

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 11. November 2020

### **1104. Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2; Vernehmlassung)**

#### **I. Ausgangslage und Ziele der Änderung**

Das Eidgenössische Departement des Innern führt eine Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) durch. Mit der Änderung sollen Massnahmen zur Kostendämpfung in der Krankenversicherung umgesetzt werden. Das Massnahmenpaket stellt gleichzeitig den indirekten Gegenvorschlag zur eidgenössischen Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» dar. Die Vorlage umfasst Änderungen in folgenden Bereichen:

1. Einführung einer Zielvorgabe, mit der Ziele für das maximale Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) definiert und Massnahmen zur Korrektur bei Zielüberschreitungen festgelegt werden sollen.
2. Einführung von Erstberatungsstellen, an die sich die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen zuerst zu wenden haben. Die Versicherten können unter den Erstberatungsstellen auswählen, die auf der entsprechenden Liste des eigenen Kantons oder eines anderen Kantons aufgeführt sind. Der Versicherer bezahlt gemäss Vorlage für jede versicherte Person eine jährliche Pauschale; dies auch dann, wenn die versicherte Person die Erstberatungsstelle nicht beansprucht. Die Erstberatungsstelle soll somit unabhängig vom Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten und von der Anzahl Konsultationen denselben Pro-Kopf-Beitrag erhalten.
3. Zur Stärkung der koordinierten Versorgung (vor allem bei chronisch kranken und oft multimorbiden Patientinnen und Patienten) sollen Netzwerke von verschiedenen Leistungserbringern als selbstständige, gegenüber den Krankenversicherern abrechnungsberechtigte Leistungserbringer definiert werden. Die Netzwerke sollen dabei die Leistungen ambulant und koordiniert erbringen und zusätzlich die Koordination über die ganze Versorgungskette mit weiteren Leistungserbringern ausserhalb des Netzes sicherstellen. Insbesondere Gesundheitsfachpersonen soll so ermöglicht werden, sich zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen, das gegenüber den Versicherern als eine Organisation auftreten kann, wel-

che die Leistungserbringung koordiniert «aus einer Hand» erbringt. Zur Stärkung der koordinierten Versorgung sollen zudem ärztlich geleitete, strukturierte Programme der Patientenversorgung gefördert werden. Dabei sollen gewisse Leistungen in der Koordination und Beratung sowie spezifische Überwachungs- und Behandlungsmassnahmen durch nach KVG zugelassene nichtärztliche Leistungserbringer (beispielsweise Apothekerinnen und Apotheker und Advanced Practice Nurses [APN]) erbracht werden können. In den Programmen soll die Ärztin oder der Arzt die eigentlichen ärztlichen Funktionen (wie Diagnosestellung, Wahl oder Änderung der Therapie) nach wie vor persönlich erfüllen, insbesondere auch diejenigen Tätigkeiten, in denen das spezifische ärztliche Wissen ausschlaggebend ist. Andere Programmleistungen sollen aber von nichtärztlichen Leistungserbringern nach KVG erbracht werden, ohne dass diese Leistungen im konkreten Einzelfall ärztlich angeordnet werden müssen.

4. Weitere Massnahmen und Anpassungen:

- Schaffung von Rechtsgrundlagen für eine differenzierte Prüfung der WZW-Kriterien nach Art. 32 KVG; dazu soll der Bundesrat neu die Einzelheiten der periodischen Überprüfung der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, namentlich ihre Häufigkeit und ihren Umfang, in einer Verordnung regeln können.
- Schaffung von Grundsätzen für die Bemessung der Vergütung von Arzneimitteln, Analysen, Mitteln und Gegenständen.
- Regelungen für die Vereinbarung von Preismodellen bei Arzneimitteln (einschliesslich Rückerstattungen und Ausnahme vom Öffentlichkeitsprinzip): In den meisten europäischen Ländern werden die Preise von Arzneimitteln vor allem unter Berücksichtigung des Auslandspreisvergleichs behördlich festgelegt und publiziert. Die im Ausland publizierten Preise werden jedoch gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln selten tatsächlich in dieser Höhe vergütet. Das heisst, «hinter» den offiziellen Preisen bestehen sogenannte Preismodelle in Form von nicht öffentlich zugänglichen Vereinbarungen zwischen der Pharmaindustrie einerseits und Behörden, Regionen, Spitälern oder Krankenversicherern andererseits, wobei unter anderem Rückerstattungen auf dem Preis oder nach Überschreiten festgelegter Kosten verhandelt werden. Um einen raschen und möglichst kostengünstigen Zugang zu innovativen, hochpreisigen Arzneimitteln zu gewährleisten, werden heute auch in der Schweiz vermehrt Preismodelle umgesetzt, bisher jedoch nur in Ausnahmefällen. Mit den neuen Rechtsgrundlagen soll der Bundesrat die Kompetenz erhalten, zu regeln, wie und wann Preismodelle eingesetzt werden. Dabei soll eine Rückerstattung der Arzneimittellieferanten je nach Kategorie des Preismodells entweder an die Krankenversicherer oder an die gemeinsame Einrichtung KVG erfolgen. Die

Rückerstattung an den Krankenversicherer kann beispielsweise immer auf dem Preis eines Arzneimittels erfolgen oder nur dann, wenn sich herausstellt, dass die gewünschte Wirkung bei einer Patientin oder einem Patienten ausbleibt. Beim Preismodell mit Rückerstattungen an die gemeinsame Einrichtung KVG kann die Rückerstattung z. B. in Abhängigkeit des Arzneimittelumsatzes festgelegt werden (je höher der Umsatz des Arzneimittels, desto höher die Rückerstattungen). Die Gelder sollen dann von der gemeinsamen Einrichtung KVG an die Krankenversicherer weiterfliessen.

Im Rahmen von Preismodellen soll bezüglich Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen der Zugang zu amtlichen Dokumenten eingeschränkt werden. Ein Abweichen vom Öffentlichkeitsprinzip ist aus Sicht des Bundesrates unumgänglich, weil nicht alle Rückerstattungen transparent ausgewiesen werden können: Übersteigen die Rückerstattungen eine gewisse Höhe, sind nämlich die Zulassungsinhaberinnen nicht bereit, dass die Rückerstattungen öffentlich publiziert werden. Im Ausland unterstehen die tatsächlich vergüteten Preise bzw. die Höhe der Rückerstattung deshalb grosser Geheimhaltung. Das heisst, es werden ausschliesslich Höchstpreise und nicht die tatsächlich 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 tatsächliche Preis also nicht bekannt ist. Gleichzeitig besteht damit keine Gefahr, dass die Zulassungsinhaberinnen auf ein Aufnahmegesuch in die Spezialitätenliste für Arzneimittel 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.

- Festlegung von Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen: Die Kantone sind gemäss geltendem Gesetz verpflichtet, ihren Kostenanteil bei ausserkantonaler Wahlbehandlung im Einzelfall höchstens zu dem Tarif zu übernehmen, der im Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Neu sollen die Kantone zur Festlegung von generellen Höchsttarifen (Referenztarife) verpflichtet werden; diese Vorgabe wird vom Kanton Zürich bereits seit 2012 umgesetzt.

- Verpflichtung der Leistungserbringer und Versicherer zur elektronischen Rechnungsübermittlung.
- Analoge Anpassungen in der Invalidenversicherung (betreffend Preismodelle bei Arzneimitteln, Rechtsgrundlagen für WZW-Kriterien und elektronische Rechnungsübermittlung).
- Präzisierung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft zur Gleichbehandlung der Patientinnen: Gemäss dem am 1. März 2014 in Kraft getretenen Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG darf für Leistungen nach Art. 25 und 25a KVG, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, keine Kostenbeteiligung der Mutter erhoben werden. Damit wurde beabsichtigt, auch Leistungen ohne Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder Mutterschaft während eines spezifischen Zeitraums von der Kostenbeteiligung auszunehmen. Diese relativ offene Gesetzesbestimmung wurde von den Versicherern in der Praxis unterschiedlich umgesetzt. Sie soll deshalb dahingehend präzisiert werden, dass auch Leistungen ohne Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder Mutterschaft während eines spezifischen Zeitraums von der Kostenbeteiligung zu befreien sind.

## **II. Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)**

Die GDK hat mit Schreiben vom 23. Oktober 2020 an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu den Gesetzesänderungen Stellung genommen. Sie begrüsst die allgemeine Stossrichtung des Kostendämpfungsprogramms. Insbesondere hinsichtlich der Einführung von Zielen für das maximale Kostenwachstum in der OKP und von Erstberatungsstellen sei die Vorlage aber noch zu wenig ausgereift, weshalb vor allem die Massnahme «Stärkung der koordinierten Versorgung» prioritär weiterverfolgt werden sollte.

Die Praxistauglichkeit einer Zielvorgabe für das Kostenwachstum wird als kritisch beurteilt. Der administrative Aufwand für die Kantone würde massiv steigen. Es bestehe die Gefahr, dass das heutige regulierte Wettbewerbssystem durch zusätzliche Regulierungen untergraben würde. Das geltende System mit Zulassungsbeschränkung und Spitallisten biete bereits heute Möglichkeiten, die Mengenausweitung zu beschränken. Die vorgesehene jährliche Anpassung der Zielvorgabe sei wegen fehlender Datengrundlagen und Verzögerungseffekten nicht praktikabel. Schon heute komme es bei den verschiedenen Kostenprognosemodellen, die im Prämiengenehmigungsprozess herangezogen würden, zu stark divergierende Schätzungen, sowohl bezüglich des gesamtschweizerischen Kostenwachstums als auch betreffend Entwicklung in den einzelnen Kosten-

blöcken. Es fehlten systematische Evaluationen über die Treffsicherheit der Prognosen, aber auch einheitliche Kriterien, an denen diese gemessen werden könnten. Im Falle einer Weiterverfolgung dieses Massnahmenvorschlags müssten mögliche Nebeneffekte wie die Rationierung von wirksamen, zweckmässigen und wirtschaftlichen Leistungen oder eine verminderte Behandlungsqualität durch Monitoring aufgedeckt und gezielt korrigiert werden. Ebenfalls zu verhindern wären ungewollte Verlagerungen von Leistungen aus aufgrund der Zielvorgabe bereits ausgeschöpften Kostenblöcken in andere (eventuell sogar teurere) Kostenblöcke, beispielsweise von ambulant zu stationär. Zudem sollte festgehalten werden, dass die Kantone bei der Festlegung der kantonsindividuellen Ziele durch den Bund anzuhören sind.

Hinsichtlich der Einführung von Erstberatungsstellen seien, so die GDK, die politischen Erfolgsaussichten dieser Massnahme (faktische Aufhebung der freien Arztwahl) fraglich. Zudem sei festzuhalten, dass chronisch kranke, multimorbide oder ältere Personen durch die Einführung solcher Erstberatungsstellen nicht benachteiligt werden dürften. Weiter beruhe die vorgesehene, vom Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten unabhängige pauschale Vergütung der Erstberatungsstellen auf der Gefahr einer Risikoselektion.

Die übrigen Massnahmen und Änderungen werden von der GDK im Grundsatz begrüsst, insbesondere die Stärkung der koordinierten Versorgung. Die vermehrte Umsetzung von Preismodellen (einschliesslich Rückerstattungen und Ausnahme vom Öffentlichkeitsprinzip) erachtet die GDK als sachgerecht, auch wenn mit der vorgeschlagenen Lösung eine grössere Intransparenz in der Festlegung der Medikamentenpreise einhergeht. Im Interesse eines rabattierten Einkaufs zugunsten der Patientinnen und Patienten sollen diese Einschränkungen aber hingenommen werden. Mit dem Preismodell könne dem Kostenschub, der durch die Vergütung von innovativen und teuren Arzneimitteln verursacht werde, entgegenwirkt werden. Der Kreis der Begünstigten der Rückerstattungen müsse jedoch zwingend alle Kostenträger umfassen, weshalb im stationären Bereich auch die Kantone, die 55% der Vergütung übernähmen, berücksichtigt werden müssten.

### **III. Haltung des Kantons Zürich**

Den Anregungen und Ausführungen der GDK ist grundsätzlich beizupflichten. Darüber hinaus ist in der Vernehmlassung noch auf drei weitere für den Kanton Zürich wichtige Anliegen hinzuweisen.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern, 3003 Bern (Zustellung auch per E-Mail als PDF- und Word-Version an [tarife-grundlagen@bag.admin.ch](mailto:tarife-grundlagen@bag.admin.ch) und [gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)):

Mit Schreiben vom 19. August 2020 haben Sie uns Änderungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterbreitet. Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir teilen grundsätzlich die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, wie sie in deren Stellungnahme vom 23. Oktober 2020 zuhanden des Bundesamts für Gesundheit zum Ausdruck gebracht worden ist. In Ergänzung dazu äussern wir folgende Anliegen:

- Die finanziellen, personellen und administrativen Auswirkungen der Vorlage auf die Kantone sind in der vom Bund geplanten Regulierungsfolgeabschätzung eingehend zu analysieren und die Ergebnisse in der Botschaft des Bundesrates auszuweisen.
- Die vorgesehenen Koordinationszentren können dazu beitragen, dass eine betagte Person länger zu Hause leben und dadurch ein Heimeintritt vermieden oder verzögert werden kann. Es ist deshalb zu statuieren, dass den Koordinationszentren insbesondere auch Organisationen der ambulanten Pflege und Betreuung angeschlossen werden.
- Die vorgesehene Schaffung einer IV-Arzneimittelliste sollte nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung von invaliden Personen führen.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Mitglieder des Regierungsrates und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat  
Die Staatsschreiberin:

**Kathrin Arioli**