

## Stellungnahme vips zum Kostendämpfungspaket 2

### Allgemeine Bemerkungen

#### Wer wir sind und für was wir stehen

Die vips ist die Vereinigung der in der Schweiz tätigen Pharmafirmen. Mit 70 Unternehmen sind wir der mitgliederstärkste Pharmaverband der Schweiz. Viele unserer Mitglieder produzieren hierzulande. Wir engagieren uns für einen schnelleren und einfacheren Zugang zu Medikamenten und machen uns für optimale Rahmenbedingungen stark. Die Bevölkerung hat Anspruch auf einen rechtsgleichen, flächendeckenden und raschen Zugang zu Medikamenten. Patientensicherheit, medizinischer und volkswirtschaftlicher Nutzen von Arzneimitteln, Innovation als Weiterentwicklung bestehender Therapien und Schutz des geistigen Eigentums sind unsere zentralen Anliegen. Die vips steht für ein wirtschaftsfreundliches, freiheitliches und finanzierbares Gesundheitswesen. Uns ist ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem mit umfassenden Gesundheitsleistungen wichtig. Die Versorgungssicherheit ist zentral. Die rasche Verfügbarkeit von Innovationen stellt die Qualität unseres Gesundheitssystems sicher. Der Nutzen für den Patienten muss im Zentrum stehen.

#### Gesamtheitliche Sicht auf die Kosten-Nutzen-Thematik

Die vips ist überzeugt – eine ganzheitliche Betrachtung der Kosten ist zentral, um auch in Zukunft ein Gesundheitssystem im Sinne der Patienten aufrechterhalten zu können. Obwohl der Anteil der Arzneimittel an den Gesundheitskosten seit Jahren stabil bei rund 10% liegt, zielen die meisten Massnahmen von Behörden und Politik auf die Ausgaben für Medikamente, ohne ihren Nutzen zu diskutieren. Vergessen wir nicht, Medikamente leisten einen nachhaltigen Beitrag zu tragbaren Gesundheitskosten. Im Vergleich zu anderen, teuren Behandlungsoptionen sind sie häufig die wirksamste, zweckmässigste und günstigste Behandlungsmethode und damit ein Grundpfeiler des Gesundheitswesens. Der rasche Zugang zu teilweise lebensnotwendigen Medikamenten hat seinen Preis, führt letztendlich aber dazu, dass Patienten besser und schneller genesen. Dies reduziert nicht nur die individuelle Krankheitslast, sondern auch die gesellschaftlichen Kosten, die auf lange Sicht verursacht werden. Die seit 2005 immer wieder geleisteten Beiträge der Pharmabranche zur Kostendämpfung sind die höchsten absoluten Kosteneinsparungen eines Leistungssegmentes zugunsten der OKP seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996. Die Einsparungen dank der jährlichen Preissenkungen bei den Medikamenten betragen im Vergleich zu 2012 heute mehr als eine Milliarde Franken pro Jahr – ein starkes Signal dafür, dass wir unsere Verantwortung ernst nehmen.

#### Gesamtqualität des Gesundheitssystems nicht gefährden

Eine individuelle auf den Patienten ausgerichtete Medikation, eine hohe Verfügbarkeit bei der Versorgung und innovative Weiterentwicklungen bestehender Therapien sind nötig, damit die Gesamtqualität des Gesundheitssystems hochgehalten und weiterentwickelt werden kann. Daraus entstehen Kosteneinsparungen. Ein umgekehrter Ansatz, d.h. unbedacht der Gesamtauswirkungen Leistungen einzuschränken, birgt die grosse Gefahr, längerfristig die Krankenversicherungs- und Gesamtgesellschaftskosten zu steigern – bei gleichzeitig schlechterer Versorgung.

Die vips befürwortet Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen. Ziel ist eine qualitativ hochstehende Versorgung zu einer fairen Vergütung. Bei der ganzen Konzentration auf Kostendämpfung besteht aber das Risiko, dass die Qualität zu kurz kommt. Ein Tiefpreisdiktat zwingt Unternehmen, ihre Produktionen ins Ausland zu verlagern. Anbieter werden aus dem Markt gedrängt. Als Folge würden (Qualitäts-) Wettbewerb und Versorgungssicherheit massiv beeinträchtigt respektive gefährdet. Dies können wir uns in der jetzigen Gesundheitskrise auf keinen Fall erlauben. Die Kosten dürfen nicht zulasten der medizinischen Leistung gedrückt werden. Die Balance muss stimmen. Der Gesundheitszustand unserer Bevölkerung befindet sich im internationalen Vergleich auf hohem Niveau, der Zugang zum Gesundheitssystem ist gesichert. Diese Top Positionierung darf nicht aufs Spiel gesetzt werden.

### **Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen**

Als Pharmaverband werden wir nicht zu allen geplanten Gesetzesänderungen in derselben Tiefe Stellung nehmen, sondern uns auf die für uns zentralen Punkte konzentrieren. Wir danken Ihnen, dass Sie unsere Argumente und Forderungen in Ihren Entscheidungsprozess mit einbeziehen.

#### **Art. 18 Abs. 2<sup>septies</sup> Lit. b.: Fonds für Rückerstattungen**

##### **Position vips**

Wir unterstützen einen Fonds für Rückerstattungen nach Art. 52b, da er die Umsetzung von Preis-Volumen-Modellen ermöglicht.

#### **Art. 21: Daten der Versicherer**

##### **Position vips**

Wir sind klar für mehr Transparenz. Der Datenschutz von Versicherten ist aber oberstes Gut und muss jederzeit gewährleistet sein.

#### **Art. 32 Abs. 3: WZW-Überprüfung und Kostengünstigkeitsprinzip**

##### **Position vips**

Eine Änderung von Art. 32 KVG lehnen wir entschieden ab.

Auch der Nationalrat hat anlässlich seiner Abstimmung in der Sondersession Ende Oktober 2020 den Art. 32 Absatz 3 zurückgewiesen.

### **Bemerkung / Anregung**

Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, zweckmässigen und (kosten-) effizienten Gesundheitsversorgung begrüssen wir. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist aber eine nicht justiziable «Bastelei» an DEM Grundsatzartikel des KVG. Die Verfeinerung des Gesetzes zwecks Kosteneffizienzsteigerung hat nicht bei Art. 32 KVG anzusetzen. Dieser gibt all das vor, woran sich Gesetzgeber, Verordnungsgeber, Bundesamt sowie Leistungserbringer und Patienten zu orientieren haben. Die klare, grundsätzliche Orientierungshilfe selbst ist daher nicht anzutasten.

Leistungen müssen WZW-konform sein – und diese Konformität wird periodisch überprüft. Das sagt Art. 32 in seiner aktuellen Fassung. Eine deutlichere Richtschnur gibt es nicht. Will der Gesetzgeber für einzelne Leistungsbereiche Details vorgeben, was wir (siehe unten zu «Ein neuer Arzneimittelartikel?») begrüssen, hat er dies spezifisch zu tun, wie er das beispielsweise für die Pflege mit Art. 25a KVG getan hat.

Die Einführung eines Abs. 3 in Art. 32 KVG ist aber nicht nur aus Gründen der Systematik innerhalb des KVG abzulehnen, sondern auch aufgrund der folgenden Überlegungen.

Eine nicht konkretisierte Delegationsnorm ist rechtstaatlich ungenügend. Die für Patienten, Leistungserbringer und Life Sciences Industrie wichtige Verlässlichkeit des KVG leidet. Grundlegende Ressourcenallokationspolitik auf Bundesrats-, Departements- oder gar Bundesamtsebene ist abzulehnen.

Die WZW-Konformitätsprüfung ist ein Ganzes. Es haben Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ausgewogen Beachtung zu finden. Diese Prinzipien sind interdependent. Anpassungen auf Gesetzesstufe müssen allen Feldern dieser Trias gleichermaßen Rechnung tragen, ansonsten leiden rascher Therapiezugang, Therapiezugangsegalität und optimale Therapiequalität.

Die vips lehnt *nicht* ab, dass unterschiedliche Arzneimittelsegmente unterschiedlich auf WZW-Konformität geprüft und überprüft werden. Die Schlüsselemente für jedes Segment sind aber in einem leistungsbereichsspezifischen, d.h. arzneimittelspezifischen Gesetzesartikel vom Parlament festzulegen. Dem Bundesrat ist nicht in Art. 32 KVG eine Generalvollmacht zur Kostendämpfung zu erteilen. Zusätzlich muss auch das Währungsrisiko ausgeschlossen werden. Es kann nicht sein, dass die Preise aufgrund einer kurzfristigen Währungsschwankung unwiderruflich sinken.

Die optimale Versorgung für die Patienten darf nicht einer undurchdachten «Kostengünstigkeit» zum Opfer fallen. Dies schädigt die Qualität des Gesundheitswesens. Je mehr Kostendämpfung, desto weniger Qualität. Schlechtere Qualität heisst längerfristig Mehrkosten und ist unethisch. Leistungen und Qualität für Patienten werden beschnitten, der Zugang zur Innovation behindert und der Innovationsstandort geschwächt.

Ein Kostengünstigkeitsprinzip entspricht nicht unserem Qualitätsanspruch in allen Lebensbereichen. Wir machen uns als Land unglaublich, wenn wir nicht bereit sind, für medizinische Leistungen Preise zu bezahlen, die unserer Kaufkraft entsprechen und ein Ausdruck von Innovationswertschätzung sind. Eine Preisfestsetzung, die den Nutzen neuer Medikamente und das Nutzen-Kosten-Verhältnis nicht berücksichtigt, lehnen wir ab. Im Arzneimittelbereich müssen hochinnovative Spezialarzneimittel, Innovationen bei bekannten Wirkstoffen und einfache Generika alle ihre eigenen WZW-Raster haben. Die vips steht für Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen in allen Arzneimittelsegmenten.

Ein Stillstand in der hochspezialisierten Medizin gilt es genauso zu verhindern wie ein Ausbleiben von Weiterentwicklungen in der Grundversorgung. Das KVG steht für «Primary Care» und Spitzenmedizin. WZW-Konformität heisst bei Arzneimitteln auch Sicherung der Angebots- und Anbietervielfalt sowie Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit mittelständischer und kleiner inländischer Pharmaunternehmen. Monopolisierungen zu «Dumping-Preisen» sind eine grosse Gefahr für den Wettbewerb und die Versorgungssicherheit. Leidtragende sind die Patienten.

Das Kostengünstigkeitsprinzip gefährdet den Forschungs- und Produktionsstandort Schweiz und hemmt Innovationen zur Verbesserung von Behandlungen.

### **Art. 33 Abs. 3<sup>bis</sup>, Art. 35 Abs. 2 Bst. o, Art. 36b, Art. 48a: Koordinierte Versorgung und Programme der Patientenversorgung**

#### **Position vips**

Mit dieser Massnahme sind wir einverstanden, haben aber gewisse Vorbehalte.

#### **Bemerkung / Anregung**

Wir unterstützen die Förderung der integrierten Versorgung, die Bildung von regionalen Netzwerken zur koordinierten Versorgung und Programme der Patientenversorgung.

Wir begrüssen ein koordiniertes, multiprofessionelles Versorgungsangebot und eine Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Horizontale Ärzte-Netzwerke haben wir bereits heute, vertikale Qualitätsnetzwerke sind aktuell noch nicht überall gewährleistet.

Die mit der Förderung von Programmen der Patientenversorgung einhergehende Aufwertung der Rolle u.a. von Apothekerinnen und Apothekern oder Advanced Practice Nurses unterstützen wir im Sinne eines effizienten und patientenzentrierten Gesundheitswesens. Entscheidend ist, dass die Versorgung der Patienten sichergestellt ist und entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Der Patient darf nicht bevormundet werden. Die Patientensicht ist absolut zentral. Es muss sichergestellt werden, dass der Patient zu seiner Vertrauensperson Zugang und immer denselben Ansprechpartner hat. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist entscheidend für den Therapieerfolg. Dass der Arzt, zu dem der Patient geht, zu einem der offiziellen Netzwerke gehören muss, lehnen wir ab. Durch diese Netzwerkpflcht des Arztes wird der Patient in seiner Wahlfreiheit eingeschränkt.

Der Bundesrat soll ermächtigt werden, Anforderungen an die Leistungserbringung durch das Netzwerk zur koordinierten Versorgung sowie an die Koordination der Leistungen über die gesamte Versorgungskette festzulegen. Wir sind aber überzeugt – Arztpraxen und Koordinationsnetzwerke müssen frei in ihrer Organisation und Struktur sein. Die unternehmerische Freiheit darf nicht so massiv beschnitten werden.

#### **Art. 40a, Art. 40b, Art. 40c, Art. 40d, Art. 41, Art. 41a: Erstberatungsstelle**

##### **Position vips**

Diese Massnahme lehnen wir nicht kategorisch ab, haben aber durchaus unsere Vorbehalte.

##### **Bemerkung / Anregung**

Im Sinne eines freiheitlichen Systems sind wir klar gegen ein Obligatorium. Die Freiwilligkeit ist wichtig. Der Patient soll frei entscheiden können. Die freie Arztwahl darf nicht eingeschränkt werden, fördert sie doch den Wettbewerb und sichert die Qualität. Wir erinnern an die wuchtige Ablehnung der Managed Care-Vorlage durch das Volk im Jahre 2012. Das Volk hat mit grosser Mehrheit ein Obligatorium abgelehnt. Ein solches Obligatorium ist gerade auch zum Nachteil der chronischen Patienten. Die Wahlfreiheit ist für die Patienten und damit alle Versicherten in der Schweiz zentral. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung ist gegen den Volkswillen.

Für uns steht die Qualität der Versorgung im Vordergrund. Die Einführung einer Erstberatungsstelle ist insbesondere im Zusammenhang mit Zielvorgaben problematisch. Dadurch verschlechtert sich die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten. Es besteht die Gefahr, dass die Gesundheitsleistungen rationiert werden.

Für uns gibt es noch zu viele offene Fragen bei dieser Vorlage. Wichtig ist beispielsweise die sorgfältige Regulierungskostenabschätzung. Wo liegt genau das Einsparpotenzial? Können wirklich Kosten eingespart werden oder entstehen durch den Zusatzloop über die Erstberatungsstelle am Schluss gar Zusatzkosten – gerade auch im Hinblick auf den riesigen administrativen Zusatzaufwand oder die durch Rechtsstreitigkeiten ausgelöste Prozessflut. Der angedachte Systemwechsel verkompliziert den Prozess massiv und verursacht einen «Papiertiger».

Es soll für alle Versicherten eine erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen geschaffen werden, 70% sind aber bereits in einem solchen Modell. Mit der Verpflichtung aller Versicherten, eine Erstberatungsstelle zu wählen, sollen neu auch die 30% Versicherten, die keine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers abgeschlossen haben, beim Eintritt ins Gesundheitssystem beraten werden. Wie präsentiert sich hier die Faktenlage? Was ist hier genau der Hebeleffekt der zusätzlichen 30%? Ist bei den 30% das Einsparpotenzial gleich hoch wie bei den 70%? Wie setzen sich die 30% zusammen? Sind dies Versicherte, die viele Kosten verursachen?

Die Vergütung der Leistungen der Erstberatungsstelle über die Pauschale ist sehr eng gefasst und in der Umsetzung fraglich zielführend. Es ist höchst zweifelhaft, Pauschalen für Leistungen zu bezahlen, die die Versicherten nicht in Anspruch nehmen. So wird ein Anreiz für Erstberatungsstellen gesetzt, nur gesunde und junge Personen aufzunehmen, da die Chance grösser ist, Geld zu erhalten, ohne Leistungen erbracht haben zu müssen. Die Massnahme unterläuft direkt die Bestrebungen nach Kostensenkungen.

Der Versicherer soll grundsätzlich nur noch Leistungen vergüten, welche die Erstberatungsstelle erbracht hat oder für welche eine Überweisung von ihr vorliegt. Bei den Gatekeepern ist genau zu definieren, wo diese sitzen. Der Bundesrat kann Ausnahmen vorsehen, insbesondere für Notfälle und für den Zugang zu gewissen Fachärztinnen und Fachärzten. Doch wie sind diese Notfälle genau definiert? Wie werden sie abgegrenzt?

#### **Art. 41 Abs. 1-4: Festlegung von Referenztarifen zur Förderung kantonsübergreifender Wettbewerb Spitäler**

##### **Position vips**

Da es sich hier um eine Frage der Allokation von Spitalressourcen handelt, verzichten wir komplett darauf, uns zu äussern.

#### **Art. 42a Abs. 2-3: Elektronische Rechnungsübermittlung**

##### **Position vips**

Wir begrüssen diese Massnahme der elektronischen Rechnungsübermittlung und technologischen Weiterentwicklung der Versichertenkarte.

### **Bemerkung / Anregung**

Wir unterstützen die Digitalisierung zur Förderung von Effizienzgewinn und Dämpfung der Kosten. Wichtig ist ein schweizweit einheitlicher Standard für die elektronische Übermittlung der Rechnung, auf den sich Leistungserbringer und Versicherer oder deren Verbände einigen. Mit dem Standard ist eine sichere und datenschutzkonforme Umsetzung der Abläufe zu gewährleisten.

### **Grundsätzliches zu den arzneimittelspezifischen KVG-Bestimmungen**

Die vips äussert sich nachfolgend zu den begrüssenswerten Gesetzesänderungsvorschlägen und zur Problematik, dass der wichtige Leistungsbereich «Arzneimittel» auf Gesetzesebene aktuell nur stiefmütterlich behandelt wird. Wir sind der Auffassung, dass sich im Zuge der Diskussion über die vorgeschlagenen Art. 52b und 52c KVG die Frage stellt, ob nicht aus den bestehenden Artikeln 52 und 52a leistungsbereichsspezifischere Artikel entwickelt werden müssen.

### **Ein neuer Arzneimittelartikel?**

Ein Buchstabe eines Absatzes eines Artikels (Art. 52 Abs. 1 Bst. b KVG) befasst sich bislang mit der Spezialitätenliste.

Wir sind der Auffassung, dass die verschiedenen Leistungsbereiche, die in der aktuellen Fassung in Art. 52 KVG angesprochen werden (nebst den Arzneimitteln die Analysen mit Tarif sowie die Mittel- und Gegenstände), in einzelnen, spezifischen Artikeln umfassender vom Gesetzgeber adressiert werden müssen.

Nach wie vor soll der Bundesrat in der KVV die Details der Arzneimittelprüfung und -überprüfung regeln. Die Leitschnur zuhanden der Landesregierung hat aber wesentliche Punkte im Arzneimittelbereich vorzugeben. Im KVG ist Folgendes zu regeln.

- Die Marktzulassung seitens Swissmedic ist der Ausgangspunkt der unverzüglichen Kostenübernahme durch die OKP. Die gegenwärtigen Verzögerungen zwischen Marktzulassung und SL-Aufnahme sind ein scharf zu kritisierendes Systemversagen. Der Bundesrat hat in der KVV Abhilfe zu schaffen. Das geschieht durch klare Vorgaben zu Pricing, Pricing-Modell-Grundsätzen und Prozessen und Preisbereinigungen, falls Verhandlungen zwischen ZulassungsinhaberIn und BAG nicht zeitgerecht zum Ziel führen.
- Die Marktzulassung seitens Swissmedic bestimmt den Umfang der Vergütungspflicht. Der heutige Wildwuchs an einschränkenden Limitierungen ist abzuschaffen. Sie verzögern die Vergütung und können Rationierungen darstellen, ohne dass eine erkennbare WZW-Konformitätssteigerung ersichtlich wäre.

- Der Gesetzgeber muss dem Bundesrat vorgeben, in welche Kategorien Arzneimittel für die WZW-Prüfung und WZW-Überprüfung einzuteilen sind (Originalpräparate unter Kopierschutz, Arzneimittel mit bekannten Wirkstoffen aber innovativen Darreichungsformen, Komplementär- und Phytoarzneimittel, Biosimilars, Generika, Kombinationstherapiearzneimittel etc.). Darauf basierend gibt der Bundesrat die WZW-Prüfungs- und WZW-Überprüfungsmechanismen sowie den WZW-Überprüfungsrhythmus für jede Kategorie vor. Diese Aufgabe darf der Bundesrat nicht an Departement oder BAG delegieren. Es ist die Gesamtregierung, die um eine ausgewogene Balance zwischen Patientenwohl, Life Sciences Standort und Versicherungsprämienlast besorgt sein muss.
- Der Gesetzgeber muss dem Bundesrat vorgeben, dass neue Therapieformen und Weiterentwicklungen zu fördern sind – so dass Alternativen mit einem besseren Wirkungs-/Nebenwirkungsprofil oder besserer Compliance verfügbar sind und eine Produktevielfalt gestützt wird.
- Der Gesetzgeber muss den Bundesrat damit beauftragen, Off-Label-Anwendungen und Hors-List- (nicht oder noch nicht in die SL aufgenommene zugelassene) Arzneimittelanwendungen so zu regeln, dass bei einem medizinisch gut begründeten und ausreichend Daten gestützten Therapieversuch des behandelnden Arztes eine Nicht-Therapie aus Kostengründen nicht in Frage kommen kann.

Wir schlagen zudem konkret vor, grundsätzlich an der 3-Jahres-WZW-Überprüfung festzuhalten und Arzneimittel mit Tagestherapiekosten unter einem vom Bundesrat zu bestimmenden Schwellenwert nicht mehr periodisch zu überprüfen. Es kann nicht die Aufgabe des Bundesstaates sein, sich alle drei Jahre damit zu beschäftigen, ob beispielsweise ein Hustensirup zu CHF 3.70 (realer aktueller Fabrikabgabepreis eines in der SL gelisteten Antitussivums) WZW-konform ist.

## **Art. 52b: Preismodelle und Rückerstattungen**

### **Position vips**

Diese Massnahme unterstützen wir. Dafür kämpfen wir schon lange. Die Preismodelle müssen zwingend zu kürzeren Aufnahmezeiten in die SL und damit zu einem schnelleren Marktzugang führen.

### **Bemerkung / Anregung**

Wichtig ist, dass der Zugang für Patienten rascher erfolgt als heute – adäquate Preismodelle als Grundvoraussetzung für die Versorgungssicherheit und den raschen Zugang zu Therapien.

Verhandlungen auf vertraulicher Basis begrüßen wir. Vertrauliche Preismodelle ermöglichen eine flexible, an die lokale Marktsituation angepasste Preisgestaltung und sind in vielen Ländern üblich. Vor dem Hintergrund der internationalen Preisreferenzierung ist die im Europäischen Ausland gängige eingeschränkte Transparenz auch für Preismodelle in der Schweiz essentiell.



Wie neuere Studien zeigen, dürfte in den nächsten Jahren der Einsatz von Preismodellen für innovative Therapien weltweit noch stärker zunehmen. Entscheidend ist die Kompatibilität mit dem Ausland. Wir lehnen es ab, Preismodelle dafür einzusetzen, die gleichmässige Gewichtung von APV und TQV zu unterlaufen. Zudem sind die Preismodelle langfristig, nachhaltig und damit stabilisierend zum Einsatz zu kommen, das heisst also nicht nur bei der SL Aufnahme sondern gerade auch bei den wiederkehrenden Preisüberprüfungen.

Wichtig ist die Einschränkung, dass nur hochpreisige Medikamente von solchen Preismodellen betroffen sind. Will die Schweiz die Wirtschaftlichkeit und Versorgung mit hochpreisigen Arzneimitteln auch in Zukunft sicherstellen, ist das BAG aufgefordert, entsprechende Preismodelle umzusetzen.

Die Preismodelle müssen der Vielfalt an neuen Therapien gerecht werden. Wir unterstützen massgeschneiderte, nutzenbasierte Preismodelle. Die Stakeholder-Verbände müssen mit dem BAG die Preismodelle aushandeln können. Planbarkeit und Flexibilität müssen balanciert sein. Die vips und Interpharma haben dem BAG in den vergangenen Jahren vielfältige Vorschläge zur Umsetzung von Preismodellen, eine sogenannte «Toolbox» an Vorgehensweisen, vorgeschlagen. Darauf kann aufgebaut werden.

Es gilt im Auge zu behalten, dass Preismodelle nicht auf «Mikromanagementebene» Ungewolltes hervorrufen dürfen. D.h. bei einzelnen Patienten dürfen keine Versorgungslücken bzw. bei einzelnen Versicherern keine ungebührliche Möglichkeiten zur Kostenoptimierung entstehen. Preismodelle sind primär ein makroökonomisches Element, d.h. ein WZW-Operationalisierungsinstrument auf Stufe Gesamt-OKP. Ebenso wenig dürfen Preismodelle zu kostspieligen Administrationshürden verkommen.

## **Art. 52c: Ausnahme vom Recht auf Zugang zu amtlichen Dokumenten**

### **Position vips**

Diese Massnahme unterstützen wir vollumfänglich.

### **Bemerkung / Anregung**

Die Ausnahmebestimmung ist aufgrund der vorgesehenen Regelungen zu Preismodellen und Rückerstattungen unumgänglich. Sie ist Grundvoraussetzung für die Preismodelle. Damit wird ein Mittelweg beschritten, bei dem allen an der Umsetzung von Preismodellen beteiligten Akteuren der Zugang zu den notwendigen Informationen gewährleistet ist (Stichwort eingeschränkte Transparenz).

Der Zugang der Öffentlichkeit zum Preisfestsetzungsverfahren und insbesondere der Umsetzung von Preismodellen wird in vielen Ländern zugunsten der Wirtschaftlichkeit und Versorgung eingeschränkt. Essentiell ist, dass mit der neuen Ausnahmebestimmung der Geltungsbereich des BGÖ nur soweit eingeschränkt wird, als dies im Interesse einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung erforderlich ist.

#### **Art. 54, Art. 54a, Art. 54b, Art. 54c, Art. 54d: Kostenziele**

##### **Position vips**

Diese Massnahme, die einer Rationierung gleichkommt, lehnen wir entschieden ab.

##### **Bemerkung / Anregung**

Wir lehnen jegliche Kostenziele ab. Diese führen zu Qualitätseinbussen und dadurch längerfristig zu einem Kostenanstieg. Mit der Einführung einer Zielvorgabe wird direkt und verstärkt Druck auf die Tarifpartner ausgeübt, sich auf kostendämpfende Massnahmen zu einigen.

Wir sind gerne bereit, eine Diskussion zur Kostenabschätzung anzustossen und mitzugestalten. Dies führt zu mehr Transparenz bezüglich Kostenentwicklung. Es ist nur zu begrüssen, mehr darüber zu wissen, welcher Teil des Kostenwachstums wie zu erklären ist.

Dennoch sehen wir die vorgeschlagene Gesetzesänderung kritisch.

Zielvorgaben bergen die Gefahr, dass medizinische Leistungen rationiert und die Patienten schlechter versorgt werden, was gerade vor dem Hintergrund der Covid-19 Krise fehl am Platz ist und grosse Unsicherheit bringt. Zielvorgaben bremsen oder verhindern notwendige Investitionen, was langfristig die Qualität senkt und Kosten und Ineffizienz treibt. Die Massnahme läuft auf eine Zweiklassenmedizin hinaus. Es droht ein Qualitätsabbau der Leistungen. Die Qualität der medizinischen Versorgung ist aber zentral und darf nicht aufs Spiel gesetzt werden. Die Budgetkontrolle darf nicht zulasten der Qualität gehen.

Eine von oben aufgedrückte Vorgabe, die mittels top-down-Prinzip staatliche Ziele vorgibt, geht eindeutig Richtung Planwirtschaft.

Eine Zentralisierung des Systems in planwirtschaftlichem Stil entspricht nicht der Denkweise der Schweizer Bevölkerung. Viele Prinzipien der Schweiz werden untergraben. Wir sind für mehr Marktfreiheit anstelle verstärkter Regulierung durch den Staat. Wir stehen für mehr, nicht für weniger Wettbewerb. Wir sind für ein freiheitliches, unabhängiges Gesundheitswesen – das heisst, keine Verstaatlichung auf Kosten der Flexibilität des Systems.

Die Zielvorgaben bezüglich der Gesamtkosten auf Bundes- und Kantonsebene sind sehr grob definiert, die Vorgaben betreffend Toleranzmargen äusserst vage formuliert. Die Budgetierung macht keinen Sinn, sie bedeutet im Gegenteil einen enormen bürokratischen Aufwand. Die Umsetzung in den Kantonen bedarf unzähliger Ressourcen – ist das zielführend? Der Bund will verschiedene Zielkategorien auf verschiedenen Stufen bestimmen (nationale Ziele, kantonale Ziele, Ziele in einzelnen Kostenblöcken), was sehr unübersichtlich und dogmatisch daherkommt.

Die vorgeschlagene zusätzliche Kommission ist eine demokratisch ungenügend abgestützte Stimme.

Das Gesundheitswesen kann unserer Meinung nach nur durch Aktionsfähigkeit und Wettbewerbsdruck qualitativ hochstehend bleiben und (kosten-)effizienter werden. Die medizinischen Fortschritte werden sich in den nächsten beiden Dekaden auf raschem Fuss folgen.

Eine Steuerung über Kostenplanung führt zu einer reduzierten Sicht auf die direkten Krankenversicherungskosten und stösst Neuerungen nicht an, sondern schränkt lediglich Bestehendes ein.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist eine Stütze des Landes und Ausdruck seiner Stärken.

Es darf unseres Erachtens nicht unterschätzt werden, dass der Geist, den ein Gesetz atmet, weit über seine Details hinaus von grosser Bedeutung ist. Das KVG ist in vielen Details ergänzungsbedürftig, in seinen Grundzügen reformbedürftig ist es aber nicht. Die Vorschläge rühren an der Basis des KVG. Es sind keine reinen Kostendämpfungsmassnahmen sondern ein Umbau des Primats. Heute steht die Leistung im Zentrum. Diese wird vergütet. Der Umbau führt dazu, dass die Kosten im Zentrum stehen und daraus Leistungen abgeleitet werden.

Die vips ist daher dezidiert der Meinung, dass im Zentrum des KVG auch in Zukunft Wirksamkeit und Zweckmässigkeit einer Leistung stehen müssen. Darauf basierend wird das medizinisch im Einzelfall Angezeigte so vergütet, dass wir es uns leisten können. Das fortwährende Ringen um die Preise der wirksamen und zweckmässigen Leistungen ist unumgänglich. Aber die Preis- bzw. Kostensetzung als Ausgangspunkt stellt eine grosse Gefahr für die «Einklassenmedizin» dar. Und wenn die Einklassenmedizin fällt, dann fällt einer der wichtigsten Garanten einer mittelständischen, tüchtigen, solidarischen und lebenswerten Schweiz.

Aus all diesen Gründen lehnen wir Zielvorgaben entschieden ab. Sie verhindern Innovationen und beschränken den Zugang. Insbesondere in Verbindung mit der Einführung einer Erstberatungsstelle ist die Zielvorgabe eine äusserst kritische Kombination und führt zu Qualitätsverschlechterungen und Rationierung. Bevor neue einschränkende Massnahmen getroffen werden, sind Fehlanreize in der Finanzierung des Gesundheitssystems zu beseitigen.

## Art. 14 und Art. 14<sup>ter</sup> E-IVG: Arzneimittel im IVG

### Position vips

Diese Massnahme unterstützen wir, allerdings mit gewissen Einschränkungen.

### Bemerkung / Anregung

Wir sind für eine möglichst optimale Abstimmung zwischen Spezialitätenliste und der neuen IV-Arzneimittelliste. Es ist aber unerlässlich, dass sich die Umsetzung der WZW-Kriterien bei der Führung einer Arzneimittelliste unter IVG von der Umsetzung der WZW-Kriterien unter KVG unterscheiden darf. Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sind im Hinblick auf die Eingliederung und den Beitrag zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung der betroffenen Versicherten zu beurteilen. Im Vordergrund stehen die Teilnahme Betroffener am gesellschaftlichen Leben und damit einher gehend die Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Entlastung der betreuenden Personen. Der Seltenheit von Erbkrankheiten und Geburtsgebrechen ist Rechnung zu tragen. Die grösstmögliche Solidarität im gesamten Sozialversicherungswesen muss den Patienten mit Einschränkungen und ihren Familien gehören.

Wir begrüssen Änderungen in der Invalidenversicherung, die die Vergütung von Arzneimitteln besser regeln und die Möglichkeit von vertraulichen Preismodellen auch dort. Ein Kostengünstigkeitsprinzip hat aber gerade hier keinen Platz. Dass haushälterisch mit den Ressourcen umgegangen werden muss, versteht sich bereits grundsätzlich. Auch hier geht es um den deklaratorischen Effekt, der ausgelöst wird, indem man in einem Bundesgesetz betreffend kranke Menschen darlegt, es gehe bei deren Versorgung um Kostengünstigkeit.

Günstig ist eine qualitativ gute Leistung nie zu haben. Nur die beste Versorgungsqualität bringt gegenüber Kindern mit Erbkrankheiten und Geburtsgebrechen aber genügend Solidarität.

Zusammenfassend unterstützen wir die vorgesehenen Neuregelungen im Sinne einer möglichst optimalen durchgehenden Patientenversorgung. Es darf keine Therapievorenthaltungen, keine Therapieverzögerungen und keine Therapieunterbrüche geben. Das Wohl des Patienten steht für uns im Zentrum.



## **Verworfenne Massnahmen**

### **Einführung Beschwerderecht (M 33)**

#### **Position vips**

Den Verzicht des Bundesrates auf Einführung des Beschwerderechts gegen Verfügungen des BAG in Bezug auf die Beurteilung von Arzneimitteln unterstützen wir – im Sinne eines möglichst effizienten Zugangs der Patienten zur medizinischen Versorgung.