



Vorschau Frühjahrsession 2017

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Ständerat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
2. März 2017	12.470 Pa.Iv. Joder. Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden	Keine Empfehlung	3
2. März 2017	14.417 Pa.Iv. Egerszegi-Obrist. Nachbesserung der Pflegefinanzierung. Differenzen.	Zustimmung zum Entwurf. Differenzen: Kompromiss suchen	4
7. März 2017	10.407 Pa.Iv. Humbel. Prämienbefreiung für Kinder 13.477 Pa.Iv. Rossini. KVG. Änderung der Prämienkategorien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	Zustimmung: Prämien von Kindern und Jugendlichen entlasten	5
14. März 2017	16.312 Kt.Iv.TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten	Keine Folge geben	6
14. März 2017	16.3623 Mo. SGK-SR. Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone	Annehmen. Bei Differenzen dem NR folgen	7
14. März 2017	16.3906 Mo. SGK-NR. Mehr unternehmerische Freiheit im Gesundheitswesen	Annehmen	8
14. März 2017	16.3987 Mo. Ettlín Erich. OKP-Kostenanstieg dämpfen durch geeignete Kostenbegrenzungs-massnahmen	Ablehnen. Globalbudget ist unfair und undifferenziert	9
14. März 2017	16.3988 Mo. Ettlín Erich. Einführung einer Vergütungspflicht von im Ausland freiwillig bezogener OKP-Leistungen	Annehmen	10
14. März 2017	16.3989 Po. Ettlín Erich. Auslandpreisvergleich Spital-Baserates	Annehmen	11



Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
14. März 2017	16.4083 Mo. Germann. An bewährten Prämienregionen festhalten	Annehmen	12
14. März 2017	16.4086 Mo. Dittli. Pflegesparkonto. Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals	Annehmen	13
14. März 2017	16.4096 Po. Ettlín Erich. Schnellerer Zugang für Patienten zu Arzneimitteln mit neuen Indikationen	Ablehnen	14



Ständerat, Donnerstag, 2. März 2017

12.470 Pa.Iv. Joder. Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden

Inhalt der Vorlage

Die gesetzlichen Grundlagen sind dahingehend anzupassen, dass Familien (Eltern und Erziehungsberechtigte), die schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder zu Hause pflegen, besser und wirkungsvoller unterstützt und entlastet werden.

Position santésuisse

santésuisse nimmt nicht Stellung. Das Geschäft betrifft in erster Linie die IV bzw. das BSV.

santésuisse:

Keine Empfehlung

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag, 2. März 2017

14.417 Pa.Iv. Egerszegi-Obrist. Nachbesserung der Pflegefinanzierung

Inhalt der Vorlage

Im Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung soll sichergestellt werden, dass:

1. die Zuständigkeit für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen für ausserkantonale Patientinnen und Patienten im stationären und ambulanten Bereich geregelt wird;
2. die Freizügigkeit unter anerkannten Leistungsbringern gewährleistet ist;
3. die Pflegekosten von den Betreuungskosten besser und transparent abgegrenzt werden

Der Entwurf der SGK-S orientiert sich am ELG-Modell, wonach der Eintritt in ein Pflegeheim bei der Ausrichtung von Ergänzungsleistungen – auch wenn der zivilrechtliche Wohnsitz wechselt – keine neue Zuständigkeit begründet. Damit kann vermieden werden, dass Kantone, die zusätzliche Heimplätze schaffen, indirekt bestraft werden.

Position santésuisse

santésuisse stimmt dem Vorstoss im Grundsatz zu: Es muss geklärt werden, welcher Kanton einen Aufenthalt im Pflegeheim zu finanzieren hat. Diese Frage betrifft die Patientenfreizügigkeit, die zurzeit faktisch behindert wird, was einen Widerspruch zum KVG darstellt. Nachdem sich die Kantone über Jahre nicht auf ein Modell einigen konnten und der Bundesrat de facto nicht selbst aktiv werden wollte, sind jetzt zwingend die eidgenössischen Räte am Zug.

Die künftige Lösung soll sicherstellen, dass in jedem Fall klar ist, welcher Kanton für die Restfinanzierung von Pflegeleistungen zuständig ist, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Dabei sollten kantonsübergreifende Pflegeheimplanungen begünstigt werden. Kantone, in denen mehr Pflegeheimplätze zur Verfügung stehen als für die eigene Bevölkerung benötigt werden, sollten finanziell nicht zusätzlich benachteiligt werden. santésuisse favorisiert deshalb eine Lösung analog ELG, wonach der Eintritt in ein Pflegeheim bei der Ausrichtung von Ergänzungsleistungen – auch wenn der zivilrechtliche Wohnsitz wechselt – keine neue Zuständigkeit begründet.

Zusammenfassend

- Der Entwurf der SGK-SR entspricht der von santésuisse favorisierten Lösung nach dem Vorbild ELG.
- Zu den Differenzen: Nach den Regeln des Standortkantons finanzieren, wenn der Herkunftskanton keinen **zumutbaren** Pflegeheimplatz anbieten kann. «Unzumutbar» wäre beispielsweise, wenn der Heimplatz in einem weit entfernten Kantonsteil, womöglich in einer anderen Sprachregion, läge. Die kulturelle Identität und die Besuche der Angehörigen dürfen durch Platzierungsentscheide nicht beeinträchtigt werden.

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung zum Entwurf. Differenzen: Kompromiss suchen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 7. März 2017

10.407 Pa.Iv. Humbel. Prämienbefreiung für Kinder

13.477 Pa.Iv. Rossini. KVG. Änderung der Prämienkategorien für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Inhalt der Vorlagen

Mit den parlamentarischen Initiativen sollen Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene bei den Krankenkassenprämien finanziell entlastet werden. Dies geschähe dadurch, dass bei der entsprechenden Kategorie junger Erwachsener die Abgaben an den Risikoausgleich gekürzt würden, wodurch die Krankenversicherer höhere Rabatte gewähren könnten. Bei Kindern unter 18 Jahren hätten die Kantone die IPV zu erhöhen. Letzteres soll dadurch finanziert werden, dass die Kantone künftig weniger IPV bei den entlasteten jungen Erwachsenen bezahlen müssten.

Position santésuisse

Da es sich um eine Versicherung handelt, ist santésuisse grundsätzlich gegen Prämienbefreiungen. Dies gilt auch für Kinderprämien. Die stärkere Entlastung der Kinderprämien durch die Kantone wird einstimmig befürwortet. Die Mitglieder von santésuisse befürworten auch die Einführung einer neuen Prämienkategorie der 19 - 25jährigen Personen.

Nicht adäquat ist ein Risikoausgleich unter Kindern: Kinder sind in den meisten Fällen bei der gleichen Krankenkasse versichert wie ihre Eltern. Ihre Geburtsgebühren werden bis zum 20. Altersjahr zudem von der IV finanziert.

Eine Minderheit der Mitglieder befürwortet eine zweite neue Prämienkategorie der Personen von 26 - 35 Jahren.

Zusammenfassend

- Die Mehrheitsmeinung der Mitglieder von santésuisse deckt sich mit den Empfehlungen des Bundesrates zum Erlassentwurf der SGK-NR.
- Die Prämien von jungen Erwachsenen (19 - 25 Jahre) und Kindern (0 – 18 Jahre) sollten entlastet werden.
- Ein Risikoausgleich unter Kindern ist unnötig, inadäquat und wird von santésuisse abgelehnt.

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung: Prämien von Kindern und Jugendlichen entlasten

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.312 Kt.Iv. TG. Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Inhalt der Vorlage

Der Bund wird aufgefordert, Artikel 64a Absatz 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) wie folgt zu ergänzen:

Art. 64a

...

Abs. 4

Der Kanton übernimmt 85 Prozent der Forderungen, die Gegenstand der Bekanntgabe nach Absatz 3 waren. Übernimmt der Kanton 90 Prozent dieser Forderungen, überträgt ihm der Versicherer den Verlustschein oder gleichwertigen Rechtstitel zur Bewirtschaftung. Mit der Übertragung findet ein Gläubigerwechsel statt. Der Kanton zeigt der versicherten Person den Gläubigerwechsel an. Absatz 5 findet in diesen Fällen keine Anwendung.

...

Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse ist die parlamentarische Initiative Thurgau nicht nötig, weil es jedem Kanton offen steht, mit den Krankenversicherern über andere Konditionen bzw. über die Abtretung der Verlustscheine zu verhandeln. So sind mit den Kantonen Baselland und Neuenburg bereits solche Verträge zustande gekommen (Abtretung der Verlustscheine an diese Kantone zum Preis von 92 Prozent der Forderungen).

Zusammenfassend:

- Die Krankenversicherer bevorzugen Verhandlungslösungen.
- Solche Verhandlungslösungen bestehen derzeit mit den Kantonen Baselland und Neuenburg.
- Die Konditionen können jederzeit neu verhandelt werden.
- Eine Harmonisierung auf Bundesebene drängt sich nicht auf.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.3623: Mo. SGK-SR. Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone (Differenzen)

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, im Rahmen der laufenden Wirkungsanalyse KVG-Revision Spitalfinanzierung aufzuzeigen, welche Kantone ihre Leistungserbringer in den Jahren 2012 bis 2015 in welchem Ausmass bei Kosten direkt oder indirekt subventioniert haben, die OKP-berechtigt gewesen wären.

Position santésuisse

Etliche Kantone betreiben ein Wetttrüsten im ambulanten Bereich oder Strukturerehaltung im stationären Bereich. Im stationären Bereich geht die Strukturerehaltung letztlich zu Lasten des Prämienzahlers: Selbst wenn Steuergelder eingeschossen werden, bleibt der OKP-Anteil von Leistungen, die auf angebotsindizierte Nachfrage bzw. auf Mengenausweitung zurückzuführen sind. Die subventionierte Strukturerehaltung behindert auch den Qualitätswettbewerb, der durch die neue Spitalfinanzierung vorangetrieben werden sollte. Weniger wäre in vielen Fällen mehr.

Zusammenfassend

- Etliche Kantone begünstigen ihre Spitallandschaft gegenüber der ausserkantonalen Konkurrenz mit fragwürdigen Subventionen oder Tarifentscheiden.
- Die Kosten der fehlenden Strukturereinigung und des fehlenden Qualitätswettbewerbs gehen zu Lasten der Prämienzahler bzw. Patienten
- Die entsprechenden Vorkehrungen der Kantone müssen umfassend und von neutraler Stelle evaluiert werden, damit auf eidgenössischer Ebene die richtigen Entscheide gefällt werden können.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen. Bei Differenz dem NR folgen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.3906 Mo. SGK-NR. Mehr unternehmerische Freiheit im Gesundheitswesen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, seine Reformbemühungen im Bereich der Franchisen im KVG in die folgende Richtung zu fokussieren:

1. Beibehaltung oder Ausbau der heutigen Wahlmöglichkeiten für versicherte Personen.
2. Mehr unternehmerische Freiheit für Anbieter der OKP, damit unterschiedliche Versicherungsmodelle entwickelt und getestet werden können.
3. Regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung.

Eine Minderheit (Carobbio Guscetti, Feri, Gysi, Heim, Häsler, Ingold, Schenker Silvia, Steiert) beantragt die Ablehnung der Motion.

Position santésuisse

santésuisse begrüsst die Motion. Eine grosse Wahlfreiheit ist eine Stärke und ein Markenzeichen unserer privatrechtlich organisierten dennoch solidarisch finanzierten Krankenversicherung.

Wie wiederholt betont, muss die Eigenverantwortung gestärkt statt geschwächt werden: Die bisherigen Entscheide und die Ankündigungen des Bundesrates haben diesem Sachverhalt nur ungenügend Rechnung getragen.

Zusammenfassend:

- Die grosse Wahlfreiheit ist ein Markenzeichen unserer Krankenversicherung.
- Um unnötige Behandlungen zu Lasten der Krankenversicherung zu vermeiden, muss die Eigenverantwortung gestärkt werden.
- Die finanzielle Beteiligung der Patienten ist regelmässig der Kostenentwicklung anzupassen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.3987 Mo. Ettlín Eríh. OKP-Kostenanstieg dämpfen durch geeignete Kostenbegrenzungs-Massnahmen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass zwingende Kostenbegrenzungs-Massnahmen in Kraft treten, sobald die Kosten pro Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) im Jahresdurchschnitt stärker steigen als die Entwicklung der Nominallohne multipliziert mit dem Faktor 1.1.

Position santésuisse

Auch für santésuisse ist die Kostenentwicklung besorgniserregend. Statt mehr Planwirtschaft und undifferenzierte staatliche Eingriffe braucht es verlässliche Qualitätsnachweise der Leistungserbringer selber, um unnötige und qualitativ mangelhafte Leistungen einzudämmen. Mit der modifizierten Qualitätsvorlage ist die SGK-NR auf dem richtigen Weg. Eine «Rasenmähermethode» als Folge eines Globalbudgets ist hingegen nicht geeignet, unser Gesundheitssystem in Sachen Qualität und Effizienz weiterzuentwickeln.

Der 5. Abschnitt des KVG, «Ausserordentliche Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung» enthält bereits heute diverse Möglichkeiten der Kantone im Bereich der Spitäler und Pflegeheime sowie der zuständigen Genehmigungsbehörde bei den weiteren Tarifen und Preisen (insb. TARMED, Medikamente sowie Analysen und Heilmittel MiGeL), die Höhe der Abgeltungen einzufrieren.

Zusammenfassend:

- Der Vorstoss ist unnötig, weil weitreichende Massnahmen der Behörden bereits gesetzlich verankert sind (Art. 55 – 56 KVG). Sie blieben bis heute weitgehend ungenutzt.
- Globalbudgets führen zu undifferenzierten Staatseingriffen statt zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems Richtung mehr Qualität und mehr Effizienz.
- Wer gute Qualität leistet, würde genauso «bestraft» wie die Urheber von qualitativ unzureichenden oder überflüssigen Leistungen.
- Alle Leistungserbringer und Versicherer würden in Sachen Abgeltung und Finanzierung mit grossen zusätzlichen Unsicherheiten konfrontiert.
- santésuisse lehnt den Vorstoss deshalb ab.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen: Globalbudget ist unfair und undifferenziert

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.3988 Mo. Ettlín Eríh. Einführung einer Vergütungspflicht von im Ausland freiwillig bezogener OKP-Leistungen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird ersucht, das Krankenversicherungsgesetz und allenfalls weitere Gesetzesgrundlagen dahingehend zu ändern, dass künftig durch Versicherte auf freiwilliger Basis selber im Ausland getätigte Arzt- und Spitalbesuche sowie beschaffte MiGeL-Hilfsmittel und Medikamente von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, sofern eine diesbezügliche ärztliche Verschreibung vorliegt und die Auslandpreise unter den jeweiligen maximalen Schweizer OKP-Vergütungspreisen liegen.

Position santésuisse

santésuisse empfiehlt die Motion zur Annahme. Heute bestehen für viele medizinische Untersuchungen und Behandlungen sowie bei gleichen Medikamenten und Heilmitteln zu grosse Preisdifferenzen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung. Ein Beispiel dafür sind Medikamente zur Hepatitis-C-Therapie: Während eine Standardtherapie in der Schweiz CHF 48'000.- kostet, könnten die Medikamente via Ausland für CHF 1'500.- bezogen werden. In der Schweiz muss also das Zweiunddreissigfache bezahlt werden. Weitere Beispiele sind preislich stark überhöhte Operationen u.a. an der Prostata, Reha-Klinikaufenthalte und MiGeL-Produkte.

Zusammenfassend:

- Um den Wettbewerb zu fördern, Kosten zu sparen und die Bemühungen kostenbewusster Prämienzahler zu belohnen, ist der Vorschlag prüfenswert.
- Während in vielen Bereichen Marktöffnungen stattfinden, findet im Gesundheitswesen über die staatliche Regulierung eine Wahrung und ein Ausbau der Besitzstände statt.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.3989 Po. Ettlín Eríh. Auslandpreisvergleich Spital-Baserates

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird gebeten, mit Blick auf eine mögliche Dämpfung der stationären Gesundheitskosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einen Vergleich der Baserates anderer OECD-Länder mit zu unserem System vergleichbaren DRG-Systemen durchzuführen, Gründe für allfällige Tariffdifferenzen zu eruieren und darüber Bericht zu erstatten.

Position santésuisse

Der Vorstoss wird begrüsst. Die Baserates in der Schweiz sind zum Teil unerklärlich hoch. Damit die Tariffdifferenzen eruiert werden können, ist es aber unumgänglich, dass die Unterschiede in den Strukturen von Land zu Land präzise ermittelt und entsprechend berücksichtigt werden.

Zusammenfassend:

- Der Vorstoss wird zur Annahme empfohlen.
- Eine Auslegeordnung ist sehr begrüssenswert.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.4083 Mo. Germann. An bewährten Prämienregionen festhalten

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die einschlägigen Gesetzesgrundlagen (KVG, KVAG) derart anzupassen, dass die Einteilung der Prämienregionen analog heutigem System grundsätzlich auf Ebene der Gemeinden erfolgt und der Bundesrat die maximal anrechenbaren Kostenunterschiede festlegt.

Position santésuisse

Die Vorschläge des EDI zur Reform der Prämienregionen sind nicht sachgerecht. Sie basieren teilweise auf willkürlichen Vorgaben. Eine ganze Gruppe von kleineren Gemeinden wäre vom Zufallsgenerator gerechter eingeteilt worden als mit dem Vorschlag, die Prämienregionen künftig nach Bezirksebene einzuteilen. Das Resultat hätte bedeutend weniger statt mehr Kostengerechtigkeit zur Folge. In Landesgegenden wie im Emmental (66%), im Oberaargau (64%) und im Jura (56%) wäre die Mehrzahl der Bevölkerung falsch eingeteilt worden. Die dortigen Versicherten müssten im Vergleich zu einer kostengerechten Einteilung künftig um durchschnittlich 9% zu hohe Prämien bezahlen.

Da das für die Einteilung der Prämienregionen und für die Rabatte allein zuständige EDI auch weiterhin an seinen politischen Zielen festhalten dürfte, sollte der Gesetzgeber die Rahmenbedingung konkretisieren. Dazu gehört, dass in der Regel weiterhin von den Durchschnittskosten pro versicherte Person auf Gemeindeebene ausgegangen werden soll. Unterschiedliche Standortfragen, wie diejenige von Pflegeheimen, können dabei ohne weiteres derart berücksichtigt werden, dass die Standortgemeinden bei der Kostenberechnung keine Nachteile erfahren.

Zusammenfassend:

- Die bisherigen Prämienregionen und anrechenbaren Kostenunterschiede («Rabatte») haben sich bewährt. Sie sollten auf versicherungstechnischen Grundsätzen beruhen.
- Periodische Überprüfungen und Optimierungen sind nötig und möglich.
- Der Gesetzgeber sollte die Rahmenbedingungen so präzisieren, dass die entsprechenden Verordnungen nicht mehr aus dem Ruder laufen können.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.4086 Mo. Dittli. Pflegesparkonto. Senkung der Krankenkassenprämien und Entlastung des Pflegepersonals

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt dem Parlament die gesetzlichen Grundlagen zu unterbreiten, damit die Finanzierung der Pflegeleistungen im Alter neu über ein Pflegesparkonto abgewickelt wird. Dieses obligatorisch angesparte Guthaben soll steuerbefreit und vererbbar sein. Die Finanzierung dieser Pflegevorsorge soll nicht über lohnabhängige Abzüge erfolgen, sondern über fixe Prämien. Ähnlich zur Prämienverbilligung im KVG soll der Staat subsidiär und bedarfsgerecht Unterstützung bieten. Des Weiteren soll die unterschiedliche Finanzierung von Pflege und Betreuung im Alter aufgehoben werden und neu einheitlich über das Pflegesparkonto erfolgen.

Position santésuisse

Infolge demografischer Alterung und technischem Fortschritt wird die künftige Pflegefinanzierung zur grossen finanziellen Herausforderung. Die längerfristigen Finanzierungsfragen werden vom Bundesrat unterschätzt. Eine zusätzliche obligatorische Versicherung würde aber das grundlegende Problem nicht lösen, dass wohlhabende Personen keine Versicherung benötigen und Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen sich auch diese Versicherungsbeiträge nicht leisten könnten. Noch mehr in die Bredouille käme hingegen der bedrängte Mittelstand, der weder IPV, noch EL-Leistungen erhält.

Eine neue Sozialversicherung würde überdies zusätzliche administrative Aufwände verursachen, die nicht der Pflege zu Gute kommen. Weiter müsste eine Art «Übergangsgeneration» finanziert werden, was die bereits strapazierte Umverteilung von Jung zu Alt nochmals verschärfen würde.

Last but not least wäre eine neue Versicherung nur Symptombekämpfung: In erster Linie muss das übermässige Kostenwachstum bzw. die Mengenausweitung ernsthaft bekämpft werden. Es käme den Kantonen und Gemeinden zugute, die vorhandenen Effizienzsteigerungen (WZW-Kriterien) zu realisieren und Behandlungen möglichst ambulant durchzuführen. Ohnehin möchten die meisten betagten Menschen möglichst lange zuhause bleiben.

Als Ergänzung bzw. Optimierung zur heutigen Finanzierung der Pflegeleistungen im Alter ist die Idee eines «Pflegekontos» prüfenswert. Die geeignete Form des Vorstosses wäre deshalb die Berichtsform, folglich ein Postulat. Diese inhaltliche Änderung kann der Zweitrat anbringen.

Zusammenfassend:

- Der Vorstoss ist prüfenswert. Die zweckmässige Form wäre allerdings ein Bericht, folglich ein Postulat.
- Insbesondere sollten nachhaltige finanzielle Anreize, welche stationäre Aufenthalte zu vermeiden helfen, aufgezeigt und gefördert werden.
- Im Zweitrat sollte diesem Aspekt Rechnung getragen werden.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 031 326 63 61, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag, 14. März 2017

16.4096 Po. Ettlin Erich. Schnellerer Zugang für Patienten zu Arzneimitteln mit neuen Indikationen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und Bericht zu erstatten, wie die Zulassungsfristen neuer Indikationen eines zugelassenen Arzneimittels durch das Schweizerische Heilmittelinstitut verkürzt werden können, und Vorschläge zur raschen Änderung der rechtlichen Grundlage, wenn möglich vor der Inkraftsetzung von HMG und HMG IV, vorzulegen.

Position santésuisse

Weil der Sachverhalt bereits in 71a KVV adäquat geregelt ist, drängt sich keine Änderung auf.

Indikationserweiterungen werden unter der Voraussetzung begrüsst, dass die rasche Zulassung die Sicherheit der Patienten nicht gefährdet und diese auf einer genügenden Datenlage beruht (managed entry schemes). Die Ausnahme dürfen nur lebensbedrohliche Situationen sein, bei denen für die betroffenen Patienten ein hoher therapeutischer Nutzen erwartet werden kann, ohne dass es Alternativen gibt.

Neben der Zulassung der Arzneimittel durch swissmedic ist auch ein Antrag der Firma zur Kassenvergütung mit Entscheid durch das BAG notwendig, damit eine Indikationserweiterung von der OKP vergütet wird. Die Erweiterung der Kassenzulässigkeit hat die bekannten Kriterien bezüglich der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Dazu sind Daten aus vergleichenden und randomisierten klinischen Studien notwendig, die den klinisch therapeutischen Nutzen der Indikationserweiterung klar dokumentieren. Oft fehlt heute bei Neuzulassungen auch eine klare Dokumentation des Nutzens in Bezug auf Überlebensverlängerung oder Lebensqualität.

Zusammenfassend:

- Die geltenden Bedingungen gemäss Art. 71a KVV sind ausgewogen und ausreichend. Es drängt sich keine Gesetzesänderung auf.
- Wird der Mehrwert eines Medikaments für eine bestimmte Behandlung nicht belegt, ist die Indikationserweiterung im besten Fall nutzlos, im schlimmsten Fall gefährlich, in jedem Fall aber mit unnötigen Zusatzkosten verbunden.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Dr. Andreas Schiesser, santésuisse, 032 625 42 87, andreas.schiesser@santesuisse.ch