgaben schrittweise zu verstärken, können Bund und Kantone im Rahmen ihres Handlungsspielraums eine im Zeitablauf graduelle Verstärkung der Kostenziele und Korrekturmassnahmen vornehmen. Hierzu bedarf es keiner weiteren Übergangsbestimmungen.

*Abs. 7*

In Artikel 18 Absatz 2 <sup>septies</sup> Buchstabe b wird ein Fonds für Rückersattungen nach Artikel 52b eingeführt. In der Übergangsbestimmung wird festgelegt, dass Beträge, die die Zulassungsinhaberinnen von Arzneimitteln bisher dem Insolvenzfonds nach Artikel 47 KVAG rückerstattet haben, bei Inkrafttreten der Änderung vom... dem Fonds für Rückerstattungen nach Artikel 18 Absatz 2 <sup>septies</sup> Buchstabe b übertragen werden. Dazu zählen auch Rückerstattungen von bisher verfügbaren Preismodellen. Eine Übertragung der Beträge in den Fonds für Rückerstattungen hat zur Folge, dass dem Fonds zusätzliche Beträge zur Verfügung stehen, welche direkt an die OKP weitergegeben werden können. Die Übertragung der Beiträge in den Fonds für Rückerstattungen hat einen direkten Einfluss auf die Prämien der Versicherer und folglich einen kostendämpfenden Effekt für die OKP. Mit der Massnahme kann die OKP entlastet werden, wodurch diese im öffentlichen Interesse liegt. Den einzahlenden Zulassungsinhaberinnen entsteht kein Nachteil, da sie die Beträge ohnehin schon an die gemeinsame Einrichtung KVG zu erstatten haben.

*Änderung anderer Erlasse*

*1. Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)*

*Vorbemerkung: Koordination mit dem Geschäft 17.022 «IVG. Änderung (Weiterentwicklung der IV)»*

Eine Botschaft muss sich auf geltendes Recht stützen. Das Parlament hat am 19. Juni 2020 das Geschäft 17.022 betreffend die Weiterentwicklung der IV verabschiedet. Die Referendumsfrist hierzu läuft noch bis 8. Oktober 2020.<sup>98</sup>

<sup>98</sup> Vgl. BBl 2020 5535

Die nachfolgend aufgeführten Bestimmungen entsprechen dem Geschäft 17.022, Stand 19. Juni 2020, einschliesslich den Änderungsvorschlägen der vorliegenden Vorlage (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2).

*Art. 14            Umfang der medizinischen Massnahmen und Voraussetzungen für die Leistungsübernahme*

Die Absätze 1, 3 und 4 entsprechen dem Beschluss des Parlaments im Rahmen des Geschäfts 17.022.

*Absatz 2*

Mit der Einfügung eines direkten Verweise auf das KVG soll sichergestellt werden, dass die Anpassungen in Artikel 32 Absatz 3 VE-KVG auch ins IVG übernommen werden. Der im Rahmen der Weiterentwicklung der IV beschlossene Artikel 14 Absatz 2 VE-IVG erfährt materiell ansonsten keine Änderungen. Deshalb wird auch der im Rahmen der parlamentarischen Beratung eingefügte deklaratorische Zusatz, dass bei seltenen Krankheiten die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt werden muss, beibehalten.

*Art. 14bis        Kostenvergütung für stationäre Behandlungen*

Die Änderung betrifft einzig den franz. Text und bezieht sich nur auf die Sachüberschrift und den ersten Satz. Dabei handelt es sich nicht um eine materielle Änderung. Es wird einzig die Terminologie von Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe a IVG übernommen. Diese rein redaktionelle Anpassung entspricht der Weiterentwicklung der IV, ging aber in deren Verfahren vergessen und wird nun hier nachgeholt.

*Art. 14ter        Bezeichnung der Leistungen*

Die Absätze 1 bis 5 entsprechen dem Beschluss des Parlaments im Rahmen des Geschäfts 17.022.

*Absätze 6 und 7*

Mit der Einführung dieser Absätze wird analog zu Artikel 52b VE-KVG die gesetzliche Grundlage geschaffen, damit das zuständige Bundesamt für die IV-Arzneimittelliste gemäss Absatz 5 Preismodelle umsetzen kann. Bei diesen Rückerstattungen handelt es sich um eine Verminderung von IV-Ausgaben, welche als solche stets in den Ausgleichsfonds der Invalidenversicherung nach Artikel 79 IVG zurückfliessen. Der Bundesrat regelt die Einzelheiten.

*Absatz 8*

Dieser ordnet neu analog zu Artikel 52c VE-KVG die Geheimhaltung: Der Zugang zu amtlichen Dokumenten wird verweigert, sofern diese die Höhe, die Berechnung oder die Modalitäten der Rückerstattungen bei den Preismodellen betreffen.

*Art. 47b            Elektronische Rechnungsstellung*

Dem BSV wird die Möglichkeit eingeräumt, Leistungserbringer zu bezeichnen, welche ihre Rechnungen elektronisch zu übermitteln haben. Im Gegensatz zum KVG, wo die elektronische Rechnungsstellung schon seit längerem verbreitet ist, wird auf

eine generelle Pflicht zur elektronischen Abrechnung verzichtet. Der Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung richtet sich dabei nach dem im Verfahren gemäss Artikel 42 Absatz 3<sup>ter</sup> VE-KVG festgelegten Standard. Sollte der Bundesrat den Standard festlegen, gilt dieser auch für die Leistungserbringer der IV.

## 2. Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG)

### Art. 48 Bst. c aufgehoben

Mehreinnahmen, die aus der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln der Spezialitätenliste resultieren, und Rückerstattungen von bisher verfügbaren Preismodellen sollen an die Versicherer zurückfliessen können. Dies ist heute nicht der Fall, weil die Rückerstattungen in den von der gemeinsamen Einrichtung KVG geführten Insolvenzfonds fliessen. Die Verwaltung und Verteilung dieser Mittel ist neu in Artikel 52b VE-KVG geregelt. Deshalb kann Artikel 48 Buchstabe c KVAG aufgehoben werden.

## 6.5 Auswirkungen

### 6.5.1 Auswirkungen auf den Bund

#### Finanzielle Auswirkungen

Ziel dieser Neuregelungen ist, die Entwicklung der Kosten für Leistungen zu lasten der OKP einzudämmen und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Die Massnahmen sollten daher ebenfalls dazu beitragen, den Anstieg der Subventionen, die der Bund den Kantonen gemäss Artikel 66 Absatz 2 KVG zur Verbilligung der Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewährt, zu bremsen. Dieser Beitrag belastet das Bundesbudget mit rund 2,8 Milliarden Franken, und wird - weil prozentual (7.5%) an die Bruttokosten der OKP gebunden - in den kommenden Jahren weiter ansteigen.

Generell geht der Bundesrat davon aus, dass mit den vorgeschlagenen Massnahmen die Kostenentwicklung in allen vier grossen Kostenblöcken gebremst werden kann. Der Bundesrat erachtet insbesondere eine Zielvorgabe als ein geeignetes Instrument, um das vorhandene Effizienzpotenzial im Gesundheitswesen abschöpfen zu können, womit die Kostenentwicklung in der OKP gebremst werden kann. Dieses beträgt nach aktuellen Schätzungen 16% bis 19% der Kosten der KVG-pflichtigen Leistungen.<sup>99</sup> Die genauen Auswirkungen auf die Kostenentwicklung sind jedoch schwierig zu quantifizieren. Die noch laufende RFA für die Zielvorgabe wird eine genauere Analyse der möglichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen und eventuell weitere Optimierungen erlauben.

Auch mit der Einführung einer Erstberatungsstelle sind gewichtige Einsparungen zugunsten der OKP zu erwarten, da die Versicherer für ihre Versicherungen mit

<sup>99</sup> Vgl. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW und INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Laufende Revisionsprojekte > KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2

eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers durchschnittlich risikobereinigte Kosteneinsparungen von 14 % nachgewiesen haben. Geht man nun auch für die übrigen Versicherten, die bisher kein Versicherungsmodell abgeschlossen haben und im Jahr 2018 für 14 Milliarden Franken der Bruttokosten der OKP verantwortlich waren, von einem ähnlichen Einsparpotenzial aus, könnten Einsparungen in Milliardenhöhe resultieren. Allerdings haben die Versicherten mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ihr Versicherungsmodell freiwillig gewählt, und es ist unklar, wie sich diejenigen Versicherten verhalten (können), welche sich bis anhin nicht einschränken wollten. Wird deshalb das Einsparpotenzial für diese Gruppe etwas nach unten korrigiert, könnte die Einführung einer Erstberatungsstelle, vorsichtig geschätzt, zu Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken führen.

Aufgrund der Massnahmen zur Stärkung der koordinierten Versorgung dürften durch die Verhinderung unnötiger Behandlungen und der Koordination entlang der gesamten Versorgungskette weitere Einsparungen zu erwarten sein.

Dasselbe gilt für die Aufnahme von Arzneimitteln mit Preismodellen in die Spezialitätenliste und die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung. Beides wird insbesondere bei den Arzneimitteln zu tieferen Preisen und somit zu Einsparungen zugunsten der OKP führen. Einen Hinweis auf das mögliche Einsparpotenzial liefert eine Schätzung des BAG auf Basis der dreijährlichen Überprüfung der Arzneimittel der Spezialitätenliste. Diese hat ergeben, dass mit einer konsequenten Anwendung des Kostengünstigkeitsprinzips entsprechend der Massnahme M29 im Expertenbericht (nur das preisgünstigere Preisbildungselement Auslandspreisvergleich oder therapeutischer Quervergleich wäre für die Preisbildung relevant) im Rahmen der dreijährlichen Überprüfung der Jahre 2017-2019 bei den Originalpräparaten zusätzliche Einsparungen in der Höhe von rund 350 Millionen CHF erzielt worden wären.

Die kostendämpfende Wirkung hängt jedoch davon ab, wie die einzelnen Massnahmen konkret ausgestaltet und von den Akteuren umgesetzt werden. Es ist zum jetzigen Zeitpunkt deshalb nicht möglich, die konkreten finanziellen Folgen für den Bund eines grossen Teiles der Massnahmen zu quantifizieren.

Trotz der mit grossen Unsicherheiten behafteten Berechnungen geht das EDI grundsätzlich von einem Einsparpotenzial von über einer Milliarde Franken aus. Mit der Zielvorgabe soll überdies ein Instrument eingeführt werden, das zu einer langfristigen Senkung der Kostenwachstumsrate führen soll. Einen Spezialfall stellen die Anpassungen zur «Kostenbeteiligung Mutterschaft: Gleichbehandlung der Patientinnen» dar. Im Jahr 2017 entfielen rund 1,7 Mio. Franken auf die Kostenbeteiligung für Leistungen im Zusammenhang mit straflosen Schwangerschaftsabbrüchen nach Artikel 30 KVG, die nach der 13. Schwangerschaftswoche erfolgten. Die Kostenbeteiligung für Leistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft nach Artikel 25 KVG (allgemeine Leistungen bei Krankheit), 25a KVG (Pflegeleistungen bei Krankheit), 27 KVG (Geburtsgebrechen) und 28 KVG (Unfälle) betragen im Jahr 2017 rund 8,9 Mio. Franken. Daten für 2018 sind noch nicht vollständig erfasst. Diese Angaben basieren auf einer Erhebung bei 10 Versicherern, welche knapp die Hälfte der Versicherten in der Schweiz repräsentieren. Die Befreiung von der Kostenbeteiligung

nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG belastet die OKP folglich jährlich mit rund 10,6 Mio. Franken.

### **Personelle Auswirkungen**

Die Umsetzung einer «Zielvorgabe», von «Preismodellen» sowie die vermehrte Transparenz resp. die Veröffentlichung von weiteren Unterlagen sowie Informationen erfordern beim Bund voraussichtlich zusätzliche personelle Ressourcen. Im Rahmen der laufenden RFA wird der Vollzugaufwand einer Zielvorgabe geprüft. Auf dieser Basis wird sich der zusätzliche Ressourcenbedarf abschätzen lassen. Bei den Preismodellen ist ebenfalls ein Mehraufwand zu erwarten, weil die betroffenen Arzneimittel nach spätestens 2-3 Jahren erneut vertieft geprüft werden müssen.

Im Rahmen der Verabschiedung des Kostendämpfungsprogramms am 28. März 2018 hat der Bundesrat bereits Ressourcen gesprochen. Über weitere zusätzliche Ressourcen im Personalbereich für die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen wird je nach Ausgang der parlamentarischen Beratung der Vorlage im Rahmen der Inkraftsetzung zu entscheiden sein.

### **6.5.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete**

Bei den Massnahmen mit Kostendämpfungsbezug sowie den weiteren Massnahmen sind keine direkten Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden sowie auf urbane Zentren, Agglomerationen und Berggebiete zu erwarten. Grundsätzlich gilt für alle Massnahmen, dass eine Dämpfung der Kostenentwicklung dazu führt, dass die Versicherten weniger Prämien und die Kantone weniger Prämienverbilligungen zu bezahlen haben. Die möglichen Auswirkungen der anderen Massnahmen werden im Folgenden aufgeführt.

#### *Zielvorgabe*

Bei der Umsetzung der Zielvorgabe werden die Kantone eine zentrale Rolle spielen. Um ihre heutige Aufgabe, die Gesundheitsversorgung ihrer Wohnbevölkerung sicherzustellen, zu erfüllen, wird ein weitgehend dezentraler Ansatz verfolgt. Dieser lässt den Kantonen bei der Festlegung und Umsetzung der kantonalen Zielvorgabe die notwendigen Freiheiten, die Zielvorgabe auf kleinere Einheiten aufzuteilen und bei Überschreitung Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

Grundsätzlich ist damit zu rechnen, dass sich eine Zielvorgabe positiv auf die Kantons- und Gemeindefinanzen auswirken wird. Die Kantone sind neben den Versicherern die wichtigsten Kostenträger der Ausgaben für Leistungen nach KVG. Mit einer Zielvorgabe erhalten die Kantone ein zusätzliches Steuerungsinstrument. Sie haben einen beträchtlichen Spielraum, wie sie dieses Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie dafür einsetzen wollen.

#### *Erstberatungsstelle*

Die Kantone müssen prüfen, ob die Leistungserbringer, die Erstberatungsstelle sein wollen, die Voraussetzungen erfüllen. Gestützt auf diese Prüfung verfügen sie über das Gesuch um Aufnahme in die kantonale Liste, veröffentlichen ihre Liste und

aktualisieren sie. Auf die Gemeinden, urbanen Zentren, Agglomerationen und Berggebiete wirkt sich die Einführung einer Erstberatungsstelle nicht unmittelbar aus.

#### *Koordinierte Versorgung stärken*

Für die Kantone resultieren keine direkten finanziellen Auswirkungen aus diesem Vorschlag. Jedoch steht es ihnen offen, sich aktiv für den Aufbau von Netzwerken zur koordinierten Versorgung einzusetzen. Durch vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeiten bieten Netzwerke zur koordinierten Versorgung eine Möglichkeit, um auch in ländlichen Regionen und Berggebieten eine gute Versorgung sicherzustellen.

### **6.5.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft**

Angesichts der über 80 Milliarden Franken, die jährlich für das Gesundheitswesen aufgewendet werden, kommt diesem eine grosse volkswirtschaftliche Bedeutung zu. Ungeachtet der finanziellen Grössenordnung, welche die vorgeschlagenen Massnahmen ausmachen, und unter Berücksichtigung des hohen prozentualen Anteils der Gesundheitskosten, den die Versicherten selbst tragen, steigern die Massnahmen durch die Dämpfung des Prämienanstieges die Kaufkraft der Bevölkerung.

Alle Gesundheitsakteure werden in die Pflicht genommen. Tarifpartner, Versicherte sowie Bund und Kantone tragen gemeinsam die Verantwortung für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen.

#### *Zielvorgabe*

Das Effizienzpotenzial im Gesundheitswesen ist unter anderem bedingt durch die im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren ausgeprägte Informationsasymmetrie und die daraus folgende angebotsinduzierte Nachfrage, überhöhte Vergütungen beziehungsweise Tarife und Preise für medizinische Leistungen und Güter, Fehlansätze in der Vergütung (z.B. Einzelleistungsvergütung), produktive Ineffizienzen sowie die verstärkte Nachfrage durch die Versicherungsdeckung (*moral hazard* bzw. nachfrageseitige Mengenausweitung).

Einerseits soll die Zielvorgabe die Transparenz erhöhen. Durch die Benennung einer aufgrund von Indikatoren hergeleiteten Grössenordnung für ein vernünftiges Kostenwachstum wird transparent, welcher Teil des Kostenwachstums erklärbar ist und welcher Teil wahrscheinlich auf Mengenausweitungen und überhöhte Tarife und Preise zurückzuführen ist. Dies verstärkt den Handlungsdruck und reduziert den Spielraum für Sonderinteressen zur Erzielung von Gewinnen auf Kosten der übrigen Volkswirtschaft. Die Wohlfahrt der gesamten Volkswirtschaft dürfte in der Folge steigen.

Andererseits verändert die Zielvorgabe die Anreize der Tarifpartner. Die Verhandlungsbereitschaft insbesondere der Leistungserbringer steigt, weil bei Nichterreichen von kostensparenden Vereinbarungen Tarifeingriffe von Bund und Kantonen drohen. Da die erzielbaren Einnahmen nicht mehr wie heute grundsätzlich unbegrenzt sind, wird eine angebotsinduzierte Mengenausweitung und Beibehaltung des *status quo* bei den Tarifen weniger attraktiv gegenüber tarifpartnerschaftlichen Innovationen. Die Tarifpartnerschaft wird gegenüber dem heutigen Zustand belebt. Die Massnahme verstärkt somit auch die Wirkung von Massnahmen des Kostendämpfungspakets 1, insbesondere die Verpflichtung der Tarifpartner zur Vereinbarung von Massnahmen zur Steuerung der Kosten. Wenn die Tarifpartner

Regelungen treffen, welche angemessene Vergütungen für die notwendigen Mengen zur Sicherstellung der Versorgung vorsehen, und dafür in den Verhandlungen auch das bei den Tarifpartnern dezentral vorhandene Wissen mobilisieren, um Ineffizienzen zu reduzieren, hat dies positive Folgen für die gesamte Volkswirtschaft.

Die Einführung einer Zielvorgabe wird einen gewissen initialen Vollzugaufwand auslösen und anschliessend einen regelmässigen administrativen Aufwand für die involvierten Stellen und Akteure (insbesondere Bund, Kantone, Tarifpartner) zur Folge haben. Der Aufwand hängt auch davon ab, wie differenziert die Zielvorgaben umgesetzt werden. Grundsätzlich gilt, je differenzierter die Zielvorgabe ausgestaltet wird, desto höher ist der Aufwand für die Beteiligten. Detaillierte Ergebnisse und Analysen betreffend Vollzugaufwand und möglicher volkswirtschaftlicher Auswirkungen sind von der laufenden RFA zu erwarten.

Angesichts des beträchtlichen Einsparpotenzials würde der Nutzen (im Sinne kostendämpfender Auswirkungen) einer Zielvorgabe gewisse Kosten für deren Umsetzung jedenfalls rechtfertigen.

#### *Erstberatungsstelle*

Mit der Verpflichtung für alle Versicherten, eine Erstberatungsstelle zu wählen, können unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermieden werden.

Das System der Erstberatungsstelle wertet die Grundversorger und die telemedizinischen Zentren auf. Zugleich verstärkt es die Abhängigkeit der Spezialisten von diesen. Denn die versicherte Person muss sich grundsätzlich bei jeder neuen Erkrankung zuerst an die Erstberatungsstelle wenden und ist von deren Überweisung abhängig, um einen Spezialisten aufzusuchen. Die meisten Versicherer bieten bereits besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers an. Neu muss der Versicherer in der ordentlichen Versicherung die Meldung des Versicherten, wer seine Erstberatungsstelle sein soll, verarbeiten. Zudem müssen die Versicherer bei den Rechnungen der Versicherten der neuen ordentlichen Versicherung prüfen, ob sie von deren Erstberatungsstelle gestellt sind oder ob ihre Überweisung vorliegt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Prüfungen den heutigen Prüfungen bei den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sehr ähnlich sind.

Die Versicherer können prüfen, ob bei den Versicherten, die Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abgeschlossen haben, die bisherige erste Anlaufstelle (Hausarzt, telemedizinisches Zentrum...) zur Erstberatungsstelle werden kann. Die Versicherten müssen bei der Einführung der neuen Regelung bei der Erstberatungsstelle ihrer Wahl eine Bestätigung einholen, dass sie bereit ist, diese Funktion für sie zu übernehmen, und die Bestätigung ihrem Versicherer zustellen

#### *Koordinierte Versorgung stärken*

Die Versicherer oder ihre Verbände müssen mit den Netzwerken zur koordinierten Versorgung Tarifverträge aushandeln. Dadurch entsteht für sie ein gewisser Mehraufwand.

Bestehende Modelle hausarztorientierter Versorgungsformen (Gruppenpraxen, Ärztenetze etc.) können sich zu einem Netzwerk zur koordinierten Versorgung weiterentwickeln. Ein gewisser Initialaufwand zur Bildung von Netzwerken zur

koordinierten Versorgung (v. a. rechtliche und organisatorische Vorbereitungsarbeiten) seitens der Akteure wird jedoch nötig sein. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese Versorgungsform dem Bedürfnis von jungen Ärztinnen und Ärzten nach Teilzeitarbeit und interprofessioneller Zusammenarbeit im Team entspricht.<sup>100</sup>

#### *Preismodelle und Rückerstattungen*

Die Umsetzung von Preismodellen führt bei den Zulassungsinhaberinnen, den Krankenversicherern und der gemeinsamen Einrichtung KVG zu einem höheren Aufwand, da die Rückerstattungen von den Versicherern kontrolliert und eingefordert sowie von den Zulassungsinhaberinnen eingestellt, kontrolliert und ausbezahlt werden müssen. Dieser Aufwand ist notwendig, damit bei hochpreisigen Arzneimitteln weiterhin ein rascher Zugang zu wirtschaftlichen Preisen möglich bleibt.

#### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

Die neue Bestimmung kann initial zu zusätzlichen Kosten für die Anpassung der Infrastruktur führen. Diese dürfte massvoll sein, da bereits heute zwei Drittel der Rechnungen elektronisch übermittelt werden und davon auszugehen ist, dass fast alle Leistungserbringer bereits heute mit einem elektronischen Abrechnungssystem arbeiten. Längerfristig wird die elektronische Rechnungsübermittlung zu einer Senkung der Verwaltungskosten der Versicherer und vermutlich auch der Leistungserbringer führen. Dazu kommt, dass die Versicherer die Rechnungskontrolle systematischer und effizienter und damit kostengünstiger vornehmen können. Dank einem gesamtschweizerisch einheitlichen Standard für die Rechnungsübermittlung werden die Rechnungen zukünftig alle in derselben Form erstellt und eingereicht. Das wird die Kontrolle erheblich vereinfachen. Eine verstärkte Rechnungskontrolle kann auch dazu führen, dass sich die Leistungserbringer auf das erforderliche Mass beschränken, welches für den Behandlungszweck nötig ist.

### **6.5.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft**

Die Schweiz verfügt über ein gutes Gesundheitssystem und eine hohe Patientenzufriedenheit bezüglich Qualität und Nutzen. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung befindet sich im internationalen Vergleich auf einem hohen Niveau, und der Zugang zum Gesundheitssystem ist gesichert. Dies gilt es zu bewahren. Weniger gut gestaltet sich in der Schweiz die Situation bezüglich Finanzierungsgerechtigkeit. Mit einer durchschnittlichen Zunahme der Krankenversicherungsprämien um vier Prozent pro Jahr stellen die Prämien heute für einen grossen Teil der Schweizer Bevölkerung eine spürbare finanzielle Belastung dar. Im Jahr 2018 stieg die durchschnittliche Monatsprämie für Erwachsene (mit Unfalldeckung) im Mittel um 4,0 Prozent; sie liegt jetzt im Schweizer Durchschnitt bei 465.30 Franken (von 354 Fr. im Kanton Appenzell-Innerrhoden bis 591.80 Fr. im Kanton Basel-Stadt). Die Prämien für Kinder stiegen im Durchschnitt gar um 5,0 Prozent auf 110.50 Franken und diejenigen für junge Erwachsene um 4,4 Prozent auf 432.50 Franken pro Monat. Insbesondere die Mittelschicht, die keine Prämienverbilligungen erhält, ist stark

<sup>100</sup> Vgl. Gisler LB, Bachofner M, Moser-Bucher CN et al. (2017): From practice employee to (co-)owner: young GPs predict their future careers: a cross-sectional survey. BMC Fam Pract 2017;18:12

davon betroffen. Die Beschränkung des Anstiegs der Gesundheitskosten muss daher ein zwingendes Ziel der Sozialpolitik des Bundes sein. Die vorgeschlagenen Neuerungen sollen das medizinisch nicht begründbare Mengen- und Kostenwachstum reduzieren und somit den Anstieg der OKP-Kosten und daraus folgend den Prämienanstieg dämpfen sowie die Qualität der medizinischen Versorgung steigern und die Versorgungssicherheit stärken. Von tieferen Prämien profitieren die versicherten Personen und damit die ganze Gesellschaft direkt.

Insbesondere bei der Zielvorgabe müssen begleitende Massnahmen wie ein zeitnahes Monitoring sicherstellen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung mindestens gleich und die Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt. Allfällige negative Auswirkungen auf Versorgungssicherheit und –zugang müssen frühzeitig erkannt werden, um gegebenenfalls korrigierende Massnahmen zu ergreifen.

Grundsätzlich sollen Massnahmen wie die Erstberatungsstelle oder die Stärkung der koordinierten Versorgung die Effizienz und die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern.

Mit der Verpflichtung für alle Versicherten, eine Erstberatungsstelle zu wählen, sollen auch die 30 Prozent Versicherten, die keine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abgeschlossen haben, beim Eintritt ins Gesundheitssystem beraten werden. Zwar hat die versicherte Person dadurch die zusätzliche Pflicht, sich zuerst an die gewählte Stelle zu wenden, doch können damit unnötige Untersuchungen und Behandlungen vermieden werden. Abgesehen von dieser Pflicht zu Beginn einer Erkrankung kann die versicherte Person, die keine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abgeschlossen hat, ihre Leistungserbringer weiterhin wählen.

Der Versicherer entschädigt die Erstberatungsstelle für ihre spezifischen Leistungen durch eine Pauschale. Damit hat sie ein Interesse, diese Funktion für gesunde Personen auszuüben, die sich nicht oder wenig an sie wenden. Kranke Personen geben ihr jedoch die Möglichkeit, weitere Leistungen zu erbringen. Deshalb kann angenommen werden, dass die Ärztinnen und Ärzte den Versicherten, für welche sie die Funktion der Erstberatungsstelle ausüben, grundsätzlich gleichen Zugang gewähren werden.

Mit den beiden Massnahmen zur Förderung der koordinierten Versorgung («Netzwerke zur koordinierten Versorgung» und «Programme der Patientenversorgung») werden aktuelle Entwicklungen in der schweizerischen Gesundheitsversorgung aufgenommen und unterstützt. So ist in den letzten Jahren eine Vielzahl von Modellen und Ansätzen zur besseren Koordination der Versorgung entstanden. Dies zeigt eine Erhebung des Obsan von 2015/2016. Insgesamt wurden 162 solcher «Initiativen» (Organisationen, Netzwerke, Modelle, Programme usw.) identifiziert. Davon wurden 50% zwischen 2010 und 2016 lanciert. Die grosse Mehrheit der Initiativen verfolgt das Ziel, die Koordination und Integration der Leistungen zu verbessern (97%) und unerwünschte Ereignisse sowie Kosten zu reduzieren (86%).<sup>101</sup>

Massnahmen, die die Preise von Arzneimitteln betreffen, können die Versorgungssicherheit der Schweizer Bevölkerung mit notwendigen Arzneimitteln beeinflussen.

<sup>101</sup> Vgl. Schusselé et al. (2017): Integrierte Versorgung in der Schweiz. Ergebnisse der 1. Erhebung 2015–2016 (Obsan Dossier 57). Neuchâtel <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/soins-integres-en-suisse>

Der Einfluss der vorgesehenen Massnahmen auf die Versorgungssicherheit lässt sich schwer abschätzen. Die vorgesehene Möglichkeit, die Wirtschaftlichkeit teurer und günstiger Arzneimittel in unterschiedlicher Tiefe und Häufigkeit zu prüfen, dürfte sich positiv auf die Versorgungssicherheit mit günstigen Arzneimitteln auswirken. Bei der Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung der Arzneimittel kann der Versorgungssicherheit Rechnung getragen werden. Mit der Massnahme «Preismodelle und Rückerstattungen» stehen nicht zuletzt die hohen Preise bei neuen Leistungen, insbesondere neuen Arzneimitteln oder Kombinationstherapien aber auch bei Medizinprodukten im Fokus. Deren hohen Preise werden das Gesundheitssystem in der nahen Zukunft zunehmend belasten. Zur Vermeidung möglicher Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit sollen Preismodelle für die Bevölkerung einen raschen und wirtschaftlichen Zugang zu neuen und innovativen Therapien garantieren, welche ansonsten nicht mehr bezahlbar sind oder nur stark verzögert in der Schweiz auf den Markt kämen.

### **6.5.5 Auswirkungen auf die Umwelt**

Es sind keine Auswirkungen auf die Umwelt zu erwarten; die entsprechenden Fragen wurden daher nicht geprüft.

### **6.5.6 Andere Auswirkungen**

Es sind keine weiteren Auswirkungen zu erwarten; es wurden daher keine weiteren Fragen geprüft.

## **6.6 Rechtliche Aspekte**

### **6.6.1 Verfassungsmässigkeit**

Nach Artikel 117 Absatz 1 BV erlässt der Bund Vorschriften über die Kranken- und die Unfallversicherung. Dabei handelt es sich um eine umfassende Bundeskompetenz, die dem Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum lässt. Namentlich die Regelung der Finanzierung der von der OKP zu übernehmenden Leistungen bleibt dem Bundesgesetzgeber überlassen.<sup>102</sup>

Im Zusammenhang mit der Einführung einer Zielvorgabe ist in Bezug auf die Leistungserbringer festzuhalten, dass die Sozialversicherung als solche der Wirtschaftsfreiheit weitgehend entzogen ist. In Bereichen, in denen von vornherein kein privatwirtschaftlicher Wettbewerb herrscht, wie bei der Festlegung von Tarifen und Preisen für Leistungen, die durch die staatlich (mit)finanzierte Sozialversicherung bezahlt werden, sind Vorschriften zulässig. Die Wirtschaftsfreiheit gibt insbesondere keinen Anspruch darauf, in beliebiger Höhe Leistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung zu generieren.<sup>103</sup> Das KVG bezweckt eine sozialverträgliche Krankenversicherung und nicht die Sicherung von Einkommen und Gewinnen der Leistungserbringer.<sup>104</sup>

<sup>102</sup> Gächter/Reinold-Burch, in: Waldmann et al [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 117 Rz 4-6.

<sup>103</sup> Vgl. BGE 143 V 369, E. 5.4.3 in fine; BGE 132 V 6, E. 2.5.2; BGE 130 I 26, E. 4.3.

<sup>104</sup> Vgl. BVGer C-1966/2014, E. 4.3.

In Bezug auf die versicherten Personen ist auszuführen, dass das schweizerische Verfassungsrecht kein «Grundrecht auf Gesundheit» kennt.<sup>105</sup> Nach Artikel 117a Absatz 1 BV sorgen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Dabei handelt es sich um eine Programmnorm, die zu keinen Leistungsansprüchen führt.<sup>106</sup> Individuelle Ansprüche auf bestimmte Leistungen und deren Zugänglichkeit können sich jedoch aus anderen Verfassungsbestimmungen ergeben. So lässt sich eine staatliche Pflicht zur Gewährleistung einer bedürftigkeitsabhängigen Minimalversorgung mit Gesundheitsleistungen etwa auf das Recht auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV) stützen.<sup>107</sup>

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung wird diesen Verfassungsbestimmungen gerecht. Mit der Einführung einer Zielvorgabe bleibt die Kostenübernahme der versicherten Leistungen gewährleistet (Art. 54 Abs. 4 VE-KVG). Um den Zugang der versicherten Personen zu den versicherten Leistungen sicherzustellen, dürfen die festgelegten Kostenziele und Korrekturmassnahmen nicht so einschneidend sein, dass gewisse gesetzliche Pflichtleistungen gar nicht mehr verfügbar wären, etwa wenn unabdingbare Leistungserbringer ihre Tätigkeit einstellen würden. Korrekturmassnahmen bei Überschreiten der Kostenziele haben jedoch grundsätzlich nur Einfluss auf die Höhe der Vergütung der Leistungen an die Leistungserbringer, nicht aber auf den Zugang der versicherten Personen zu diesen Leistungen. Zudem werden allfällige Auswirkungen der Zielvorgabe auf die Qualität der Leistungen regelmässig geprüft, sodass, falls erforderlich, Gegenmassnahmen ergriffen werden könnten (Art. 54 Abs. 5 VE-KVG). Damit bleibt eine ausreichende und qualitativ hochstehende medizinische Grundversorgung sichergestellt.

Nach dem Gesagten sind die Bestimmungen zur Zielvorgabe verfassungskonform und beachten das Verhältnismässigkeitsprinzip. Sie sind geeignet, erforderlich und zumutbar, um der Kostenentwicklung in der OKP einen festen Rahmen zu geben.

### **6.6.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen der Schweiz**

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen dürfen den internationalen Verpflichtungen der Schweiz nicht widersprechen. Sie müssen insbesondere mit dem Abkommen vom 21. Juni 1999<sup>108</sup> zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA) und dem Übereinkommen vom 4. Januar 1960<sup>109</sup> zur

<sup>105</sup> Eugster, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2016, E. Rz 14, 15.

<sup>106</sup> Gächter/Renold-Burch, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 117a Rz 21, 25.

<sup>107</sup> Vgl. Eugster, in: Meyer [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2016, E. Rz 14, 15; Gächter/Werder, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 12 Rz 2-5, 25, 34; Tschentscher, in: Waldmann et al. [Hrsg.], Basler Kommentar zur Bundesverfassung, 2015, Art. 10 Rz 17.

<sup>108</sup> SR 0.142.112.681.

<sup>109</sup> SR 0.632.31.

Errichtung der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) (EFTA-Übereinkommen) vereinbar sein. Anhang II zum FZA und Anhang K Anlage 2 zum EFTA-Übereinkommen führen dazu aus, dass in der Schweiz im Verhältnis zu den EU- oder EFTA-Staaten das europäische Koordinationsrecht der EU betreffend die Systeme der sozialen Sicherheit, zum Beispiel die Verordnung (EG) Nr. 883/2004<sup>110</sup> sowie die Verordnung (EG) Nr. 987/2009<sup>111</sup>, anwendbar ist. Dieses Recht bezweckt im Hinblick auf die Garantie der Personenfreizügigkeit keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die «Etats parties» können über die konkrete Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten und die Organisation der Systeme der sozialen Sicherheit weitgehend frei bestimmen. Dabei müssen sie jedoch die Koordinationsgrundsätze wie zum Beispiel das Diskriminierungsverbot, die Anrechnung der Versicherungszeiten und die grenzüberschreitende Leistungserbringung beachten, die in der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und in der entsprechenden Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 geregelt sind.

### *Zielvorgabe*

Die Einführung einer Zielvorgabe verfolgt hauptsächlich ein internes Ziel der Schweiz: die Steuerung der Kostenentwicklung in der OKP. Sie betrifft vor allem Akteure in der Schweiz (Kantone, Leistungserbringer, Versicherer und versicherte Personen). Die vorgeschlagenen Bestimmungen zur Zielvorgabe sind mit den oben erwähnten internationalen Verpflichtungen der Schweiz und den Regelungen des europäischen Koordinationsrechts kompatibel.

Einen Sonderfall stellen allenfalls Konstellationen mit Auslandsbezug nach Artikel 34 Absatz 2 KVG (i.V.m. Art. 36-37 KVV) dar, zum Beispiel bei Programmen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit (Art. 36a KVV). Sofern sich in solchen Konstellationen zukünftig Konflikte ergeben sollten, hätte der Bundesrat die Möglichkeit, die entsprechenden Leistungsbereiche von der Zuteilung in einen Kostenblock auszunehmen (vgl. Art. 54a Abs. 4 VE-KVG).

### *Erstberatungsstelle*

Die vorgeschlagenen Bestimmungen über die Erstberatungsstelle sind mit den eingangs erwähnten internationalen Verpflichtungen der Schweiz und Regelungen des europäischen Koordinationsrechts kompatibel. Auf die unterschiedlichen Versicherkategorien haben sie die folgenden Auswirkungen:

Personen, die in der Schweiz wohnen und hier versichert sind, haben während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem Land der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen mit der europäischen Krankenversicherungskarte gestützt auf Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 Anspruch auf alle

<sup>110</sup> Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1. Eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.1.

<sup>111</sup> Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1. Eine unverbindliche, konsolidierte Fassung dieser Verordnung ist veröffentlicht in SR 0.831.109.268.11.

Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Auf solche Behandlungen sind die Regelungen des Krankenversicherungsrechts des Aufenthaltslandes anwendbar. Aus diesen Gründen kann für notwendige Behandlungen in einem EU-/EFTA-Land keine Überweisung der Erstberatungsstelle in der Schweiz verlangt werden.

Versicherte, die in der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und in der Schweiz versichert sind, haben das Behandlungswahlrecht, das heisst, sie können sich wahlweise in ihrem Wohnland und/oder in der Schweiz medizinisch behandeln lassen. Dabei ist jeweils das Krankenversicherungsrecht des Behandlungslandes anwendbar. Deshalb können sich diese Personen in ihrem Wohnland behandeln lassen, ohne vorher von der Erstberatungsstelle in der Schweiz eine Überweisung zu erhalten. Das kann auf Verordnungsstufe präzisiert werden. Hingegen benötigen diese Personen für Behandlungen in der Schweiz eine Überweisung einer Erstberatungsstelle. Dafür haben sie aus einer kantonalen Liste einen Leistungserbringer auszusuchen. Da davon auszugehen ist, dass die Kantone ihre Listen auf dem Internet veröffentlichen, können sie auch ohne weiteres von diesen Versicherten eingesehen werden.

Auf Personen, die in der Schweiz wohnen und die in einem Land der Europäischen Union, in Island oder Norwegen gesetzlich versichert sind, ist gemäss europäischem Koordinationsrecht für Behandlungen in der Schweiz grundsätzlich das Schweizer Krankenversicherungsrecht anwendbar. Deshalb müssen sie eine Erstberatungsstelle wählen und benötigen deren Überweisung, um sich in der Schweiz von Spezialistinnen und Spezialisten oder in stationären Einrichtungen behandeln zu lassen. Sie übermitteln die Bestätigung des Leistungserbringers, dass er bereit ist, diese Aufgabe für sie zu übernehmen, der Gemeinsamen Einrichtung, die in der Schweiz für diese Versicherten aushelfender Träger ist. In dieser Funktion betreut die Gemeinsame Einrichtung diese Personen, wie wenn sie bei ihr versichert wären.

Personen, die in einem Land der Europäischen Union, in Island, Liechtenstein oder Norwegen wohnen und in ihrem Wohnland gesetzlich versichert sind, haben während eines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz mit der europäischen Krankenversicherungskarte gestützt auf Artikel 19 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Da diese Personen nur vorübergehend in der Schweiz sind und nur Anspruch auf die notwendigen Behandlungen haben, macht es keinen Sinn, von ihnen eine Überweisung einer Erstberatungsstelle zu verlangen. Das würde die Kosten für den ausländischen Krankenversicherer nur erhöhen. Auf Verordnungsstufe soll das präzisiert werden.

*Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen*

Die vorgeschlagene Ausnahmestimmung im Zusammenhang mit Dokumenten der Spezialitätenliste ist mit den eingangs erwähnten internationalen Verpflichtungen der Schweiz vereinbar. Völkerrechtliche Bestimmungen, die heranzuziehen wären, liegen

nicht vor. Weder Artikel 10 EMRK<sup>112</sup> noch Artikel 19 Absatz 2 des internationalen Paktes über bürgerliche und politische Rechte<sup>113</sup> (UNO-Pakt II) gewähren ein Recht auf Zugang zu Informationen von Behörden.

#### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

Die vorgeschlagenen Änderungen in Artikel 42a über die Versichertenkarte widersprechen nicht den Regelungen des europäischen Koordinationsrechts für die Sozialversicherungen, das die Schweiz mit dem FZA und dem EFTA-Übereinkommen übernommen hat. Gestützt darauf erhalten die Versicherten von ihrem Versicherer die europäische Krankenversicherungskarte (EKVK). Während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem EU-/EFTA-Staat haben die Versicherten bei Vorweisen der EKVK bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Leistungsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Die neuen Regelungen über die Versichertenkarte sehen vor, dass der Bundesrat festlegen kann, dass sie weiterhin als Sichtausweis herausgegeben werden muss. Da die EKVK auf der Rückseite der Versichertenkarte enthalten ist, wird sie weiterhin als Dokument vorhanden sein. Zudem sind auch auf europäischer Ebene Bestrebungen im Gange, die EKVK elektronisch zuzulassen.

### **6.6.3 Erlassform**

Nach Artikel 164 BV sind alle wichtigen rechtsetzenden Bestimmungen in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen. Diesem Erfordernis wird der Erlass des vorliegenden Gesetzes gerecht. Bundesgesetze unterliegen nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe a BV dem fakultativen Referendum. Die hier erläuterte Vorlage sieht explizit das fakultative Referendum vor.

### **6.6.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse**

Artikel 159 Absatz 3 Buchstabe b BV sieht zum Zweck der Ausgabenbegrenzung vor, dass Subventionsbestimmungen und Verpflichtungskredite sowie Zahlungsrahmen, die neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken oder wiederkehrende Ausgaben von mehr als 2 Millionen Franken nach sich ziehen, in jedem der beiden Räte der Zustimmung der Mehrheit aller Mitglieder bedürfen. Weil die Vorlage weder Subventionsbestimmungen noch Finanzierungsbeschlüsse beinhaltet, unterliegt das Geschäft nicht der Ausgabenbremse.

### **6.6.5 Einhaltung des Subsidiaritätsprinzips und des Prinzips der fiskalischen Äquivalenz**

Die Vorlage führt zu keinen substanziellen Änderungen in Aufgabenteilung oder Aufgabenerfüllung durch Bund und Kantone. Die gesetzlichen Anpassungen führen zu keiner grundlegenden Kompetenzverschiebung. Vielmehr wird an der bestehenden Kompetenzverteilung so wenig wie möglich geändert.

Die Ausgestaltung der Zielvorgabe nimmt die bundesstaatliche Kompetenzverteilung auf und ist darauf ausgerichtet, die Tarifpartnerschaft zu beleben und zu stärken. Der

<sup>112</sup> SR 0.101

<sup>113</sup> SR 0.103.2

Anspruch der Versicherten auf die Kostenübernahme der versicherten Leistungen bleibt in jedem Fall gewahrt.

Einerseits erhält der Bundesrat Kompetenzen im Rahmen der Zielvorgabe. Er legt ein nationales Gesamtkostenziel sowie Kostenziele für die einzelnen Kantone und Kostenblöcke sowie eine einheitliche Toleranzmarge fest. Auch definiert er einheitliche Kostenblöcke. Für Analysen, Arzneimittel und Mittel und Gegenstände (Art. 52 KVG) sowie Leistungen, für welche die Tarifpartner gesamtschweizerisch geltende Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG abgeschlossen haben (ausgenommen sind Tarifverträge, die lediglich eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur vorsehen), legt er die Kostenziele fest und ergreift bei deren Überschreiten Korrekturmassnahmen. Andererseits wird den Kantonen bei der Umsetzung der Zielvorgabe eine wichtige Rolle zukommen. Sie legen das kantonale Gesamtkostenziel sowie die kantonalen Kostenziele für die einzelnen Kostenblöcke fest. Zudem können sie die vom Bund definierten Kostenblöcke weiter unterteilen. Schliesslich haben sie viel Gestaltungsspielraum im Rahmen der Anordnung von Korrekturmassnahmen bei Überschreiten der Kostenziele. Diese Kompetenzzuweisungen entsprechen dem Grundsatz der Subsidiarität, indem der Bund nur jene Aufgaben übernimmt, welche die Kraft der Kantone übersteigen und/oder einer einheitlichen bundesrechtlichen Regelung bedürfen.

Die kostendämpfende Wirkung der Einführung einer Zielvorgabe und deren Umsetzung wird sowohl den Versicherern und versicherten Personen als auch den Kantonen als wichtige Kostenträger für Leistungen nach KVG zugute kommen. Mit der Einführung der Zielvorgabe erhalten die Kantone ein zusätzliches Steuerungsinstrument. Sie haben einen beträchtlichen Spielraum, wie sie dieses Instrument anwenden und wie viele Ressourcen sie dafür einsetzen. Damit ist auch das Prinzip der fiskalischen Äquivalenz eingehalten.

Der Bundesrat erhält im Bereich der elektronischen Rechnungsübermittlung zudem eine neue subsidiäre Kompetenz zur Vorgabe von gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnungen.

### **6.6.6 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

Artikel 96 KVG erteilt dem Bundesrat die generelle Kompetenz, Ausführungsbestimmungen im Bereich der sozialen Krankenversicherung zu erlassen (vgl. auch Art. 86 Abs. 2 IVG für die IV). Der vorliegende Entwurf ermächtigt ihn sowie die untergeordneten Verwaltungseinheiten zudem zum Erlass von Bestimmungen im folgenden Bereich:

#### *Zielvorgabe*

- Festlegung von Kostenzielen: Nationales Gesamtkostenziel, Kostenziele für die Kantone und Kostenblöcke sowie Toleranzmargen; Kostenziele für Leistungen nach Artikel 52 KVG sowie für Leistungen, für welche die Tarifpartner schweizweite Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG abgeschlossen haben (Art. 54 VE-KVG);
- Zuteilung der einzelnen Leistungsbereiche zu Kostenblöcken (Art. 54a VE-KVG);
- Erlass von Massnahmen bei Überschreiten der Kostenziele für Leistungen

nach Artikel 52 KVG sowie für Leistungen, für welche die Tarifpartner schweizweite Tarifverträge nach Artikel 46 Absatz 4 KVG abgeschlossen haben (Art. 54d VE-KVG);

- Einsetzung einer Kommission (Art. 54e VE-KVG);
- Regelung über die Datenweitergabe pro versicherte Person (Art. 21 Abs. 2 VE-KVG)

#### *Erstberatungsstelle*

- Regelung der Voraussetzungen betreffend Wechsel und Bestimmung einer Erstberatungsstelle durch den Versicherer (Art. 40a Abs. 7 VE-KVG)
- Regelung der Modalitäten der Überweisung und der weiteren Ausnahmen (neben dem Notfall) vom Erfordernis einer Überweisung (Art. 40b Abs. 4 VE-KVG)
- Regelung der Leistungen, die mit der Pauschale als beglichen gelten und Festlegen von deren Höhe auf Antrag der Tarifpartner (Art. 40c Abs. 3 und 4 VE-KVG)

#### *Netzwerke zur koordinierten Versorgung*

- Festlegung der Zulassungsvoraussetzungen für die Netzwerke zur koordinierten Versorgung (Art. 36b Abs. 2 VE-KVG)

#### *Programme der Patientensteuerung*

- Bezeichnung der Leistungen im Rahmen von ärztlich geleiteten strukturierten Programmen und Regelung der Voraussetzungen an die Programme und Genehmigung der Programme durch das EDI (Art. 33 Abs. 3 VE-KVG)

#### *Preismodelle und Rückerstattungen*

- Regelung der Festlegung von Rückerstattungen an die Versicherer oder den Fonds für Rückerstattungen nach Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup> Bst. b VE-KVG (Art. 52b Abs. 1 und 2 VE-KVG)
- Bestimmung zur Verteilung und zu weiteren Modalitäten der Rückerstattungen (Art. 52b Abs. 3 VE-KVG)
- Regelung der Festlegung von Rückerstattungen an den Ausgleichsfonds der IV nach Art. 79 IVG sowie Bestimmung der Modalitäten der Rückerstattung (Art. 14<sup>ter</sup> Abs. 6 und 7 VE-IVG)

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

- Regelung der Einzelheiten der Festlegung von Referenztarifen bei stationären ausserkantonalen Wahlbehandlungen (Art. 41 Abs. 1 VE-KVG)

#### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

- Regelung der Modalitäten der (elektronischen) Rechnungsübermittlung (Art. 42 Abs. 3<sup>ter</sup> VE-KVG)

- Vereinbarung von gesamtschweizerisch einheitlichen Standards für die elektronische Übermittlung der Rechnungen, sofern sich die Parteien nicht einigen können (Art. 42 Abs. 3<sup>ter</sup> VE-KVG)
- Regelung des Verfahrens, wie im System des Tiers garant die Rechnung elektronisch zum Krankenversicherer kommt, vor allem in den Fällen, in denen die versicherte Person die Rechnung in Papierform verlangt (Art. 42 Abs. 3<sup>ter</sup> VE-KVG).
- Regelung der technischen und organisatorischen Vorgaben zur Herausgabe der Versichertenkarte sowie deren Verwendung als Identifikationsmittel (Art. 42a Abs. 3 VE-KVG).
- Bestimmung der Leistungserbringer, welche im Verkehr mit der IV elektronisch abzurechnen haben (Art. 47b VE-IVG)

*Rechtsgrundlagen für die differenzierte Prüfung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach Artikel 32 KVG bzw. Artikel 14 Absatz 2 VE-IVG und für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung*

- Definition der Anwendung und Überprüfung der Kriterien nach Art. 32 KVG inkl. Festlegung der Grundsätze für die Bemessung einer möglichst kostengünstigen Vergütung (Art. 32 Abs. 3 VE-KVG bzw. Art. 14 Abs. 2 VE-IVG)

## **6.6.7                    Datenschutz**

### *Zielvorgabe*

Mit dieser Vorlage werden die Versicherer verpflichtet, dem BAG regelmässig die für die Erfüllung seiner Aufgaben nach diesem Gesetz erforderlichen Daten weiterzugeben. Das Bundesamt ist dafür verantwortlich, dass im Rahmen der Datenverwendung die Anonymität der Versicherten gewahrt ist. Die Erhebungen müssen eine Aufteilung der Kosten sowohl auf die Leistungserbringer als auch auf die Versicherten in den einzelnen Kantonen ermöglichen (Art. 21 VE-KVG).

Diese Gesetzesänderungen fallen in den Geltungsbereich des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992<sup>114</sup> über den Datenschutz (DSG), das anwendbar ist, wenn Bundesorgane sowie private Personen Daten natürlicher und juristischer Personen bearbeiten (Art. 2 Abs. 1 DSG). Unter Bearbeiten ist dabei jeder Umgang mit Personendaten zu verstehen, insbesondere das Beschaffen, Aufbewahren, Verwenden, Umarbeiten, Bekanntgeben, Archivieren oder Vernichten von Daten (Art. 3 Bst. e DSG). Bei Daten über die Gesundheit handelt es sich sodann um besonders schützenswerte Personendaten (Art. 3 Bst. c DSG). Dies hat zur Folge, dass deren Bearbeiten in einem Gesetz im formellen Sinne vorgesehen sein muss (Art. 17 Abs. 2 DSG für das Bearbeiten durch Bundesorgane sowie Art. 12 Abs. 2 Bst. c und Art. 13 Abs. 1 DSG für das Bearbeiten durch private Personen). Mit den vorgesehenen Gesetzesanpassungen werden gesetzliche Grundlagen geschaffen, um die Umsetzung der Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung nach den Artikeln 54 bis 54e VE-KVG sicherzustellen.

<sup>114</sup> SR 235.1

Bei der Bearbeitung der Personendaten – sowohl durch die Bundesorgane als auch die privaten Personen – sind die allgemeinen Datenschutzbestimmungen, namentlich zu Verhältnismässigkeit, Zweckbindung und Datensicherheit (Art. 4 ff. DSG), zu beachten.

#### *Koordinierte Versorgung stärken*

Für die Datenbearbeitung im Zusammenhang mit dem elektronischen Patientendossier gelten die Bestimmungen gemäss dem Bundesgesetz vom 19. Juni 2015<sup>115</sup> über das elektronische Patientendossier (EPDG). Für die Regelung der Bearbeitung von Personendaten durch kantonale Organe sind aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung die Kantone zuständig.

#### *Elektronische Rechnungsübermittlung*

Bei der elektronischen Rechnungsübermittlung werden auf den Rechnungen keine anderen Daten aufgeführt als auf den Papierrechnungen. Deshalb braucht es keine zusätzlichen Regelungen für den Datenschutz. Gestützt auf Artikel 84b KVG sind die Versicherer verpflichtet, die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung des Datenschutzes zu treffen. Sie erstellen ein Bearbeitungsreglement, das dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten zur Beurteilung vorgelegt wird. Darin können auch Regelungen für die elektronische Rechnungsübermittlung aufgenommen werden.

<sup>115</sup> SR 816.1