

Aktualisierter Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 12. April 2024 zuhanden der SGK-S

«Übersicht und Vergleich der finanziellen Auswirkungen der zur Diskussion stehenden Massnahmen des Kostendämpfungspaket 2 und deren Einsparpotenzial bzw. zusätzlichen Kostenfolgen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»

1 Auftrag und Ausgangslage

Am 18. März 2024 hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) die Beratung des Geschäfts 22.062n: Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung, Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 fortgeführt. Dabei wurde u.a. der Antrag gestellt, eine Übersicht über die finanziellen Auswirkungen der Massnahmen sowie der bisher gefassten Beschlüsse der SGK-S vorzunehmen und deren Einsparpotenzial aufzuzeigen. Zusätzlich soll – soweit möglich – ein Vergleich zur bundesrätlichen Vorlage und den Beschlüssen des Nationalrats hergestellt werden.

Mit dem vorliegenden Bericht wird dieser Auftrag umgesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich auf jene diskutierten Massnahmen, welche die Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) beeinflussen.

Für einen umfassenden Überblick zu den Auswirkungen der Massnahmen zur Kostendämpfung von Paket 2 wird auf die bereits publizierten Berichte der Verwaltung zuhanden der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N)¹ bzw. auf den Schlussbericht von Infrass vom 11. April 2023² verweisen. In diesen wird eine Schätzung der finanziellen Auswirkungen der sieben vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen vorgenommen. Im Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 7. November 2022 wird ausgeführt, dass der Bund davon ausgehe, dass mit den vorgeschlagenen Massnahmen die Kostenentwicklung in allen grossen Kostenblöcken gebremst werden könne. Infrass kommt zum Schluss, dass hauptsächlich die Netzwerke zur koordinierten Versorgung, die Preismodelle und die differenzierte WZW-Prüfung zu relevanten Kosteneinsparungen für die OKP führen dürften.

2 Finanzielle Auswirkungen und Einsparpotenzial der einzelnen Massnahmen

2.1 Netzwerke zur koordinierten Versorgung

Dieser Vorschlag des Bundesrates wurde im Anschluss an die Runden Tische, die 2023 stattfanden, angepasst. Der ursprüngliche Vorschlag wurde von der Verwaltung vereinfacht und anschliessend in die Beratungen der SGK-S übernommen.

Gegenüber dem geltenden Recht sieht der Vorschlag einen neuen Leistungserbringer vor, nämlich das Netzwerk zur koordinierten Versorgung, innerhalb dessen sich verschiedene Gesundheitsfachpersonen zusammenschliessen können (Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutin-

¹ Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 7. November 2022 zuhanden der SGK-N «Schätzung der finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen und Aufzeigen des Einsparpotenzials»; Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 11. April 2023 zuhanden der SGK-N zur Studie von Infrass vom 11. April 2023 «Auswirkungen der Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 2».

² Schlussbericht Infrass, Auswirkungen der Kostendämpfungsmassnahmen – Paket 2, 11. April 2023 (französische Zusammenfassung vom 7. April 2023).

nen/-therapeuten, Hebammen, Pflegefachpersonen usw.). Die Rechnungsstellung der erbrachten Leistungen erfolgt durch das Netzwerk zur koordinierten Versorgung. Diese Möglichkeit ist derzeit im geltenden Krankenversicherungsrecht für den ambulanten Bereich nicht vorgesehen. Die Koordination zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachpersonen ist ein zentraler Aspekt der Netzwerke zur koordinierten Versorgung. Zudem werden Interprofessionalität und Delegation von Aufgaben (Taskshifting) erleichtert und gefördert.

Wie bereits im Bericht des BAG vom 11. Januar 2024 zuhanden der SGK-S «Klärung der Begriffe koordinierte Versorgungsnetze und integrierte Versorgungsnetze» erwähnt, hat das BAG das Forschungs- und Beratungsbüro Infras beauftragt, die Auswirkungen der Kostendämpfungsmassnahmen zu analysieren³: Das Einsparpotenzial koordinierter Versorgungsmodelle hängt von der Anzahl eingesetzter Teams wie auch von der Anzahl Patientinnen und Patienten ab, die künftig in einem solchen Rahmen behandelt werden. Eine Beurteilung des Aufwands zur Schaffung eines Netzwerkes zur koordinierten Versorgung wie auch des damit verbundenen Einsparpotenzials ist aufgrund fehlender empirischer Daten schwierig. Basierend auf einer groben Schätzung geht Infras von einem Kosteneinsparpotenzial in der Höhe von rund 250 Millionen Franken pro Jahr für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren mit Multimorbidität aus.

Die Kommission hat am 23. April 2024 beschlossen, Netzwerke zur koordinierten Versorgung einzuführen und die Bedingungen dafür präzisiert. Solche Netzwerke sollen in einem zweistufigen Verfahren zugelassen werden. Damit diese für Versicherte attraktiv sind, soll der Selbstbehalt bei ihren Leistungen reduziert werden können. Eine Minderheit der Kommission spricht sich weiterhin gegen die Einführung von Netzwerken zur koordinierten Versorgung aus.

Mit der neu vorgeschlagenen Reduktion der Kostenbeteiligung dürfte sich der Anreiz für die Wahl dieser Modelle erhöhen. Damit dürften sich auch verstärkt die möglichen Kosteneinsparungen realisieren lassen.

2.2 Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker

Bei den neuen Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker handelt es sich inhaltlich um einen Vorschlag des Bundesrates, der vom Nationalrat um die Anordnung von Analysen (damit sind insbesondere pharmakogenetische Analysen gemeint) ergänzt worden ist. Weiter hat der Nationalrat konkretisiert, dass die neuen Leistungen in Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu erfolgen haben und zudem hat er konkretisiert, dass zur Erhaltung der Therapietreue auch Mittel und Gegenstände (z.B. Medikamentendosiersysteme) abgegeben werden dürfen, was im Vorschlag des Bundesrats bereits beabsichtigt war.

Wie in der Botschaft erörtert, sind die Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker in Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe h des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) bisher auf Leistungen bei der Abgabe von Arzneimitteln beschränkt. Mit der Änderung sollen sie auch folgende Leistungen zulasten der OKP erbringen können, die unabhängig von der Arzneimittelabgabe erfolgen:

1. Leistungen nach Artikel 26 KVG im Rahmen von Präventionsprogrammen (Darmkrebs-früherkennung oder Impfungen gemäss Impfplan).
2. pharmazeutischen Beratungsleistungen zur Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Therapietreue sowie die damit im Zusammenhang stehende Durchführung oder Veranlassung von Analysen und Abgabe von der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen (Änderung Art. 25 Abs. 2 Bst. h KVG).

³ Vgl. FN 1.

Wie im Bericht des BAG vom 11. April 2023 zuhanden der SGK-N zur Studie von Infras vom 11. April 2023 in Kapitel 2.5 erwähnt, werden Zusatzkosten für die OKP in der Höhe von 22.5 bis 24 Mio. CHF pro Jahr für die Leistungen der Apotheker und Apothekerinnen in Form von Impfungen und Beratungsleistungen erwartet⁴. Im Gegenzug würden die Selbstzahler und Kantone finanziell entlastet (Kostenverlagerung von den Kantonen zur OKP). Für die Anordnung der Analysen gemäss Version Nationalrat kann keine Kostenschätzung vorgenommen werden. Für alle neuen Leistungen der Apotheker sind aber auch Einsparungen durch Effizienzsteigerungen in der Patientenversorgung zu erwarten, deren Höhe jedoch nicht geschätzt werden kann.

2.3 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft: Gleichbehandlungen Patientinnen

Die Revision von Art. 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG ist in der dem Parlament überreichten bundesrätlichen Vorlage enthalten. Die Anpassungen sehen vor, die Geltungsdauer und den Geltungsbereich der Übernahme ohne Kostenbeteiligung zu vergrössern (in Bezug auf die Dauer gilt die Befreiung von der Kostenbeteiligung neu statt ab der 13. Schwangerschaftswoche ab dem ersten Tag der Schwangerschaft und bis acht Wochen nach der Niederkunft; in Bezug auf den Geltungsbereich werden Leistungen bei Geburtsgebrechen, Unfall, Schwangerschaftsabbruch ebenfalls von der Kostenbeteiligung ausgenommen, zusätzlich zu den allgemeinen Leistungen und Pflegeleistungen bei Krankheit).

Die Zahlen von 2018 zeigen, dass die Versicherer für alle von der Aufhebung der Kostenbeteiligung betroffenen Leistungen gemäss der vorliegenden Revision rund 28 Millionen Franken mehr vergüten müssten. Die Einzelheiten der Berechnung sind am Ende von Kapitel 6.1.1 der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung, Paket 2, BBl 2022 2427) ausgeführt.

Die SGK-S hat an ihrer Sitzung vom 30. Januar 2024 entschieden, die zeitlich unbeschränkte Ausnahme von der Kostenbeteiligung für besondere Leistungen bei Mutterschaft (Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG) auf die neuen in Kapitel 2.4 beschriebenen Leistungen der Hebammen auszuweiten. Die finanziellen Auswirkungen dieser Ausweitung sind nicht quantifizierbar, ein leichter Kostenanstieg ist jedoch wahrscheinlich.

2.4 Leistungen der Hebammen

Die neu eingeführten Leistungen, die durch Hebammen in eigener Verantwortung erbracht werden (Art. 29 ff. des Entwurfs des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, E-KVG) waren in der bundesrätlichen Vorlage nicht vorgesehen. Sie wurden dem Paket aufgrund von Anträgen in den jeweiligen Kommissionssitzungen der beiden Räte sowie eines im Nationalrat eingereichten Einzelantrags hinzugefügt. Die SGK-S hat die entsprechenden Anträge angenommen und ergänzt. Mit den Anpassungen sollen die Kompetenzen von Hebammen erweitert werden, um sie zu ermächtigen, Leistungen zu verordnen und auszuführen, die bisher nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fielen. Dabei geht es um die Verschreibung von Analysen, Medikamenten sowie Mitteln und Gegenständen. Hebammen sollen ausserdem Pflegeleistungen bei Krankheit von Mutter und Kind erbringen dürfen.

⁴ Im Fazit des erwähnten Berichts wurde eine Spanne von 25 – 40 Mio. CHF genannt. Weitere Abklärungen haben ergeben, dass keine genügenden Grundlagen für den höheren Wert vorhanden sind und die tieferen Zahlen gemäss der Studie von Infras wahrscheinlicher und deshalb allein zu berücksichtigen sind.

Die finanziellen Auswirkungen sind nicht quantifizierbar, es dürfte jedoch zu einem Kostenwachstum kommen. Hier ist es denkbar, dass diese Änderungen zu einer Vergrößerung des Leistungsvolumens und damit höheren Kosten führen. Es ist hingegen auch möglich, dass bei bestimmten Leistungen die Kosten eines Arztbesuchs vermieden werden können (beispielsweise die Analyse des Bilirubinwerts bei Neugeborenen, die aktuell kinderärztlich verordnet werden muss). Dennoch besteht das potenzielle Risiko eines Anstiegs der Anzahl Leistungen und einer Kostenerhöhung, wenn dieselben Leistungen von mehr Leistungserbringern ausgeführt werden.

Überdies hat die SGK-S am 30. Januar 2024 beschlossen, dass die von Hebammen bei Krankheit während der Mutterschaft erbrachten Leistungen (Art. 29 Abs. 3 E-KVG) ebenfalls unter die zeitlich unbeschränkte Ausnahme von der Kostenbeteiligung für besondere Leistungen bei Mutterschaft fallen sollen (Art. 64 Abs. 7 Bst. a KGV). Es wurde keine Kostenschätzung vorgenommen, eine solche Änderung wird jedoch zu einem leichten Anstieg führen.

2.5 Faire Referenztarife für eine schweizweit freie Spitalwahl

Der Bundesrat hat die Einführung von Referenztarifen vorgeschlagen. Artikel 41 Absatz 1 bis E-KVG besagt, dass die Kantonsregierungen Referenztarife für ausserkantonale Spitalbehandlungen festlegen müssen. Die Referenztarife richten sich nach der Entschädigung für eine vergleichbare Behandlung in einem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital, das die Behandlung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt.

Die in den Berichten des BAG vom 7. November 2022 und vom 11. April 2023 sowie in der Studie von Infras beschriebenen finanziellen Auswirkungen sind nach wie vor gültig. Die Auswirkungen auf die Kosten können nicht genau bestimmt werden, da sie von der Reaktion der Akteure, insbesondere der Versicherten und der Kantone, abhängen. Infras geht jedoch davon aus, dass sie gering ausfallen dürften, da die höheren Referenztarife als kurzfristige Folge dieser Massnahme nur zu einer unwesentlichen Zunahme der ausserkantonalen Hospitalisierungen führen werden. Andere Faktoren wie die Qualität und die räumliche Nähe seien wichtiger. Mittelfristig sind Einsparungen möglich, wenn die Kantone durch eine Anpassung ihrer Tarifgenehmigungs- und Spitalplanungspraxis auf eine höhere Patientenmobilität eingehen würden.

2.6 Elektronische Rechnungsübermittlung

Zur Umsetzung der Motionen Buffat (18.3513) und Grossen (18.3664) schlug der Bundesrat Änderungen bei den Artikeln 42 und 42a KVG vor. Im Grundsatz sollen sämtliche Leistungserbringer im stationären und im ambulanten Bereich verpflichtet sein, ihre Rechnungen künftig in elektronischer Form zu übermitteln. Dies unabhängig davon, ob der Versicherer («Tiers payant») oder die versicherte Person («Tiers garant») die Vergütung der Leistung schulden. Auf Verlangen der versicherten Person soll sie vom Leistungserbringer die Rechnung kostenlos in Papierform erhalten. Die Rechnungsstellung soll über ein standardisiertes Formular mittels einer Plattform erfolgen. Um eine sichere und datenschutzkonforme Umsetzung der Abläufe zur elektronischen Rechnungsstellung zu ermöglichen, sollen zudem die Vorgaben für die Versichertenkarte technologieneutral formuliert und der Verwendungszweck der Versichertenkarte an die neuen Prozessabläufe bei der elektronischen Rechnungsstellung angepasst werden.

Der Nationalrat hat die bundesrätliche Vorlage teilweise angepasst. Damit Rechnungen nachvollziehbar sind, soll zudem die Dauer der Konsultation darauf ausgewiesen werden. Die SGK-S hat diese Ergänzung an ihrer Sitzung vom 30. Januar 2024 gestrichen.

Der Nationalrat will zudem die digitale Versichertenkarte mit der physischen Karte gleichsetzen und so die Digitalisierung fördern. Der Bundesrat soll den Zeitpunkt regeln können, ab dem die Versichertenkarte grundsätzlich digital ausgestellt wird.

Gemäss dem Bundesrat wird zu Beginn die Anpassung der Infrastruktur zu zusätzlichen Kosten führen. Längerfristig rechnet er mit einer Senkung der Verwaltungskosten der Versicherer und vermutlich auch der Leistungserbringer. Dazu kommt, dass die Versicherer die Rechnungskontrolle systematischer und effizienter und damit kostengünstiger vornehmen können, was zu zusätzlichen Einsparungen führt. Das Beratungsbüro Infras erwartet insbesondere ein Kosteneinsparpotenzial bei der Standardisierung sowie der Automatisierung des gesamten vor- und nachgelagerten Prozesses.

Da für die Verwendung der Versichertenkarte im Ausland (europäische Krankenversicherungskarte) weiterhin ein Sichtausweis gefordert ist, sind derzeit mit der Änderung von Artikel 42a noch keine Kosteneinsparungen zu erwarten.

2.7 Massnahmen «Arzneimittel»

2.7.1 Differenzierte WZW-Prüfung nach Artikel 32 KVG

Die differenzierte WZW-Prüfung hätte in Bezug auf die Kosten vorwiegend Auswirkungen bei den Arzneimitteln. Gemäss Vorschlag des Bundesrates und Beschluss der SGK-S vom 18. März 2024 soll sie insbesondere ermöglichen, die Versorgungssicherheit mit günstigen Arzneimitteln zu verbessern. Sie ermöglicht es, Überprüfungen zu vermeiden, die dazu führen könnten, dass der Preis bestimmter Arzneimittel für die Zulassungsinhaberinnen nicht mehr rentabel ist und diese die Arzneimittel somit nicht mehr anbieten. Dadurch entschärft sie die Gefahr, dass bestimmte Arzneimittel durch neuere und teurere Arzneimittel oder andere Leistungen ersetzt werden. Damit vermeidet sie mittels Verzicht auf kleine Kostensenkungen grosse Kostensteigerungen und Einbussen bei der Qualität der Versorgung. Die differenzierte WZW-Prüfung würde es erlauben, den Fokus von Überprüfungen auf kostentreibende, umsatzstarke Arzneimittel zu legen und dort Einsparungen zu verwirklichen (siehe auch Ziff. 2.3 des Berichts des BAG vom 7. November 2022 zuhanden der SGK-N). Entsprechend ist ein Einsparpotenzial vorhanden, aber schwer zu beziffern. Es hängt von der Anzahl der betroffenen Arzneimittel sowie der Ausgestaltung der Überprüfung ab.

Der Beschluss des Nationalrats würde keine Kosteneinsparungen ermöglichen und hätte eine andere differenzierte WZW-Prüfung zur Folge als es der Absicht des Bundesrates entsprach. Er sieht lediglich die Möglichkeit vor, für bestimmte Leistungen wie die Arzneimittel auf eine Überprüfung der WZW-Kriterien ganz zu verzichten. Mit einer solchen Regelung wäre es aber nicht mehr möglich, bestimmte Leistungen (inkl. Arzneimittel) aus dem Leistungskatalog zu streichen. Dies auch dann nicht, wenn sich zeigt, dass die Kriterien der Wirksamkeit oder Zweckmässigkeit nicht mehr erfüllt sind. Im Bereich der Arzneimittel umfasst der Beschluss des Nationalrates zudem Kriterien, welche keinen angemessenen Verzicht auf die Überprüfung ermöglichen würden. Mit der Regelung des Nationalrates würden auch sehr teure Arzneimittel mit geringem Umsatzvolumen (z.B. Arzneimittel die nur bei wenigen Versicherten zur Anwendung gelangen) von der Überprüfung ausgenommen und dadurch Kosteneinsparungen verhindert.

2.7.2 Preismodelle/ Rückerstattungen und Vertraulichkeit (Ausnahme vom Zugang zu amtlichen Dokumenten betreffend die Höhe, Berechnungen und Modalitäten von Rückerstattungen)

Mit der Massnahme «Preismodelle» wird einerseits die gesetzliche Grundlage für Preismodelle – welche einen festen Bestandteil der Praxis des BAG bilden – gefestigt und andererseits sichergestellt, dass die Angaben zu Preismodellen (z.B. Nettopreise) der Vertraulichkeit unterliegen. Die Vertraulichkeit der Preismodell-Informationen hängt untrennbar mit der Massnahme «Preismodelle/Rückerstattungen» zusammen und ist eine unabdingbare Voraussetzung für diese.

Bezüglich der Massnahme «Preismodelle» handelt es sich um einen Vorschlag des Bundesrates, der vom Nationalrat dahingehend angepasst wurde, dass die Preismodelle nur dann umgesetzt werden können, wenn die Zulassungsinhaberinnen dies beantragen. Die angenommene Version der SGK-S entspricht weitgehend dem Vorschlag des Bundesrates.

Bezüglich der «Vertraulichkeit» handelt es sich um einen Vorschlag des Bundesrates, der vom Nationalrat angepasst wurde. Der Gesetzentwurf sieht nun zusätzlich auch die Veröffentlichung eines unabhängigen Berichts über die Umsetzung der Preismodellen vor. Die Gesetzesänderung zielt darauf ab, den Aspekt der Vertraulichkeit der Preismodell-Informationen gesetzlich zu regeln, indem eine Vertraulichkeitsgarantie (Ausnahmebestimmung i.S. Art. 4 des Bundesgesetzes über das Öffentlichkeitsprinzip der Verwaltung, BGÖ) verankert werden soll.

Das Beratungsbüro Infrass kommt zum Schluss, dass mit Preismodellen bei hochpreisigen und innovativen Arzneimitteln tiefere Preise erreicht werden können als ohne diese Instrumente. Laut Studienautoren können durch Preismodelle die Preise der betreffenden Arzneimittel um 20% bis 60% gesenkt werden. Sie verweisen dabei auf den Bericht des BAG vom 7. November 2022, in dem das gesamte Volumen der Rückzahlungen im Rahmen von Preismodellen auf rund 200 Mio. CHF geschätzt wird. Infrass schliesst daraus, dass ohne die Möglichkeit von Preismodellen die Gesamtkosten für Arzneimittel um einen Betrag in dieser Grössenordnung höher liegen würden.

Mögliche Einsparungen mit der Fassung Bundesrat bzw. Fassung SGK-S: 200 Mio. CHF gemäss Infrass. Diese Einsparungen können jedoch nur im Zusammenspiel mit der gesetzlich verankerten Garantie der Vertraulichkeit effektiv erzielt werden. Auf Grund der Referenzierungsregeln im Ausland können Preismodelle nur implementiert werden, wenn deren Vertraulichkeit garantiert ist. Der Grossteil der Einsparungen bei Preismodellen basiert auf vertraulichen Preismodellen.

Mögliche Einsparungen mit der Fassung Nationalrat: Diese würden nur einen Bruchteil ausmachen und nicht mehr wesentlich zu einer Kostendämpfung beitragen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Pharmafirmen Preismodelle beantragen würden (*«Rückerstattungen auf Antrag der Zulassungsinhaberinnen»*), die zu ihrem finanziellen Nachteil wären.

2.7.3 Rückvergüteter Innovationszugang (Tag 0)

Diese Massnahme ist nicht Teil des Vorschlages des Bundesrates, sondern wurde erst im Rahmen der Beratungen der SGK-N eingebracht und vom Nationalrat angenommen. Die Massnahme will, dass die Vergütung von bestimmten Arzneimitteln gleichzeitig mit der Marktzulassung von Swissmedic erfolgen kann. Die SGK-S passte die Massnahme mittels diverser Anträge an.

Mit der Version Nationalrat (Produkte/Indikationen mit Fast Track Status von Swissmedic), wie auch mit der von der SGK-S angepassten Version, würden ca. 10 - 20% aller neuen Arzneimittel für Vergütung Tag 0 in Frage kommen. Die Version Nationalrat/SGK-S sieht vor, dass das BAG für die Vergütung Tag 0 den provisorischen Preis festlegt. Dieser Preis würde analog den Preisabständen der Vergütung im Einzelfall (Art. 71a-d der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV) gewählt, so dass gegenüber der Situation ohne die Massnahme «Tag 0» keine Mehrkosten entstehen würden. Die Version SGK-S unterscheidet sich lediglich in wenigen Details: mit der «kann»-Formulierung und der Bedingung der Anhörung der EAK werden keine Mehrkosten entstehen, hingegen sollte damit die Qualität der Versorgung verbessert werden können. Das von der SGK-S geregelte Verhältnis zwischen der Einzelfallvergütung und der provisorischen Liste mit einer Preisobergrenze für die Vergütung im Einzelfall (Art. 71a - 71d KVV) dürfte, ebenfalls dazu beitragen, dass keine Mehrkosten entstehen.

Mit der Version Minderheit (Produkte/Indikationen, die von Swissmedic befristet, beschleunigt, in einem Verfahren mit Voranmeldung oder im Rahmen einer gemeinsamen Begutachtung unterschiedlicher Länder zugelassen werden, oder als wichtiges Arzneimittel für seltene Krankheiten ausgewiesen werden) würden über 50% aller neuen Arzneimittel für Vergütung Tag 0 in Frage kommen. Der Antrag der Minderheit fordert zudem den Auslandpreisvergleich (APV) als provisorischen Preis. Die Therapiekosten gemäss Niveau nicht effektiv vergüteter Auslandpreise liegen im Median 48.4% über den wirtschaftlichen Therapiekosten gemäss Preisbildung BAG. Alleine auf der Basis von drei Sitzungsterminen der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) und den dadurch ausgewählten 23 Gesuchen würden entsprechend dem Antrag der Minderheit jährliche Mehrkosten von 111 Mio. CHF entstehen. Hochgerechnet auf ein Jahr 2023 wären dies Mehrkosten von 260 Mio. CHF. Die Mehrkosten wurden aus der Differenz der Anträge für APV und TQV seitens der Pharmaunternehmen vs. dem vom BAG festgelegten Preis berechnet.

Nach Art. 159 Abs. 3 Bundesverfassung (BV) müssen Subventionsbestimmungen der Ausgabenbremse unterstellt werden, wenn sie neue, wiederkehrende Bundesausgaben von mehr als 2 Mio. CHF nach sich ziehen. Bestimmungen, die eine Ausweitung von OKP-Leistungen zur Folge haben, unterliegen der Ausgabenbremse, sofern sie eine Erhöhung des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung⁵ von jährlich mehr als 2 Mio. CHF nach sich ziehen. Da der Bund 7.5 % der Bruttokosten der OKP finanziert, liegt der Grenzwert vorliegend bei einer Bruttokostenausweitung von über 26.67 Mio. CHF. Sollte die Version der Minderheit obsiegen, ist die Bestimmung der Ausgabenbremse zu unterstellen⁶.

2.7.4 Kostenfolgemodelle

Die durch das Kostendämpfungspaket 2 angestrebte gesetzliche Festigung der Preismodelle alleine reicht nicht aus, um alle Forderungen der Motion Dittli 19.3703 zu erfüllen. Für Rückerstattungen bei grossen Marktvolumen braucht es eine neue gesetzliche Grundlage im KVG, da es sich um generelle Schwellenwerte handelt und diese durch die Anwendung der WZW-Kriterien nicht abgedeckt sind. Kostenfolgenmodelle sehen nach Überschreiten bestimmter Umsatzschwellen Rückerstattungen in Form von Mengenrabatten vor. Das im Bericht vorgestellte angepasste Avenir Suisse Kostenfolgemodell erweist sich als besonders geeignet, da es sämtliche patentgeschützten Wirkstoffe bzw. Präparate umfasst und die Schwellenwerte von For-

⁵ Vgl. Art. 66 KVG

⁶ Vgl. BBl 2020 4825 vom 27. Mai 2020, Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vergütung des Pflegematerials).

schungs- und Entwicklungskosten sowie Skaleneffekten abgeleitet werden. Analysen haben ergeben, dass mit einem solchen Modell Einsparungen von rund 400 Mio. CHF möglich wären. Dies entspricht rund 4.7 % der Arzneimittelnkosten im Jahr 2022. Die Kommission hat am 23. April 2024 beschlossen, Mengenrabatte für Medikamente mit grossem Marktvolumen in Form von Kostenfolgemodellen einzuführen. Die Versorgungssicherheit ist mit dieser Massnahme gewährleistet, da bei den umsatzstärksten Arzneimitteln keine Versorgungsengpässe vorliegen und die Pharmaunternehmen mit diesen Arzneimitteln die Kosten für Forschung und Entwicklung schon lange wieder eingespielt haben.

3 Fazit

Wie die vorangehenden Ausführungen aufgezeigt haben, bringen viele Massnahmen wenige oder nur schwierig bezifferbare Einsparungen. Darunter fallen etwa die Massnahmen «elektronische Rechnungsübermittlung», «Faire Referenztarife» oder «WZW-Überprüfung». Gewisse Massnahmen, gerade auch solche, die im Rahmen der parlamentarischen Beratung hinzugekommen sind oder ausgeweitet wurden, können sogar zu leichten Mehrkosten zulasten der OKP führen. Darunter fallen Massnahmen wie «Hebammenleistungen», «Leistungen der Apotheken» oder «Kostenbeteiligung bei Mutterschaft».

Bei denjenigen Massnahmen mit dem grössten Potenzial für Kosteneinsparungen gibt es noch grössere Differenzen zwischen den Versionen von Nationalrat und Ständerat bzw. der in der SGK-S noch zur Diskussion stehenden Versionen. Dabei handelt es sich um die folgenden drei Massnahmen:

1. **Koordinierte Versorgung:** Basierend auf einer groben Schätzung geht Infras von einem Kosteneinsparpotenzial in der Höhe von rund 250 Mio. CHF pro Jahr alleine für die Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren mit Multimorbidität aus. Das Kosteneinsparpotenzial hängt u.a. von der Anzahl der entstehenden neuen Netzwerke als auch von der Anzahl Patienten und Patientinnen, die künftig in einem solchen Netzwerk behandelt würden, ab.
2. **Preismodelle und Rückerstattungen:** Im Bericht des BAG vom 7. November 2022 werden die Einsparungen vom Beratungsbüro Infras im Rahmen von Preismodellen auf rund 200 Mio. CHF geschätzt, wobei die Vertraulichkeit der Nettopreise eine unabdingbare Voraussetzung dafür bildet. Dies dürfte nur für die Fassung des Bundesrats bzw. diejenige der SGK-S gelten. Mit der Version des Nationalrats würden die möglichen Einsparungen nicht erreicht werden.
3. **Kostenfolgemodelle:** Sie weisen ebenfalls ein beträchtliches Einsparpotenzial aus. Analysen haben ergeben, dass mit einem solchen Modell Einsparungen von rund 400 Mio. CHF möglich wären.