

Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 7. November 2022 zuhanden der SGK-N
«Schätzung der finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen und Auf-
zeigen des Einsparpotenzials»

1 Auftrag und Ausgangslage

Am 20. und 21. Oktober 2022 begann die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) die Beratung des Geschäfts 22.062n: Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung, Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 2. Dabei wurde u.a. der Antrag gestellt, eine Schätzung der finanziellen Auswirkungen der Massnahmen vorzunehmen und deren Einsparpotenzial aufzuzeigen.

In der vorliegenden Gesetzesänderung werden sieben Massnahmen vorgeschlagen, welche durch analoge oder gleichartige Änderungen in der Invalidenversicherung sowie eine Präzisierung der Regelung der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft ergänzt werden.

Der Bund geht davon aus, dass mit den vorgeschlagenen Massnahmen die Kostenentwicklung in allen grossen Kostenblöcken gebremst werden kann. Eine genaue Quantifizierung der jährlich zu erzielenden Einsparungen ist schwierig, da sie von der konkreten Umsetzung durch die betroffenen Akteure abhängen. Mit den sieben Massnahmen und insbesondere mit den beiden zentralen Massnahmen «Netzwerk zur koordinierten Versorgung» und «Preismodelle» kann aber mit bedeutenden, jährlich wiederkehrenden Einsparungen gerechnet werden.

Bereits in der Botschaft wurde die Schwierigkeit der genauen Quantifizierung offen benannt und es gilt unverändert, dass eine konkrete Schätzung mit vielen Unsicherheiten behaftet ist. Nachfolgend soll aber dennoch eine Umschreibung der quantitativen Auswirkungen der Massnahmen aufgezeigt werden. Dabei wird klar, dass jährliche Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich nicht unplausibel sind.

2 Finanzielle Auswirkungen und Einsparpotenzial der einzelnen Massnahmen

2.1 Netzwerke zur koordinierten Versorgung

Verschiedene nationale und internationale Studien und Reviews zeigen, dass eine integrierte und koordinierte Versorgung dazu beiträgt, die Behandlungsqualität zu verbessern und Kosten zu senken.¹

Koordinierte Versorgung findet in der Schweiz heute teilweise über die besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach Artikel 62 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) statt. Zu nennen sind hier insbesondere diejenigen Modelle, die über ein reines Gatekeeping hinausgehen, insbesondere HMO-Modelle.

¹ Rocks, S., Berntson, D., Gil-Salmerón, A. et al. (2020): Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. In: The European Journal of Health Economics (2020) 21:1211–1221.

In einer Studie aus der Schweiz wurden anhand von Daten eines grossen Krankenversicherers die Einsparungen bei HMO-Versicherungsmodellen über einen Zeitraum von zwölf Jahren berechnet. Sie zeigt, dass Personen, die sich für ein solches Versicherungsmodell entscheiden und darin bleiben, nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig deutlich niedrigere Gesundheitskosten aufweisen als Personen, die nicht in einem solchen Versicherungsmodell sind. Dieses Ergebnis gilt auch nach Kontrolle des Selektionseffekts, d.h. der Tatsache, dass gesündere und jüngere Menschen sich häufiger für solches Modell entscheiden.² Die zwei Hauptgründe dafür sind weniger Konsultationen und weniger Aufenthaltstage im Spital. Weitere Studien zeigen, dass Versicherte, die in (haus-)ärztlich koordinierte Versorgungsstrukturen behandelt werden, weniger Antibiotika oder weniger lang Benzodiazepine verschrieben erhalten, dass potenziell inadäquate Medikationen weniger häufig auftreten und dass Bagatellerkrankungen weniger oft in Spitalambulatorien behandelt werden, was auf eine effizientere Behandlungsform schliessen lässt.³

Ältere Menschen, die oft an mehreren chronischen Krankheiten (Multimorbidität) leiden, könnten von Netzwerken zur koordinierten Versorgung am meisten profitieren. Bei der Schweizer Wohnbevölkerung über 65 Jahre haben aber nur 3.5% ein HMO-Modell gewählt.⁴ Wenn man berücksichtigt, dass Personen ab 60 Jahre rund die Hälfte der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz verursachen (43,6 Mrd. CHF von insgesamt 83,3 Mrd. CHF),⁵ kann davon ausgegangen werden, dass durch Netzwerke zur koordinierten Versorgung ein sehr grosses Einsparpotenzial in der Höhe von mehreren hundert Millionen CHF besteht.

Das Einsparpotenzial lässt sich aber nicht genauer beziffern, da offen ist, wie viele solcher Netzwerke entstehen und wie viele Patientinnen und Patienten künftig in einem solchen Netzwerk behandelt werden.

2.2 Preismodelle und Rückerstattungen sowie Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnungen und Modalitäten von Rückerstattungen im Rahmen von Preismodellen

Die Aufnahme von Arzneimitteln in die SL mit der Möglichkeit der Anwendung von (vertraulichen) Preismodellen wird bei Arzneimitteln zu tieferen Preisen und somit zu Einsparungen zugunsten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) führen.

Denn nur wenn Preismodelle, bei welchen nur der Höchstpreis bekannt ist und eine vertrauliche Rückerstattung auf den effektiv deutlich tieferen Preis vereinbart wird, auch in der Schweiz umgesetzt werden können, sind die Pharmaunternehmen bereit, ihre Arzneimittel zu deutlich tieferen Preisen anzubieten. Ohne Preismodelle müssten viel zu hohe Preise akzeptiert werden oder die Versicherten hätte keinen oder nur noch sehr eingeschränkten Zugang zu innovativen und lebensnotwendigen Arzneimitteln. Verzichtet die Zulassungsinhaberin aufgrund der Preistransparenz auf ein Aufnahmegesuch eines Arzneimittels in die SL, müsste der Preis womöglich auf dem Weg der Einzelfallvergütung (Art. 71a-d der Verordnung über die Krankenversi-

² Kauer, L. (2017): Long-Term Effects of Managed Care. In: Health Economics 2017 26(10):1210–1223.

³ Brüngger, B., Fischer, B., Früh, M. et al. (2014): Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Olten.

⁴ International Health Policy (2021): Befragung der Wohnbevölkerung ab 65 Jahren [IHP-Befragungen: ältere Wohnbevölkerung \(admin.ch\)](#)

⁵ [Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht \(Schätzung\) - 2010-2020 | Tabelle | Bundesamt für Statistik \(admin.ch\)](#)

cherung, KVV) festgelegt werden. Dabei müssten viel höhere Preise und ein höherer administrativer Aufwand für die OKP in Kauf genommen werden, was eine noch stärkere Belastung der OKP zur Folge hätte. Die Vertraulichkeit bestimmter Informationen in Bezug auf Rückerstattungen steht also in direktem Zusammenhang mit dem Einsparpotenzial, das durch Preismodelle realisiert werden kann.

Wie bereits in der Botschaft erwähnt, hängt die kostendämpfende Wirkung davon ab, wie die Preismodelle und deren Vertraulichkeit konkret ausgestaltet und von den Akteuren umgesetzt werden. Die Kostenfolgen und das Einsparpotenzial werden auch von zahlreichen anderen Faktoren bestimmt, wie beispielsweise der Anzahl Arzneimittel, die in Zukunft die Anwendung eines Preismodells erfordern, sowie deren Preis bzw. Rückerstattungen, oder auch von der Entwicklung des APV und TQV. Entsprechend ist es kaum möglich, die Kostenfolgen und das Einsparpotenzial von zukünftigen Preismodellen und Rückerstattungen zu quantifizieren. Hingegen lassen sich die Kostenfolgen sowie das Einsparpotential qualitativ umschreiben. Mit Preismodellen können beispielsweise Kostengrenzen gesetzt werden, ein nach Volumen differenzierter Preis oder eine von der effektiv erreichten Wirksamkeit abhängige Vergütung (*«pay for performance»*) vereinbart werden.

Anhand der aktuellen Zahlen lässt sich beziffern, welche Einsparungen Preismodelle aktuell erzielen. Derzeit bestehen für rund 135 Indikationen verteilt auf 94 Arzneimittel Preismodelle. Dank diesen Preismodellen fällt der Preis der betreffenden Arzneimittel um rund 20 bis 60% tiefer aus. Unter Berücksichtigung des Volumens dieser Arzneimittel und deren Preise bzw. der geschuldeten Rückerstattungen lässt sich die Differenz zwischen den SL-Preisen und den tatsächlich von der OKP zu vergütenden Preisen mit über 200 Mio CHF jährlich beziffern. Es ist deshalb davon auszugehen, dass ohne die umgesetzten Preismodelle die Gesamtkosten für Arzneimittel um einen Betrag in dieser Grössenordnung höher lägen, da die effektiv vergüteten Preise im Bereich der publizierten Preise im Ausland hätten festgelegt werden müssen. Aufgrund dieser Berechnung ist klar, dass bei den Preismodellen ein erhebliches Einsparpotenzial vorhanden ist.

Preismodelle sind sicher auch mit erhöhtem administrativem Aufwand für den Bund, die Kantone, die Versicherer, die Gemeinsame Einrichtung KVG und die Zulassungsinhaberinnen verbunden, der jedoch insgesamt von den Vorteilen durch Kosteneinsparungen bei weitem überwogen wird.

2.3 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Die Einführung einer differenzierten Prüfung (Häufigkeit und Umfang) der Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) nach Art der Leistung soll in erster Linie die Versorgungssicherheit verbessern. Damit lässt sich eine Überprüfung vermeiden, die dazu führen könnte, dass der Preis bestimmter Leistungen für die Leistungserbringer nicht mehr rentabel ist und diese die Leistungen somit nicht mehr anbieten.

Ausserdem ist es nicht notwendig, die WZW-Kriterien immer in derselben Detailtiefe zu prüfen, was die Kontrolle etwas erleichtern könnte. Generell ermöglicht die Einführung einer differenzierten Prüfung also eine vernünftige Kontrolle der WZW-Kriterien, bei der die verschiedenen Leistungsarten und deren Lebenszyklus berücksichtigt werden, wobei auch die Bereiche, in denen ein erhebliches Verbesserungspotenzial besteht, gezielt angesprochen werden. Diese differenzierte Überprüfung erlaubt somit einen effizienten und optimierten Einsatz der verfügbaren Ressourcen, sowohl für den Bund als auch für die anderen involvierten Parteien.

Die Einführung einer solchen differenzierten Prüfung dient aber auch der Kostendämpfung:

- Wird ein schon älteres und günstiges Arzneimittel einer Überprüfung unterzogen, aufgrund derer der Preis gesenkt werden soll, besteht die Gefahr, dass die Zulassungsinhaberin die Streichung des Arzneimittels aus der SL beantragt. In einem solchen Fall ist die Gefahr gross, dass das Arzneimittel durch ein neueres und teureres ersetzt wird. Die Einführung einer differenzierten Prüfung würde diesem Risiko entgegenwirken. Das Einsparpotenzial ist somit zwar leicht zu erkennen, aber schwer zu beziffern und hängt von der Anzahl betroffener Arzneimittel ab.
- Sehr teure Arzneimittel sollen in bestimmten Fällen häufiger überprüft und ihre Preise enger überwacht werden können. Eine Analyse der Pharmaindustrie für das Jahr 2016 ergab, dass aufgrund von nicht-periodischen Überprüfungen (z.B. nach einer befristeten Aufnahme), die oftmals teure Präparate betreffen, jährliche Einsparungen in der Höhe von 100 Mio. CHF erzielt wurden. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der dreijährlichen Überprüfung in den letzten drei Jahren zeigt sich zudem, dass weniger als 10% der Einsparungen durch die zahlreichen Originalpräparate mit weniger als 1 Mio. CHF jährlichem Umsatzvolumen generiert wurden. Aus der Überprüfung einer kleinen Selektion von teuren und/oder umsatzstarken Arzneimitteln, die ein jährliches Umsatzvolumen von mehr als 20 Mio. CHF ausmachen, resultierten hingegen 20 bis 50% der erzielten Einsparungen. Dies zeigt, dass es sich lohnt, sich bei den Überprüfungen mehr auf die teuren, umsatzstarken Präparate zu konzentrieren als auf die günstigen und umsatzschwachen. Auch hier sind die Aussichten auf Kostendämpfung und Einsparungen zwar offensichtlich, die finanziellen Auswirkungen sind jedoch äusserst schwer abzuschätzen, da sie vom Auslandspreisvergleich (APV) und von der Preisentwicklung der im Rahmen des therapeutischen Quervergleichs (TQV) herangezogenen Arzneimittel abhängen. Die Preise dieser Arzneimittel lassen sich nicht vorhersehen und haben grossen Einfluss auf die Preise der in die SL aufgenommenen Arzneimittel. Somit wirken sie sich stark auf das Einsparpotenzial aus, das sich mit der Einführung einer differenzierten Überprüfung für Arzneimittel erzielen lässt.

2.4 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Die Massnahme «Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl» kann in einem ersten Schritt in einzelnen Kantonen zu Kostensteigerungen führen. In Kantone mit bisher unrealistisch tiefen Referenztarifen für ausserkantonale Wahlbehandlungen müssen die versicherten Personen heute die über diesem tiefen Referenztarif liegenden Kosten aus eigenen Mitteln bezahlen. Mit einem höheren Referenztarif sinkt das Ausmass der Belastung der versicherten Personen in solchen Fällen, ein grösserer Teil der Kosten geht neu zulasten der Kantone und der OKP. Mit der Massnahme wird es für die Kantone aber kostspieliger, innerkantonal hohe Tarife zu akzeptieren, weil sie diese Tarife neu auch für alle ausserkantonalen Wahlbehandlungen, die eine vergleichbare Leistung betreffen, übernehmen müssen. Die Kantone erhalten einen Anreiz, für vergleichbare Behandlungen auch innerkantonal nur Tarife in einem relativ engen Preisbereich zu akzeptieren und nicht einzelnen Spitälern höhere Tarife zuzugestehen. Dies kann die Kostenentwicklung dämpfen.

Mittelfristig ist durch die erleichterte Wahl eines ausserkantonalen Spitals eine grössere Mobilität von Patientinnen und Patienten über Kantonsgrenzen hinweg zu erwarten. Je mehr sich die Patientinnen und Patienten unabhängig vom Kanton für das günstigste und qualitativ beste Spital entscheiden, desto eher kann bei der nächsten Revision der Spitalplanung in einem einzelnen Kanton auf ein qualitativ unterlegenes oder im kantonsübergreifenden Vergleich teures Spital verzichtet werden, weil es möglicherweise für die Gewährleistung der Versorgung in diesem

Leistungsbereich nicht mehr notwendig ist. Dadurch können die Kosten zulasten der OKP sinken.

Das Sparpotenzial der Massnahme kann nicht beziffert oder quantitativ eingegrenzt werden. Das genaue Ausmass der Einsparungen hängt davon ab, wie die versicherten Personen und die Kantone auf die neuen Rahmenbedingungen reagieren, insbesondere, wie stark die Patientenmobilität zunimmt, wie stark die Kantone bei der Tarifgenehmigung und -festsetzung den Erhalt von innerkantonalen Strukturen gegenüber dem Abfluss von Steuermitteln in andere Kantone gewichten und wie konsequent die Kantone die Regeln der Spitalplanung umsetzen.

2.5 Elektronische Rechnungsübermittlung

Die neue Bestimmung wird langfristig zu Einsparungen führen, da beispielsweise auf das Kopieren, das Scannen und den Postversand der Rechnungen zwischen Versicherer und Leistungserbringer verzichtet werden kann. Auch das Überführen der Rechnungen in das Buchhaltungssystem wird sich durch die elektronische Rechnungsübermittlung vereinfachen, wodurch Kosten gespart werden können. Die elektronische Rechnungsübermittlung kann aber zu Beginn zu zusätzlichen Kosten für die Anpassung der Infrastruktur führen. Diese dürfte massvoll sein, da die Akteure des Gesundheitswesens bereits seit einiger Zeit im Forum «Datenaustausch» zusammengeschlossen sind und somit bereits Synergien genutzt werden, um die Kosten beim einzelnen Versicherer möglichst gering zu halten. Ausserdem werden bereits heute zwei Drittel der Rechnungen elektronisch übermittelt und ein Grossteil auch elektronisch abgerechnet.

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 Fehlerquellen reduzieren, die Rechnungskontrolle durch die Versicherer erheblich vereinfachen und sie kann dadurch verstärkt wahrgenommen werden. Eine verstärkte Rechnungskontrolle kann auch präventiv dazu führen, dass sich die Leistungserbringer auf das erforderliche Mass beschränken, welches für den Behandlungszweck nötig ist. Dies kann eine kostendämpfende Wirkung haben.

Damit die Versichertenkarte in Zukunft auf Wunsch der versicherten Person auch in elektronischer Form ausgestellt und als Identifikationsmittel für die Kommunikation mit den Versicherern verwendet werden kann, sind seitens der Versicherer Investitionen in die technologische Weiterentwicklung der Versichertenkarte notwendig. Da für die Verwendung der Versichertenkarte im Ausland (europäische Krankenversicherungskarte, EKVK) weiterhin ein Sichtausweis gefordert ist, sind derzeit keine Kosteneinsparungen zu erwarten. Auf europäischer Ebene sind aber Bestrebungen im Gange, die EKVK elektronisch zuzulassen, woraufhin der Bundesrat das Format entsprechend anpassen kann. Dies wird sich dann kostendämpfend auswirken, da auf die Herstellung im Kreditkartenformat und den Versand der Krankenversichertenkarten verzichtet werden kann.

2.6 Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker

Auch diese Massnahme verbessert die Anreize hin zu kostendämpfendem Verhalten und ist daher schwierig konkret zu beziffern. Bei folgenden Leistungen können jedoch qualitative Aussagen betreffend die Kosteneinsparungen getroffen werden:

- Impfungen im Rahmen des nationalen Impfprogramms gemäss Impfplan des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF):

Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Tarife für Impfungen in Apotheken tiefer sein werden, als für Impfungen in Arztpraxen. Entsprechende Daten zum Kostenvergleich liegen derzeit nicht vor. Unter der Annahme von tieferen Tarifen können bei einer gewissen Verschiebung von bisher in Arztpraxen durchgeführten Impfungen zu Apothekenimpfungen Kosten gespart werden. Über den Anteil der Verschiebungen bestehen derzeit noch keine Schätzungen. Andererseits wird auch erhofft, dass durch den zusätzlichen und einfacheren Zugang in Apotheken, die Impfrate erhöht wird, was zu zusätzlichen Kosten aber auch einer verbesserten Gesundheitsversorgung führen wird.

- Stuhltests im Rahmen von Darmkrebsfrüherkennungsprogrammen:

Apothekerinnen und Apotheker sind bereits heute hinsichtlich Abgabe von Stuhltests in gewissen kantonale Darmkrebsfrüherkennungsprogramme einbezogen. Eine Kostenübernahme solcher Leistungen in Apotheken durch die OKP verbessert den Zugang und somit den Nutzen der Früherkennungsprogramme. Die bisherige Einbindung von Apotheken ist je nach Kanton sehr unterschiedlich und es liegen bisher keine Daten zu den diesbezüglichen Kosten und dem gewonnen Kostenersparnis vor.

- Pharmazeutischen Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue:

Eine Kosten-Effektivitäts-Evaluation von Medikamentenüberprüfungen in England zeigte, dass für jeden investierten Euro ein Nutzen von 3,30 bis 6,20 EUR entsteht. Das Modell in England lässt sich aufgrund anderer Versorgungsstrukturen und Prozesse nicht direkt auf die Schweiz übertragen. Das Kostenvolumen der neuen Apothekerleistungen hängt stark von Zielgruppe sowie Art und Menge der Leistungen ab. Da diese Parameter derzeit noch nicht genügend definiert sind, können mögliche Kosten und Einsparungen noch nicht beziffert werden. Die Kosteneffizienz der Leistungen wird durch die WZW-Prüfung gewährleistet.

2.7 Massnahmen der Invalidenversicherung

In Bezug auf die Massnahmen differenzierte WZW-Prüfung (Art. 14 Abs. 2 E-IVG), Preismodelle und Rückerstattungen (Art. 14^{quater} E-IVG) sowie Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnung und Modalitäten von Rückerstattungen (Art. 14^{quinquies} E-IVG) wird analog zu den entsprechenden Massnahmen der OKP ein Kostendämpfungseffekt erwartet. Zu den finanziellen Auswirkungen und dem Einsparpotenzial wird sinngemäss auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen. Durch die Übernahme dieser OKP-Anpassungen auch im Rahmen der Invalidenversicherung (IV) wird zudem die Koordination zwischen diesen beiden Versicherungszweigen weiter verbessert.

Die Koordination und Harmonisierung der beiden Sozialversicherungen stehen sodann bei den weiteren Massnahmen der IV im Vordergrund, namentlich indem auch im Rahmen der IV die elektronische Rechnungsübermittlung gesetzlich weiterentwickelt wird (Art. 27^{ter} Abs. 1 und Abs. 3 E-IVG).