

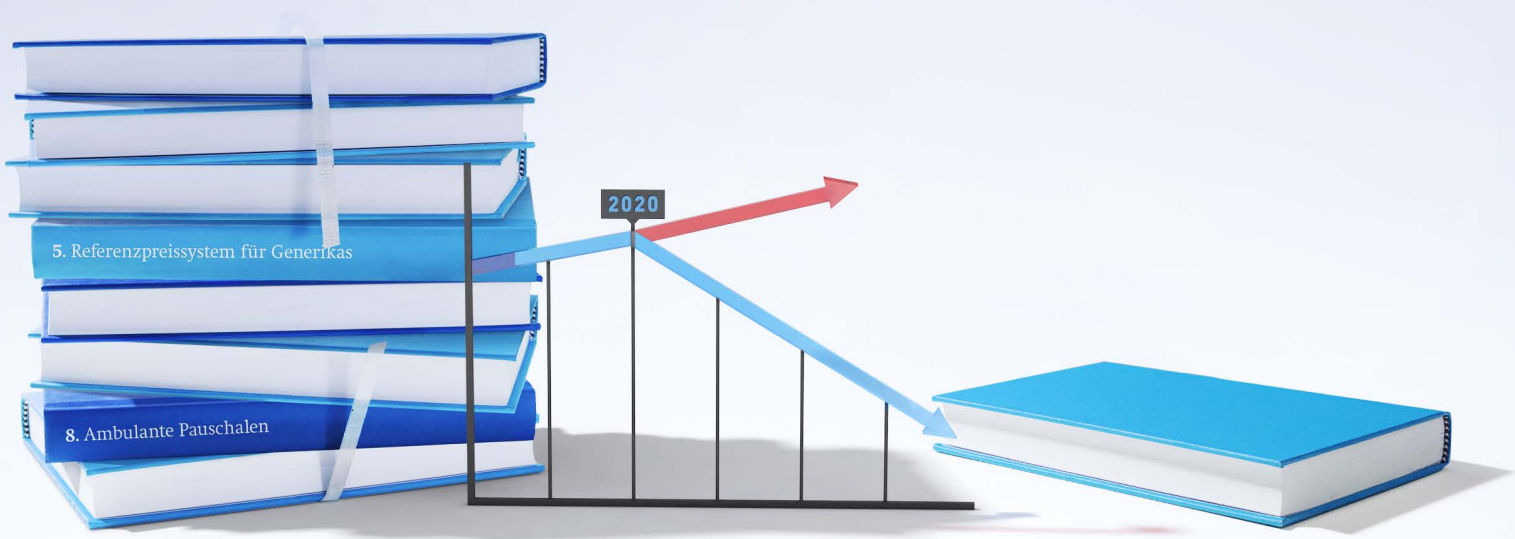


BRENNPUNKT

GESUNDHEITSPOLITIK 1 | 2020

Ja zum Kostendämpfungspaket

Längst überfällige Entlastung der Prämienzahler



Umsetzung nicht unnötig verzögern

santésuisse unterstützt das Kostendämpfungspaket des Bundesrates. Die konkreten Vorschläge zur Verminderung unnötiger Kosten liegen auf dem Tisch. Jetzt bei einzelnen Massnahmen das Haar in der Suppe zu suchen und die Umsetzung zu bremsen ist nicht im Interesse der Prämienzahlerinnen und -zahler. Die Zeit der Vorbehalte und Bedenken ist vorbei, nun sind prämienerkennende Taten und Entscheide zu Gunsten unserer Bevölkerung gefragt. •

Heinz Brand, Präsident santésuisse

Endlich liegen konkrete Vorschläge zugunsten der Prämienzahler auf dem Tisch, wie unnötige Kosten im Gesundheitswesen vermieden werden können. So würde alleine die Einführung eines Referenzpreissystems für Generika jährlich 400 Millionen Franken an Einsparungen bringen.

Im ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung hat der Bundesrat zehn griffige Massnahmen vorgesehen, neun davon betreffen direkt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). Dazu gehört die Förderung von ambulanten Pauschalen. Diese weisen gegenüber einem Einzelleistungstarif viele Vorzüge auf. Sie vereinfachen die Rechnungsstellung und die Rechnungskontrolle, erhöhen die Transparenz und tragen dazu bei, überflüssige Leistungen zu vermeiden. Mit 400 Millionen Franken würde die Einführung eines Referenzpreis-Systems für patentabgelaufene Medikamente beziehungsweise Generika die höchsten Einsparungen bringen – ohne dass die Qualität der Versorgung leidet.

Beschwerderecht zu Gunsten der Prämienzahler

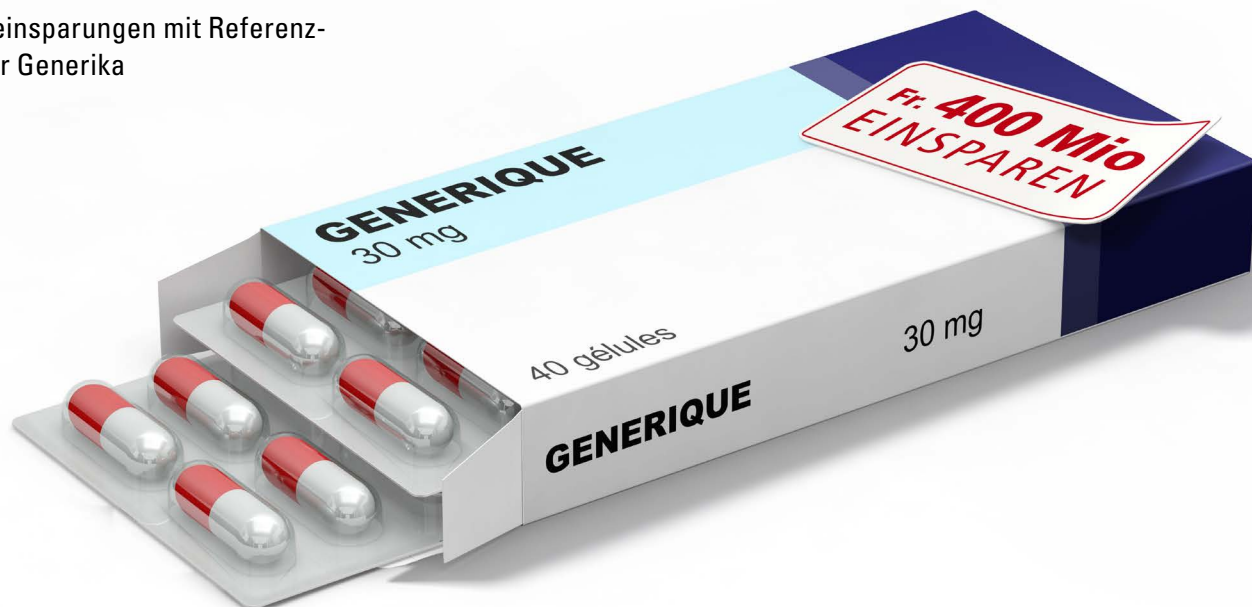
Zurzeit sind keine einzige Institution und kein Akteur klageberechtigt in Sachen Überversorgung infolge einer falschen Spital- und Pflegeheimplanung eines Kantons. Gegen entsprechende Kostenfolgen hat niemand eine Beschwerdemöglichkeit. Das ist unausgewogen und kann die rechtzeitige Überprüfung der Versorgungsplanung verhindern. Im Gegensatz zur sonstigen Wirtschaft sind punkto finanzieller Nachhaltigkeit, insbesondere verbesserter Effizienz, im Gesundheitswesen kaum Innovationen zu beobachten. Mit dem Experimentierartikel wird eine gesetzliche Grundlage für zeitlich begrenzte Pilotprojekte geschaffen, um kostensenkende Massnahmen vor deren flächendeckenden Einführung testen zu können. •

INHALT

Referenzpreise	2
Ärtezulassung	3
In Kürze	4

Den teuren Sonderfall Schweiz beenden

Millioneneinsparungen mit Referenzpreisen für Generika



Referenzpreise für Generika sind ein zentrales Element im Kostendämpfungspaket des Bundesrates. Mit dem Wechsel zur Vergütung des günstigsten Generikums statt überhöhter Medikamentenpreise könnte sich die Schweiz von einem teuren Sonderfall verabschieden, der Zusatzkosten ohne Mehrwert generiert.

Mit einem Generika-Anteil von gerade einmal 23 Prozent ist gemäss Daten der OECD von 2016 unser Land das Schlusslicht im europäischen Vergleich. In Deutschland und Grossbritannien liegt dieser Anteil bei über 80 Prozent. Gleichzeitig kosten die Generika in der Schweiz im Durchschnitt doppelt so viel wie im vergleichbaren Ausland. Dieser Schweizer Sonderfall kommt die Prämienzahler teuer zu stehen. Mit einer Angleichung des Preisniveaus für Generika an den europäischen Durchschnitt könnten mehrere hundert Millionen Franken eingespart werden.

Erhebliche Preisdifferenzen bei wirkstoffgleichen Generika

Für viele patentabgelaufene Arzneimittel stehen gleichwertige Generika zur Verfügung. So ist der Wirkstoff Paracetamol sowohl im originalen Schmerzmittel Dafalgan als auch in Generika enthalten. Die mit Abstand am häufigsten verkaufte Packung ist das Original

Dafalgan (1g/100 Stück). Würde konsequent anstatt dieser teuren Packung, das günstigere Generika von Sandoz (Paracetamol Sandoz 1g/100 Stück) verschrieben, würden 7 Millionen Franken eingespart, ohne Qualitätseinbussen.

Periodische Anpassung der Referenzpreise

Der Bundesrat hat dementsprechend in das erste Kostendämpfungspaket die Einführung von Referenzpreisen für patentabgelaufene Arzneimittel und deren Generika aufgenommen. Beim Referenzpreissystem werden die Medikamente mit demselben Wirkstoff oder derselben Wirkstoffkombination in eine Gruppe eingeteilt. Pro Gruppe legt die zuständige Behörde einen Preis fest – den Referenzpreis – der durch die Krankenversicherer zu vergüten ist. Dieser orientiert sich in der Regel an den günstigsten Generika und wird periodisch den Marktgegebenheiten angepasst. Entscheidet sich der Patient für ein teureres Arzneimittel, muss er die Differenz zum Referenzpreis selber bezahlen. Ist hingegen aus medizinischen Gründen die Abgabe eines Originalmedikamentes erforderlich, wird dieses auch weiterhin durch die Grundversicherung vergütet.

Der Bundesrat hat zwei Modelle für die Berechnung des Referenzpreises vorgeschlagen. Im ersten Modell erfolgt die Preisfindung mittels

eines Auslandpreisvergleichs und Preisabschlags. Um mehr Wettbewerb zwischen den Zulassungsinhabern zu schaffen, bevorzugt santésuisse die zweite Variante, die auch ein Meldesystem der Preise vorsieht. Die Hersteller werden dabei zur regelmässigen Meldung der Preise an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verpflichtet.

Referenzpreise haben sich international bewährt

Mit dem Systemwechsel betritt die Schweiz keineswegs Neuland. Mit der Einführung von Referenzpreisen würde die Schweiz dem Beispiel von mehr als zwanzig europäischen Ländern folgen, in denen sich die auf dem Wirkstoff basierte Vergütung für patentabgelaufene Arzneimittel und deren Generika seit Jahren bewährt. •

”
Mit Referenzpreisen werden hunderte Millionen Franken eingespart

«Kantönligeist» grösster Kostentreiber

Neuregelung der Ärztezulassung ohne kostendämpfende Wirkung

Nach den mehrmaligen gescheiterten Anläufen für einen Neuanfang bei der Steuerung der Ärztedichte herrscht Uneinigkeit über die Umsetzung. Während die Entscheide des Nationalrats eine wirksame Umsetzung in Aussicht stellten, will der Ständerat die Kantone nicht zu griffigen und verbindlichen Massnahmen verpflichten.

Zu viele Ärzte kosten zu viel. Darüber sind sich Politik, Kantone und Versicherer weitgehend einig. In der insgesamt überversorgten Schweiz bedeuten mehr Ärzte nicht automatisch bessere Gesundheit, sondern vor allem mehr überflüssige Behandlungen und mehr unnötige Kosten.

Es gibt grundsätzlich zwei Wege, das Überangebot einzudämmen: Der bisherige staatliche Weg mit der Zulassungssteuerung durch die Kantone oder die noch nicht erprobte Lockerung des Vertragszwangs wie es andere Länder handhaben. und wie es auch die Schweiz in der Unfallversicherung kennt.

Mutlose Lösung des Ständerates treibt Kosten an

Das Parlament ist daran, sich für die bisherige Lösung durch die Kantone zu entscheiden die die ganze Entscheidkompetenz bei den Kantonen belässt, was zu akzeptieren ist. Inakzeptabel sind

Rahmenbedingungen der «staatlichen Lösung», wie sie der Ständerat anstrebt: Weder werden die Kantone verpflichtet, sich an den Kostenfolgen ihrer Zulassungspolitik zu beteiligen, noch müssen sie einschreiten, wenn die Kosten bei einer Facharztgruppe aus dem Ruder laufen, noch gibt es ein Beschwerderecht für die Krankenversicherer oder Patientenorganisationen, um Versäumnisse der Kantone bei der Umsetzung des Gesetzes, die zu Lasten der Prämienzahler gehen, von einem Gericht beurteilen zu lassen.

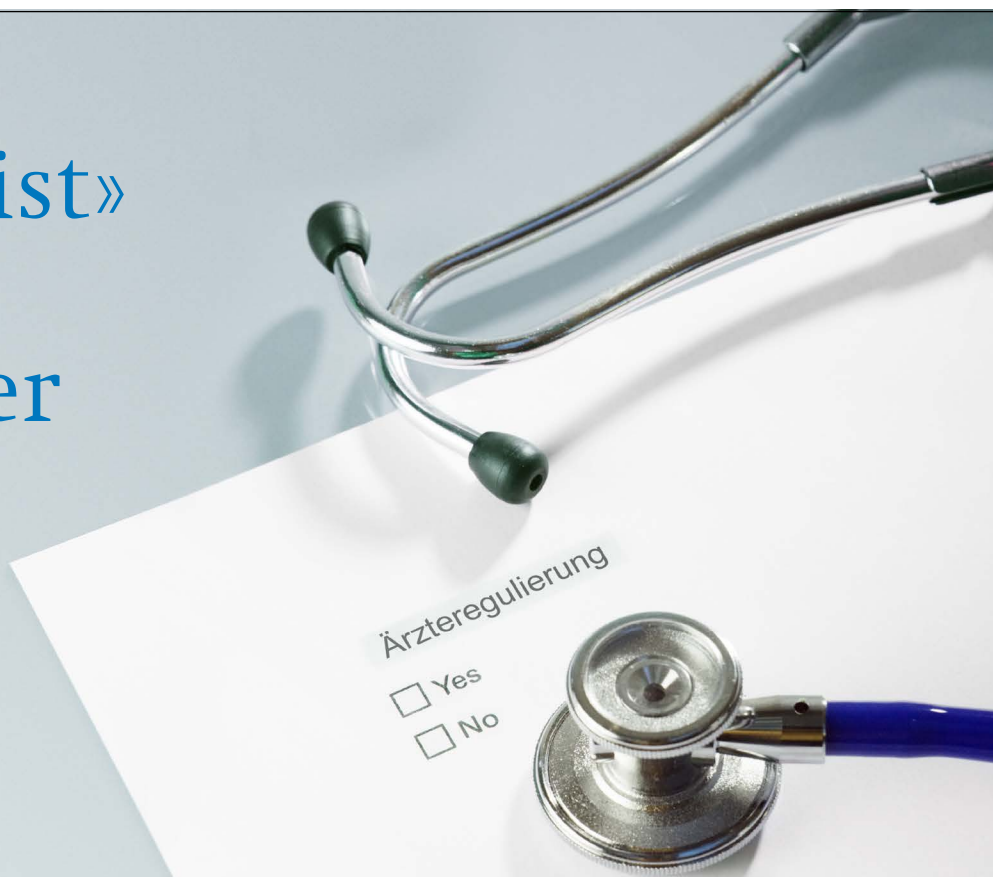
Für eine effektive Kostenkontrolle ist indessen entscheidend, dass die Kantone keine Ärzte zulassen, die für die Behandlung der Patientinnen und Patienten nicht benötigt werden. Die verlässliche Einschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte mit eigenen Arztpraxen oder in den Spitälern ist die wirkungsvollste Methode, um das übermässige Kostenwachstum und damit auch die ständig steigende Belastung für die Prämienzahlerinnen und -zahler zu bremsen.

Unbefriedigende Umsetzung ist absehbar

Mit den vom Ständerat definierten, wenig verbindlichen Vorgaben an die Kantone ist absehbar, dass die Steuerung der Ärztedichte auch in Zukunft von den Kantonen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Wie heute wäre die Umsetzung widersprüchlich, lückenhaft und würde im

schlechtesten Fall gar nicht umgesetzt. Während die Expertengruppe Kostendämpfung im August 2017 die Interessenkonflikte der Kantone angehen wollte, haben Bundesrat und Parlament zum Vornherein kapituliert. Dies obwohl für die Krankenversicherung und damit auch für deren Kosten und langfristige Finanzierung der Bund zuständig ist. Die Kantone sind für die Versorgung zuständig, spricht für die schweizweite Über- und Fehlversorgung zu Lasten der Prämien- und Steuerzahler. Damit dürften die Prämien- und Steuerzahler weiterhin die «Dummen» bleiben, welche die finanziellen Folgen des unkoordinierten Kantönliges berappen müssen. •

»
**Über- und Fehlversorgung
in den Kantonen belasten
Prämien- und Steuerzahler**



In Kürze



santésuisse lehnt KVG-Änderung für die Vergütung von Pflegematerialien ab

Der Bundesrat will auf Druck des Parlaments eine schweizweit einheitliche Vergütung für die in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) aufgeführten Pflegematerialien einführen. Neu sollen die Krankenversicherer die Finanzierung von Pflegematerial übernehmen, unabhängig davon, ob die Anwendung direkt durch Patienten, eine nichtberuflich mitwirkende Person oder eine Pflegefachperson erfolgt. Die Kostenfolge dieser Gesetzesänderung wird von den Behörden mit 65 Millionen Franken pro Jahr beziffert.

santésuisse sieht im Zusammenhang mit der Anpassung des MiGeL-Geltungsbereichs die Gefahr der Mengenausweitung und von Mehrkosten zulasten der Prämienzahlenden, die noch deutlich höher ausfallen dürften als die vom BAG geschätzten 65 Millionen Franken. 2017 hat das Bundesverwaltungsgericht in zwei wegweisenden Urteilen festgehalten, dass die von Pflegefachpersonen verwendeten Mittel und Gegenstände integraler Bestandteil der Pflegeleistung sind. Deren Vergütung habe nicht separat, sondern nach dem bewährten Verteilungsschlüssel der Pflegefinanzierung zu erfolgen: Obligatorische Krankenpflegeversicherung, Kantone sowie versicherte Person. Die jetzt vorgesehene einseitige Kostenverlagerung, weg von den Steuerzahlenden hin zu den Prämienzahlenden, ist abzulehnen. •

Mehr Wettbewerb bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

Mehr Wettbewerb bei den Preisen soll den Patienten und Prämienzahler gleichermaßen zugutekommen. Deshalb begrüsst santésuisse die Bestrebungen, mit einer Anpassung des KVG im Bereich der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) den Preiswettbewerb vermehrt spielen zu lassen. Damit die Vorlage ohne massiven Mehraufwand der Beteiligten umsetzbar ist, und die Versicherten nicht doch Nachteile erleiden, muss sie jedoch angepasst werden. Zwingend ist es, dass Verträge auf Verbandsebene zulässig sind, d. h. zwischen Verbänden der Abgabestellen einerseits und den Einkaufsgesellschaften der Versicherer andererseits. Die optimale Lösung sieht santésuisse darin, dass es keine Einschränkungen durch das Kartellgesetz und die Kantone gibt. Die Krankenversicherer können frei Verträge abschliessen. Dabei müssen lediglich alle MiGeL-Positionen vertraglich abgedeckt werden. Es ist zu erwarten, dass so eine kosteneffiziente Lösung entsteht, die den Prämienzahler entlastet. santésuisse schlägt vor, dass die Kontrolle hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung mit Produkten aller in der MiGeL aufgeführten Gruppen nicht durch die Kantone erfolgt, sondern dem Bund übertragen wird. Mit dieser Zentralisation könnten die Kosten der Administration bei den Kantonen reduziert werden. •

BLOG-TELEGRAMM

Versorgungslücken «Made in Switzerland»

Engpässe bei Impfstoffen oder Lieferunterbrüche bei Krebsmedikamenten sorgen derzeit in der Schweiz für Schlagzeilen, sind aber eigentlich ein weltweites Problem. Eigentlich, denn es gibt durchaus Faktoren «Made in Switzerland», die das Problem hierzulande verschärfen. Von einem Versorgungsnotstand kann allerdings nicht die Rede sein.

2015 hat der Bund für lebenswichtige Medikamente eine Meldepflicht eingeführt, sollte es zu Mangel oder Lieferengpässen kommen. Die Liste der Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln erlaubt seither ein gezieltes Monitoring der Situation. Gleichzeitig hat der Bundesrat das Verzeichnis derjenigen Medikamente deutlich ausgebaut, die ins Pflichtlager gehören. Kritische Situationen können so überbrückt werden. Zudem sind Hersteller und Importeure verpflichtet, für definierte Arzneimittel ein festgelegtes Lager zu halten. Die Krankenversicherer ihrerseits fordern den Bund auf, die Hersteller von patentgeschützten Medikamenten in die Verantwortung zu nehmen oder Parallelimporte zuzulassen. Des Weiteren soll der Markt im Falle von patentabgelaufenen Medikamenten durch eine vereinfachte Zulassung von Generika belebt werden. Auch Parallelimporte sollten einfacher möglich sein und das Territorialitätsprinzip beim individuellen Import aufgehoben werden. •

→ santesu.is/seacr