



Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Übersicht

Datum: 21.08.2019

Am 28. März 2018 verabschiedete der Bundesrat ein auf einem internationalen Expertenbericht und den darin vorgeschlagenen Massnahmen basierendes Kostendämpfungsprogramm. Das medizinisch nicht erklärbare Mengenwachstum und das Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sollen gebremst werden. Der Bundesrat beauftragte das EDI, die neuen Massnahmen in zwei Etappen und in Form von zwei Paketen bis Herbst 2018 bzw. Ende 2019 zu prüfen und umzusetzen. Am 21. August 2019 hat der Bundesrat nun die Botschaft zu einem ersten Massnahmenpaket verabschiedet. Mit den neuen Massnahmen werden alle Akteure des Gesundheitswesens in die Pflicht genommen. Sie erhalten weitere Instrumente, um ihre Verantwortung zur Dämpfung der Kosten in der OKP wahrzunehmen.

1. Experimentierartikel – M02¹

Ein Experimentierartikel soll eingeführt werden, der es den Kantonen und Tarifpartnern erlaubt, ausserhalb des Rahmens des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) innovative, kostendämpfende Pilotprojekte durchzuführen. Denkbar sind zum Beispiel Pilotprojekte mit neuen Versicherungsmodellen oder im Bereich der integrierten Versorgung. Die Projekte sind thematisch, zeitlich und in ihrem räumlichen Anwendungsbereich eingegrenzt. Der Bundesrat regelt das Verfahren, die Zulassungsbedingungen, die Auswertung und die Weiterverfolgung. Die vorgeschlagene Bestimmung schafft somit die erforderliche gesetzliche Grundlage, damit solche Pilotprojekte im Rahmen des KVG durchgeführt werden können.

2. Nationale Tariforganisation – M34

Die Tarifpartner werden gesetzlich (Art. 47a KVG) verpflichtet analog zum stationären Bereich eine nationale Tariforganisation einzusetzen, die für die Tarifstrukturen für ambulante ärztliche Behandlungen zuständig ist. Die Tarifpartner müssen darin paritätisch vertreten sein. Mit der Einsetzung einer solchen Tariforganisation soll die Tarifpartnerschaft gestärkt werden, um bestehende Blockaden im ambulanten Bereich wie beispielsweise bei der Tarifstruktur TARMED zu lösen. Ausserdem sind aufgrund von aktualisierten Tarifstrukturen Effizienzgewinne zu erwarten. Die Tarifpartner haben zwei Jahre Zeit, um die Tariforganisation einzusetzen. Fehlt nach diesen zwei Jahren eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, der Tariforganisation diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben benötigt. Kommen die Leistungserbringer ihrer Pflicht nicht nach, kann das EDI als zuständiges Departement auf Antrag der Tariforganisation eine Verwarnung oder eine Busse aussprechen.

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

3. Tarifstruktur aktuell halten – M25

Um die Tarifstruktur aktuell zu halten, werden die Tarifpartner sowie die vorgeschlagene Tariforganisation (siehe M 34) gesetzlich verpflichtet, dem Bundesrat oder der zuständigen Kantonsregierung auf deren Antrag diejenigen Daten kostenlos zu liefern, die benötigt werden, um Tarife und Preise festzulegen, anzupassen und zu genehmigen. Die Massnahme soll dazu beitragen, das Mengenwachstum bei den ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien auf das medizinisch erforderliche Mass zu beschränken. Bei einem Verstoss gegen die Pflicht zur Datenbekanntgabe kann das EDI als zuständiges Departement oder die zuständige Kantonsregierung Sanktionen ergreifen.

4. Pauschalen im ambulanten Bereich fördern – M15

Auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife sollen künftig auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen – so wie dies bereits bei den Einzelleistungstarifen der Fall ist. Mit dem Erfordernis einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur erweitern sich die subsidiären Kompetenzen des Bundesrates auf Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife. Zuständig für die Genehmigung einer solchen nationalen Pauschaltarifstruktur ist der Bundesrat. Für die Pflege sowohl der Patientenpauschaltarifstrukturen als auch der Einzelleistungstarifstrukturen wäre künftig die neu geschaffene nationale Tariforganisation zuständig. Können sich die Tarifpartner nicht über eine Aktualisierung der Tarifstruktur einigen, kann der Bundesrat diese subsidiär anpassen. Gibt es gar keine Einigung der Tarifpartner, kann der Bundesrat eine Tarifstruktur gesamthaft festlegen. Der Bundesrat kann für bestimmte Pauschaltarife Ausnahmen bezüglich dem Erfordernis der Einheitlichkeit der Tarifstruktur vorsehen.

5. Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten

Die Leistungserbringer oder deren Verbände und die Versicherer oder deren Verbände werden gesetzlich verpflichtet, in gesamtschweizerisch geltenden Verträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten zu vereinbaren. Dies gilt für diejenigen Bereiche, in denen die erwähnten Akteure die Tarife und Preise vereinbaren müssen. Ziel ist es, ein ungerechtfertigtes Mengen- und Kostenwachstum zu korrigieren. Damit diese Verträge Gültigkeit erlangen, müssen sie vom Bundesrat genehmigt 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.

6. Referenzpreissystem bei Arzneimitteln – M22

Generika sind in der Schweiz mehr als doppelt so teuer als in den europäischen Vergleichsländern. Aus diesem Grund wird ein Referenzpreissystem¹ für patentabgelaufene Arzneimittel eingeführt. Befinden sich mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf der Spezialitätenliste, wird für den betreffenden Wirkstoff ein Referenzpreis festgelegt. Die OKP vergütet höchstens diesen Referenzpreis; einen den Referenzpreis übersteigenden Betrag müssen die Versicherten selbst bezahlen.

Für die Ausgestaltung des Referenzpreissystems wurde das Modell mit Preisabschlag ausgewählt. Dieses Modell knüpft primär an den für die Festlegung der Generikapreise bekannten Mechanismus des Auslandpreisvergleichs einschliesslich des

Abzuges angemessener Preisabstände an. Durch die Einführung des Referenzpreissystems wird die vermehrte Abgabe von Generika und patentabgelaufenen Originalpräparaten gefördert.

¹ Siehe Faktenblatt Referenzpreissystem:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html>

7. Rechnungskopie für Versicherte

Die Leistungserbringer werden neu auf Gesetzesstufe verpflichtet, der versicherten Person in jedem Fall eine Rechnungskopie zuzustellen (bisher auf Verordnungsstufe). Die Übermittlung der Rechnungskopie kann auch elektronisch erfolgen. Die Patienten können somit ihre Rechnungen überprüfen; ihr Kostenbewusstsein wird gestärkt. Bei Nichtbeachtung dieser Regelung kann der Leistungserbringer nach Art. 59 KVG sanktioniert werden.

Der Bundesrat kann vorsehen, dass die Übermittlung der Rechnungskopie zuhanden der versicherten Person auch auf andere Weise (z.B. Versicherer) sichergestellt werden kann.

8. Maximale Bussenhöhe nach Artikel 59 KVG Absatz 1 Buchstabe c

Artikel 59 Absatz 1 KVG enthält einen abschliessenden Katalog an Sanktionen, die gegen Leistungserbringer verhängt werden können, welche gegen im Gesetz vorgesehene Anforderungen oder vertragliche Abmachungen betreffend Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen sowie gegen die Bestimmungen über die Rechnungstellung verstossen. Neu wird eine Busse bis zu CHF 20'000.-, die gegen einen fehlbaren Leistungserbringer angeordnet werden kann, auf Gesetzesstufe festgelegt.

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

Die Organisationen der Versicherer sollen gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime das Beschwerderecht erhalten. Das Beschwerderecht wird per Gesetz (Art. 39 KVG) auf sie ausgeweitet. Damit soll eine kostspielige Überversorgung verhindert sowie die Prämien- und Steuerzahler entlastet werden. Bisher stand das Beschwerderecht nur den von der Planung betroffenen Leistungserbringern zu.

Massnahmen im Unfall-, Militär- und Invalidenversicherungsgesetz

Auf Basis der Anpassungen im KVG sind analog auch Anpassungen im Unfall- Militär- und Invalidenversicherungsgesetz geplant.