

curafutura nimmt Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Geschäften

In der anstehenden Wintersession sind folgende Geschäfte mit Bezug zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) traktandiert, zu denen curafutura eine Empfehlung abgibt.

Geschäfte im Ständerat

Seite

16.312	Ev. 6. Dez.	Kt. Iv. (Thurgau) Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten	Art. 64a Abs. 7^{bis} streichen	3
19.4492	6. Dez.	Mo. (Lohr) Laborkosten zulasten der OKP	Annehmen	4
19.046	9. Dez.	GdBR Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)	Empfehlungen berücksichtigen	4
20.3936	9. Dez.	Mo. (SGK-N) Medikamentenpreise. Für eine Kostendämpfung dank Beseitigung negativer Anreize unter Aufrechterhaltung von Qualität und Versorgungssicherheit	Annehmen	6
20.3937	9. Dez.	Mo. (SGK-N) Evaluation einer leistungsorientierten Abgeltung der Apothekerinnen und Apotheker	Annehmen	6
19.3202	9. Dez.	Mo. (Nantermod) Medikamente. Parallelimporte ermöglichen und damit Kosten senken	Annehmen	6
20.332	14. Dez.	Kt. Iv. (Freiburg) Freiburger Modell der pharmazeutischen Betreuung in Pflegeheimen	Keine Folge geben	7
21.3700	15. Dez.	Mo. (Stark) Marktrückzüge von bewährten und günstigen Arzneimitteln stoppen. Versorgungssicherheit besser berücksichtigen	Ablehnen	7

Geschäfte im Nationalrat

Seite

20.337	2. Dez.	Kt. Iv. (Genf) Solidarität der Krankenversicherungen (KVG) mit den Covid-19-Opfern	Keine Folge geben	9
16.312	2. Dez.	Kt. Iv. (Thurgau) Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten	Art. 64a Abs. 7^{bis} streichen	9
19.4455	EDI-Liste	Po. (Gysi) Pflege und Betreuung wieder zusammenführen	Ablehnen	10
19.4534	Behandlungsfähig	Mo. (Lohr) Krankenversicherung: Für eine langfristig gesicherte und finanzierbare Versorgung der Bevölkerung mit sehr teuren Therapieverfahren	Annehmen	10
20.3068	Behandlungsfähig	Mo. (Nantermod) Der Swissmedic eine gewisse Eigeninitiative zugestehen	Annehmen	11
20.4721	Behandlungsfähig	Mo. (Humbel) Effektive Umsetzung von HTA-Studien	Annehmen	11
21.3154	Behandlungsfähig	Mo. (Nantermod) Bessere Kosteneffizienz im Gesundheitswesen dank einer Stärkung des «Health Technology Assessment» (HTA)	Annehmen	11
21.3876	Behandlungsfähig	Mo. (Lohr) Ungleichbehandlung der Versicherten aufgrund fragwürdiger Bestimmungen in kantonalen Spitalplanungen verhindern	Annehmen	12



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Sessionsbrief

Winter 2021

curafutura nimmt Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Geschäften

Ständerat

Ev. 6. Dezember 2021 im Ständerat

16.312 – Kt. Iv. (Thurgau) Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Empfehlung: Pflicht zur Aufnahme in ein AVM (Art. 64a Abs. 7^{bis}): streichen (gemäss Beschluss der SGK-N)

curafutura begrüsst, dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung Schulden nicht mehr auf Minderjährige übertragen werden und Kantone Verlustscheine übernehmen dürfen. curafutura steht aber anderen Bestimmungen der Vorlage kritisch gegenüber. Insbesondere lehnt curafutura die Pflicht, säumige Prämienzahlende in ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (AVM) aufzunehmen, dezidiert ab und fordert aus folgenden Gründen die Streichung von Art. 64a Abs. 7^{bis} KVG, gemäss Beschluss der SGK-N:

Benachteiligung der Versicherten, die sich für ein AVM entschieden haben: AVM sind relevante Versicherungsmodelle, die zu einer besseren Qualität und zu tieferen Kosten im Gesundheitswesen beitragen. Versicherte in AVM handeln kostenbewusst und eigenverantwortlich. Mit der Pflicht, säumige Prämienzahlende in einem AVM zu versichern, würde die Risikostruktur der AVM verzerrt. Die Kosten und der administrative Aufwand seitens Versicherer bei diesen Modellen würden zunehmen, was folglich zu höheren Prämien führen würde, zuungunsten der Versicherten, die sich freiwillig für ein AVM entschieden haben. Somit besteht das Risiko einer sinkenden Attraktivität der AVM.

Versicherte mit Verlustscheinen, welche sich nicht an die Regeln des jeweiligen AVM halten, können nicht sanktioniert werden, da die gängige Umteilung der Versicherten in das Standardmodell bei Verstössen nicht möglich ist. Somit würden die vom BAG genehmigten Versicherungsbedingungen nicht bei allen Versicherten umgesetzt, was zu einer nicht zulässigen Ungleichbehandlung der Versicherten führt.

Benachteiligung der Krankenversicherer, die AVM anbieten: Die Pflicht zur Aufnahme von säumigen Prämienzahlenden in ein AVM ist nicht für alle Krankenversicherer umsetzbar, da Versicherer gemäss Gesetz keine AVM anbieten müssen, sondern dies optional tun können. Versicherer, die solche Modelle anbieten, wären im Vergleich zu Krankenversicherern, die keine anbieten, bestraft, indem sie mit einem erhöhten administrativen Aufwand und zusätzlichen Kosten konfrontiert wären.

Schliesslich werden die Leistungserbringer, welche im Rahmen der AVM eine vertraglich vereinbarte Rolle einnehmen, ausser Acht gelassen. Gatekeeper können nicht gezwungen werden, bestimmte Personen zu behandeln, was die Umsetzung eines Zwangs-AVM nochmals erschwert bzw. die



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

kostendämpfende Wirkung in Frage stellt. Ein AVM ist nicht nur ein verbindliches Modell zwischen versicherter Person und Versicherungsgesellschaft, sondern der Leistungserbringer ist ebenfalls betroffen.

6. Dezember 2021 im Ständerat

19.4492 – Mo. (Lohr) Laborkosten zulasten der OKP

Empfehlung: Annehmen

Dass Laboranalysen in der Schweiz im Vergleich zum benachbarten Ausland um über 200 Prozent höhere Preise aufweisen (u. a. Bestimmung des Ferritins, Chlamydien-Screenings), ist unverhältnismässig. Dieser Umstand sollte entsprechend korrigiert werden. Daher unterstützt curafutura das Anliegen der Motion. Gemäss BAG beliefen sich die Kosten für Laboranalysen im Jahr 2018 auf 1.5 Mia. Franken im Vergleich zu 700 Mio. Franken im Jahr 2010. Zur Förderung des Wettbewerbs bei den Laborpreisen begrüsst curafutura auch die Einführung von Tarifverhandlungen bei den Laboranalysen (Mo. [17.3969](#)) sowie die Aufhebung des Kontrahierungszwangs im Laborbereich. Zur Einhaltung des Kostengünstigkeitsprinzips sollten zudem Analysen in Praxislaboratorien (Präsenzdiagnostik, d. h. das Resultat liegt im Verlauf der Konsultation vor) nur durchgeführt werden, wenn die Resultate unmittelbar verfügbar sein müssen. Denn Laboranalysen können in Grosslabors preiswerter durchgeführt werden.

9. Dezember 2021 im Ständerat

19.046 – GdBR Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1)

Empfehlungen:

- **Referenzpreissystem (Art. 52 Abs. 1^{bis}, ... E-KVG): Mehrheit unterstützen (=streichen)**
- **Spezialitätenliste & Preise (Art. 52 Abs. 1 E-KVG): Minderheit I D. Müller unterstützen**
- **Substitutionsrecht (Art. 52a E-KVG): Vorschlag SGK-S um Biosimilars ergänzen und annehmen**
- **Parallelimport von Generika (Art. 9 Abs. 2 Bst. g E-HMG bzw. Art. 16a Abs. 2 Bst. a E-THG und Art. 14 Abs. 3 E-HMG): Mehrheit unterstützen**
- **«Verhandelte Rabatte» (Art. 44a E-KVG): Mehrheit unterstützen (=streichen)**
- **Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG): Minderheit D. Müller unterstützen (=streichen)**
- **Beschwerderecht Spital- und Pflegeheimplanung (Art. 51 Abs. 1^{bis} E-KVG): Mehrheit unterstützen**

Einführung eines Referenzpreissystems (RPS): curafutura empfiehlt, die Vorlage des Bundesrats zum Referenzpreissystem abzulehnen (Art. 52 Abs. 1^{bis}, ... E-KVG: streichen gemäss Vorschlag der Mehrheit). curafutura verweist auf den Allianzbrief von curafutura, SWICA, Intergenerika, pharmaLog, pharmasuisse, VGUA-AGPI, FMH und APA vom 20. August 2021 an die SGK-S (s. Beilage) und den darin aufgeführten Empfehlungen.

Spezialitätenliste & Preise (Art. 52 Abs. 1 E-KVG): curafutura unterstützt die Minderheit I Müller, welche den Vorschlag des Nationalrats übernimmt und ergänzt (Unabhängigkeit vom Herstellverfahren). Der Vorschlag des Bundesrats für eine zusätzliche Liste für alle involvierten Parteien führt zu zusätzlichem



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Aufwand, der die Leistungsabwicklung unnötig verteuert. Bezüglich der zu vergütenden Maximalpreise darf es lediglich eine Spezialitätenliste geben.

Substitutionsrecht (Art. 52a E-KVG): curafutura unterstützt grundsätzlich den revidierten Artikel zum Substitutionsrecht, welcher jedoch um die Biosimilars ergänzt werden sollte. Nach geltendem Recht können Apotheker oder Apothekerinnen unter gewissen Bedingungen Originalpräparate der Spezialitätenliste durch die billigeren Generika dieser Liste ersetzen. Für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel (Biologika) gilt diese Regel nicht. Die günstigeren Nachahmerpräparate, die sog. Biosimilars, sollten gleichermassen wie die Generika gefördert werden. Sie werden von Swissmedic als gleichartig anerkannt. Der Art. 52a Abs. 1 E-KVG muss demnach entsprechend ergänzt werden. Ergänzungsvorschlag Abs. 1: «Sind mehrere Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung und unabhängig von ihrem Herstellungsverfahren auf der Spezialitätenliste aufgeführt...».

Wichtig ist auch die Ergänzung der SGK-S mit dem bisherigen Halbsatz «...wenn nicht der Arzt oder die Ärztin beziehungsweise der Chiropraktor oder die Chiropraktorin ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates verlangt». In besonders indizierten Fällen soll weiterhin ein Originalpräparat verlangt werden dürfen («sic»-Vermerk auf dem Rezept).

Parallelimport von Generika (Art. 9 Abs. 2 Bst. g E-HMG bzw. Art. 16a Abs. 2 Bst. a E-THG): Im Vergleich der OECD-Länder weist die Schweiz den geringsten Generikamarktanteil aus: Schweiz 22%; Frankreich 30%; Deutschland 81% (OECD, Health at a Glance, 2019). Die Generikapreise sind in der Schweiz auch rund doppelt so hoch wie in den OECD-Ländern. Mit der regionalen Erschöpfung ist die Qualität und die Sicherheit der importierten Arzneimittel sichergestellt, sind doch die Qualitätsstandards für Arzneimittel in diesem Raum weltweit am strengsten. curafutura unterstützt den Vorschlag der SGK-S zur Einführung eines neuen Art. 14 Abs. 3 E-HMG, welcher den Parallelimport von kostengünstigeren Arzneimitteln vereinfacht.

«Verhandelte Rabatte» (Art. 44a E-KVG): curafutura lehnt den neuen Art. 44a E-KVG bzw. die Aufhebung des Gewinnverbots in der OKP ab. Die Aufhebung würde dem Geist der obligatorischen Krankenversicherung als Sozialversicherung widersprechen. Ausserdem müssen gemäss Art. 32 KVG heute schon alle Leistungen die WZW-Kriterien erfüllen: Die Leistungen in der OKP müssen also wirtschaftlich sein.

Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG): curafutura erachtet den Vorschlag des Bundesrats als nicht zielführend sowie in der Praxis nicht umsetzbar und empfiehlt, dem Nationalrat zu folgen (=streichen gemäss Vorschlag der Minderheit D. Müller). curafutura erwartet bei einer Verpflichtung zu Kostensteuerungsmassnahmen vermehrte Verhandlungsblockaden der Tarifpartner, mit welchen es zu mehr Festsetzungen durch den Bundesrat käme. Dies unterhöhlt die Tarifpartnerschaft unnötig, ohne die Kosten zu senken. Weiter gilt es zu beachten, dass Mengenziele ohne einen Benchmark von verbindlichen Kostenzielen auf nationaler Ebene schwer definierbar sind. Mit den neuen Instrumenten der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle ([15.083](#) Qualitätsvorlage) können die Versicherer auffällige Leistungserbringer identifizieren und wo angebracht und notwendig sanktionieren. Die Einführung von top-down definierten Zielvorgaben hätte für das KVG einen völlig neuen Charakter. Die Umkehrung des Prinzips kann zu negativen Qualitätsanreizen führen, so dass die Gefahr einer Unter- und Fehlversorgung steigt. curafutura setzt sich für ein Mengen- und Kostenmonitoring ein, welches die Transparenz fördert, und somit der Druck auf alle Akteure erhöht wird, das brachliegende Effizienzpotenzial zu nutzen. Dafür sind keine neuen Bestimmungen im KVG sowie keine Erweiterungen der subsidiären Kompetenzen des Bundesrats notwendig.

Am 10. November 2021 wurden die [Botschaft](#) und [Vorlage](#) zum indirekten Gegenvorschlag des Bundesrats zur Kostenbremse-Volksinitiative veröffentlicht. Gemäss dieser Botschaft ist die Umsetzung der



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

«Massnahmen zur Steuerung der Kosten» direkt mit den «verbindlichen Kostenzielen» verbunden (Botschaft, S. 26). Beide Massnahmen sollten koordiniert werden: Deshalb sollte der Art. 47c E-KVG aus dem 1. Massnahmenpaket gestrichen werden, damit eine gemeinsame Diskussion über die Massnahmen zur Steuerung der Kosten (Art. 47c E-KVG) sowie die verbindlichen Kostenziele (Art. 54 ff E-KVG) im Rahmen des indirekten Gegenvorschlags zur Kostenbremse-Volksinitiative stattfinden kann.

Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Spital- und Pflegeheimplanung (Art. 51 Abs. 1^{bis} E-KVG): curafutura begrüsst die Einführung eines Beschwerderechts für Versicherer bei den kantonalen Spitallisten und unterstützt den neuen Art. 51 Abs. 1^{bis} E-KVG. Es geht darum, dass die Krankenversicherer als Mitfinanzierer und Vertreter der Versicherten eine Mitverantwortung bei der finanziellen Entwicklung im stationären Bereich tragen. Dies wird nach der Umsetzung der EFAS-Vorlage umso wichtiger, da der Anteil der Versicherer an der Finanzierung der Spitalkosten grösser als jener der Kantone sein wird. Mit dem Beschwerderecht würden die Versicherer ein Instrument erhalten, um bei Bedarf Korrekturen anzustreben. Dieses Beschwerderecht sollte keine aufschiebende Wirkung haben, um eine kantonale Spitalplanung nicht unnötig zu blockieren. Es gilt jedoch zu beachten, dass die eigentliche Aufsichtsaufgabe bei der Spital- und Pflegeheimplanung nicht den Krankenversicherern, sondern den Kantonen obliegt.

9. Dezember 2021 im Ständerat

[20.3936](#) – Mo. (SGK-N) **Medikamentenpreise. Für eine Kostendämpfung dank Beseitigung negativer Anreize unter Aufrechterhaltung von Qualität und Versorgungssicherheit**

[20.3937](#) – Mo. (SGK-N) **Evaluation einer leistungsorientierten Abgeltung der Apothekerinnen und Apotheker**

Empfehlung: Annehmen

Im Rahmen der Behandlung des 1. Massnahmenpakets (Entwurf 1) hat die Mehrheit der SGK-S das Referenzpreissystem in der vom Bundesrat vorgeschlagenen Form abgelehnt, weil Grundbedingungen wie beispielsweise eine anreizneutrale Vertriebsmarge nicht erfüllt waren. Stattdessen wurde die von den Tarifpartnern vorgeschlagene Alternative mit den zwei vorliegenden Kommissionsmotionen aufgenommen. Mit diesen Motionen soll ein preisunabhängiger Vertriebsanteil geschaffen und dadurch die Generika- und Biosimilarpenetration erhöht werden. Das vorgeschlagene Reformpaket der Tarifpartner (Fixmarge in Verbindung mit LOA V) bildet eine wichtige Grundlage für weitere Reformen mit wesentlichen Einsparungen im Medikamentenbereich. Diese Kompromisslösung stellt die Tarifpartnerschaft in den Vordergrund und kann sehr rasch umgesetzt werden.

9. Dezember 2021 im Ständerat

[19.3202](#) – Mo. (Nantermod) **Medikamente. Parallelimporte ermöglichen und damit Kosten senken**

Empfehlung: Annehmen

Parallelimporte sind, neben anderen Massnahmen, ein wirksames Mittel, um den stetig steigenden Medikamentenkosten entgegenzuwirken. Mit einer regionalen Erschöpfung auch für patentgeschützte Arzneimittel wäre eine Preisdifferenzierung nur noch für Arzneimittel möglich, welche ausserhalb des



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

EWR hergestellt werden, was aufgrund des tieferen Preisniveaus im EWR zu tieferen Kosten führen würde.

Dabei wird – im Gegensatz zur häufigen Behauptung – der Patentschutz nicht unterwandert. Ebenso ist nicht einleuchtend, wieso eine regionale Erschöpfung gerade bei patentgeschützten Arzneimitteln zu einer verschlechterten Attraktivität der Schweiz als Pharmastandort führen soll. Die überhöhten Preise in der Schweiz sind höchstens zu einem kleinen Teil mit Investitionen in die Forschung und Entwicklung zu rechtfertigen, da für den Forschungsplatz andere Faktoren wie politische Stabilität, hoch qualifizierte Arbeitskräfte, die Nähe zur universitären Forschung und die Steuerbelastung wichtiger sind. Mit einer regionalen Erschöpfung sind überdies auch die Qualität und die Sicherheit der importierten Arzneimittel sichergestellt, sind doch die Qualitätsstandards für Arzneimittel in diesem Raum weltweit am strengsten.

14. Dezember 2021 im Ständerat

20.332 – Kt. Iv. (Freiburg) Freiburger Modell der pharmazeutischen Betreuung in Pflegeheimen

Empfehlung: Keine Folge geben

Die im eingereichten Text geforderten gesetzlichen Grundlagen für das Freiburger Modell bestehen heute bereits auf Verordnungsebene in Art. 4a Abs. 2 KLV. Diese erlauben es, über die OKP-Leistungen hinaus Massnahmen zu finanzieren, die zu mehr Qualität für die Patientinnen und Patienten und/oder weniger Kosten führen. Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung. Das Freiburger Modell basierte auf einem solchen freiwilligen Tarifvertrag.

Die Standesinitiative fordert in der Begründung – im Gegensatz zum eingereichten Text – jedoch etwas anderes, nämlich eine Änderung des KVG dahingehend, dass Medikamentenpauschalen gesetzlich verankert werden. Hintergrund ist die Vertragsauflösung des Freiburger Modells der pharmazeutischen Betreuung in Pflegeheimen: Die Vertragspartner konnten sich nicht auf eine technische Lösung zur Lieferung der Medikamentendaten einigen.

Zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen müssen die Versicherer seit 2019 detaillierte Angaben zu den einzelnen Medikamenten für die Berechnung des neuen Risikoausgleichs mit pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) liefern. Werden Medikamente pauschal verrechnet, müssen deshalb auch die Leistungserbringer die abgegebenen Medikamente einzeln den Versicherern bekanntgeben. Um diesen Informationsfluss sicherzustellen, haben die Versicherer den betroffenen Leistungserbringern eine geeignete und effiziente Lösung präsentiert. Die Leistungserbringer zogen die vorgeschlagene Lösung jedoch nicht in Betracht, weshalb es zu keiner Einigung kam.

15. Dezember 2021 im Ständerat

21.3700 – Mo. (Stark) Marktrückzüge von bewährten und günstigen Arzneimitteln stoppen. Versorgungssicherheit besser berücksichtigen

Empfehlung: Ablehnen

curafutura setzt sich für die Förderung von Generika und Biosimilars ein, erachtet jedoch die in der Motion beschriebenen Massnahmen als nicht zielführend. Auch bei den Medikamenten gelten die WZW-



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Kriterien. Es ist deshalb nicht ersichtlich, wieso auf eine regelmässige Überprüfung der Preise oder auf eine Prüfung der Vergütungspflicht verzichtet werden soll. Vielmehr müssen entsprechende Anreize gesetzt werden, beispielsweise durch anreizneutrale Margen. Dadurch wird die Abgabe von günstigen Generika und Biosimilars gefördert und der Absatzmarkt Schweiz für neue Anbieter attraktiver.

Wie der [Bericht zur wirtschaftlichen Landesversorgung 2017-2020](#) des Bundesamts für Wirtschaftliche Landesversorgung (BWL) vom 19. Mai 2021 aufzeigt, sind die Probleme bei der Versorgungssicherheit mit Arzneimitteln vielfältig und können nicht auf zu tiefe Preise zurückgeführt werden. Gerade im patentabgelaufenen Bereich sind die Schweizer Preise im internationalen Vergleich mehr als doppelt so hoch. Ausserdem: Um Marktrückzüge aufgrund fehlender Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels vermeiden zu können, besteht heute für die Zulassungsinhaberinnen die Möglichkeit, Preiserhöhungsgesuche zu stellen. Das BAG gewährt Preiserhöhungen, sofern die gesetzlich vorgegebenen Kriterien erfüllt sind. Der heutige regulatorische Rahmen ist demnach ausreichend.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Nationalrat

2. Dezember 2021 im Nationalrat

[20.337](#) – Kt. Iv. (Genf) Solidarität der Krankenversicherungen (KVG) mit den Covid-19-Opfern

Empfehlung: Keine Folge geben

Die Prämien werden so berechnet, dass sie die kantonal unterschiedlichen Kosten für das folgende Jahr decken (Art. 16 Abs. 3 KVAG). Dabei dürfen die Prämien nicht unangemessen hoch über den geschätzten Kosten liegen (Art. 16 Abs. 4 Bst. c KVAG).

Der Verzicht auf drei Monatsprämien würde zu grosser Instabilität des Krankenversicherungssystems und Prämienchwankungen führen. Das ist nicht im Sinne der Prämienzahrenden. Eine zusätzliche Reduktion der Reserven um die geforderten 50 Prozent würde die Problematik akzentuieren und die Solvenz der Krankenversicherer gefährden. Die Revision der KVAV vom 14. April 2021 ist vorerst ausreichend, da sie den freiwilligen Abbau von Reserven vereinfacht. Ausserdem nehmen die Krankenversicherer ihre Verantwortung in der Pandemie wahr: Corona-bedingte Zusatzkosten (z. B. Finanzierung der Impfung) werden durch die Versicherer abgedeckt – gerade dank ausreichender Reserven.

Würden die Prämien nicht jährlich an die Kosten angepasst, müssten die Prämien nach einigen Jahren überproportional erhöht werden, damit die Krankenversicherer die Finanzierung der Leistungen sicherstellen und die gesetzlichen Solvenzvorschriften einhalten können. Solche sprunghaften Prämienchwankungen destabilisieren das Krankenversicherungssystem und sind nicht im Interesse der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler.

2. Dezember 2021 im Nationalrat

[16.312](#) – Kt. Iv. (Thurgau) Ergänzung von Artikel 64a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten

Empfehlung: Pflicht zur Aufnahme in ein AVM (Art. 64a Abs. 7^{bis}): streichen (gemäss Beschluss der SGK-N)

curafutura begrüsst, dass mit der vorgesehenen Gesetzesänderung Schulden nicht mehr auf Minderjährige übertragen werden und Kantone Verlustscheine übernehmen dürfen. curafutura steht aber anderen Bestimmungen der Vorlage kritisch gegenüber. Insbesondere lehnt curafutura die Pflicht, säumige Prämienzahlende in ein Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (AVM) aufzunehmen, dezidiert ab und fordert aus folgenden Gründen die Streichung von Art. 64a Abs. 7^{bis} KVG, gemäss Beschluss der SGK-N:

Benachteiligung der Versicherten, die sich für ein AVM entschieden haben: AVM sind relevante Versicherungsmodelle, die zu einer besseren Qualität und zu tieferen Kosten im Gesundheitswesen beitragen. Versicherte in AVM handeln kostenbewusst und eigenverantwortlich. Mit der Pflicht, säumige Prämienzahlende in einem AVM zu versichern, würde die Risikostruktur der AVM verzerrt. Die Kosten und der administrative Aufwand seitens Versicherer bei diesen Modellen würden zunehmen, was folglich zu höheren Prämien führen würde, zuungunsten der Versicherten, die sich freiwillig für ein AVM entschieden



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

haben. Somit besteht das Risiko einer sinkenden Attraktivität der AVM.

Versicherte mit Verlustscheinen, welche sich nicht an die Regeln des jeweiligen AVM halten, können nicht sanktioniert werden, da die gängige Umteilung in das Standardmodell bei Verstössen nicht möglich ist. Somit würden die vom BAG genehmigten Versicherungsbedingungen nicht bei allen Versicherten umgesetzt, was zu einer nicht zulässigen Ungleichbehandlung der Versicherten führt.

Benachteiligung der Krankenversicherer, die AVM anbieten: Die Pflicht zur Aufnahme von säumigen Prämienzahlenden in ein AVM ist nicht für alle Krankenversicherer umsetzbar, da Versicherer gemäss Gesetz keine AVM anbieten müssen, sondern dies optional tun können. Versicherer, die solche Modelle anbieten, wären im Vergleich zu Krankenversicherern, die keine anbieten, bestraft, indem sie mit einem erhöhten administrativen Aufwand und zusätzlichen Kosten konfrontiert wären.

Schliesslich werden die Leistungserbringer, welche im Rahmen der AVM eine vertraglich vereinbarte Rolle einnehmen, ausser Acht gelassen. Gatekeeper können nicht gezwungen werden, bestimmte Personen zu behandeln, was die Umsetzung eines Zwangs-AVM nochmals erschwert bzw. die kostendämpfende Wirkung in Frage stellt. Ein AVM ist nicht nur ein verbindliches Modell zwischen versicherter Person und Versicherungsgesellschaft, sondern der Leistungserbringer ist ebenfalls betroffen.

EDI-Liste

19.4455 – Po. (Gysi) Pflege und Betreuung wieder zusammenführen

Empfehlung: Ablehnen

Der Bundesrat hat sich bereits mit zukünftigen Finanzierungsmodellen in der Pflege befasst. Auf der Basis verschiedener Postulate hat er dem Parlament am 25. Mai 2016 den Bericht «Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege» unterbreitet. Darin wird auch ein Finanzierungsmodell präsentiert, welches eine Deckung von Pflege- und Betreuungsleistungen in einem einzigen Versicherungsgefäss vorsieht. curafutura erachtet deshalb einen zusätzlichen Bericht als unnötig.

Nach Ansicht von curafutura würde eine umfassende Pflegeversicherungslösung, die auch sämtliche Betreuungskosten abdeckt, die Betreuung im sozialen Umfeld (z. B. Angehörigenpflege) schwächen. Eine solche Entwicklung ist zu verhindern. Im Gegenteil: Es braucht Massnahmen, um die informelle Pflege zu stärken.

Behandlungsreife Vorstösse

19.4534 – Mo. (Lohr) Krankenversicherung: Für eine langfristig gesicherte und finanzierbare Versorgung der Bevölkerung mit sehr teuren Therapieverfahren

Empfehlung: Annehmen

Aufgrund der sehr teuren neuen Medikamente und Therapieformen wird die soziale Krankenversicherung immer stärker belastet. curafutura begrüsst das Anliegen der Motion, dass neue verlässliche Gesetzesgrundlagen für neue Preismodelle geschaffen werden, wie es auch mit der bereits überwiesenen Motion [19.3703](#) gefordert wird. Das heutige Preisfestsetzungs- und Überprüfungssystem ist insbesondere



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

nicht darauf ausgelegt, neue Entwicklungen wie Kombinationstherapien oder indikationsspezifische Preise abzubilden.

Allerdings ist das vorgeschlagene Vorgehen für die Krankenversicherer nicht praktikabel, da die klinischen Endpunkte nicht bekannt sind und für jeden Fall einzeln definiert werden müssen. Der Verband schlägt stattdessen einen einfachen Lösungsansatz mit Codierungen vor, welche in der Limitatio der Spezialitätenliste für die Leistungserbringer verpflichtend hinterlegt werden. Der Arzt muss jeweils den Code angeben, so dass die digitale Abrechnung transparent und automatisiert erfolgen kann. Damit wird eine unbürokratische Rechnungsabwicklung auf Packungsebene ermöglicht.

Behandlungsreife Vorstösse

[20.3068](#) – Mo. (Nantermod) Der Swissmedic eine gewisse Eigeninitiative zugestehen

Empfehlung: Annehmen

curafutura ist der Ansicht, dass bei klarer Wirksamkeit einer kostengünstigeren Wirkstoffalternative, bei der die Zulassungsinhaber die Indikation nicht registriert, eine Möglichkeit zur Zulassung und Vergütung geschaffen werden muss. Es soll nicht sein, dass sich aufgrund von fehlenden Anpassungen der Fachinformationen immer mehr «Off-Label-Use» etabliert und wirksame und kostengünstige Wirkstoffe nicht mehr auf automatisiertem Weg vergütet werden können.

curafutura befürwortet die Ausdehnung des Antragsrechts auf Leistungserbringer, Krankenversicherer sowie Konsumenten- und Patientenorganisationen: Diese sollen einerseits bei Swissmedic die Registrierung von Wirkstoffen oder die Ergänzung/Änderung der Fachinformation bereits zugelassener Wirkstoffe beantragen können. Andererseits sollen sie auch beim BAG die Aufnahme von Medikamenten in die Spezialitätenliste sowie die Entlassung von Medikamenten aus der Spezialitätenliste beantragen können.

Behandlungsreife Vorstösse

[20.4721](#) – Mo. (Humbel) Effektive Umsetzung von HTA-Studien

[21.3154](#) – Mo. (Nantermod) Bessere Kosteneffizienz im Gesundheitssystem dank einer Stärkung des «Health Technology Assessment» (HTA)

Empfehlung: Annehmen

Ein effizientes Gesundheitswesen ist darauf angewiesen, dass medizinische Verfahren und Technologien hinsichtlich der WZW-Kriterien periodisch überprüft werden und dass ein entsprechender Prüfprozess existiert. Der HTA-Prozess in der Schweiz obliegt seit 2015 dem BAG. Die bisherigen Ergebnisse sind ernüchternd: Nur bei einer Leistung (Blutzuckerselbstmessung) wurde eine Änderung der Leistungspflicht beschlossen, jedoch ohne nennenswerte Kosteneinsparungen zu realisieren. Aus diesem Grund unterstützt curafutura das Anliegen der Motionen, die Effizienz des HTA-Prozesses zu erhöhen und den Zeitrahmen für die Erarbeitung der HTA-Berichte zu verkürzen. Die Ergebnisse der Studien müssen zudem verbindlicher umgesetzt und bereits bestehende Erkenntnisse aus dem Ausland verstärkt miteinbezogen werden.



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Behandlungsreife Vorstösse

21.3876 – Mo. (Lohr) Ungleichbehandlung der Versicherten aufgrund fragwürdiger Bestimmungen in kantonalen Spitalplanungen verhindern

Empfehlung: Annehmen

Nach Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG kann eine versicherte Person frei wählen, in welches Listenspital sie gehen will. Bedingung ist einzig, dass das Spital auf der Spitalliste des Wohn- oder Standortkantons aufgeführt ist. Mindestens zum Referenztarif muss ein stationärer Aufenthalt jedoch vom Wohnkanton getragen werden. Dies hat das Bundesgericht bereits mehrfach bestätigt.

Einige Kantone (v. a. Genf und Waadt, aber auch Neuchâtel) kennen eine eigene Versorgungsplanung mit Quoten pro Leistung, für welche einzelne Spitäler beauftragt werden (Leistungsauftrag). Die gesetzlichen Grundlagen dafür finden sich in Art. 39 KVG, Art. 58a-e KVV sowie BGE 140 I 218 und 138 II 398. Der Leistungserbringer muss Patientinnen und Patienten darüber aufklären, wenn eine Behandlung zu ungedeckten Kosten führen kann. Es ist nicht Sache der Patientinnen und Patienten abzuklären, ob Kontingente aufgebraucht sind.

Die Schwierigkeit ist, dass die Versicherer keine Kenntnis über den Ausschöpfungsgrad der vom Kanton festgelegten Quoten haben. Es besteht die Gefahr, dass bei Patienten und Patientinnen mit Zusatzversicherung die Quote als erschöpft angegeben wird, obwohl dies nicht der Fall ist, so dass deren Zusatzversicherung ungerechtfertigt belastet wird. Gleichzeitig werden so Quotenplätze für Patienten und Patientinnen freigehalten, die keine Zusatzversicherung haben. Ein solches Vorgehen verstösst gegen den Tarifschutz.

Kontakt

Sandra Laubscher
Leiterin Gesundheitspolitik
Stv. Direktorin

curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Gutenbergstrasse 14
3011 Bern
+41 79 305 11 81
sandra.laubscher@curafutura.ch
www.curafutura.ch