



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ  
LES HÔPITAUX DE SUISSE  
GLI OSPEDALI SVIZZERI

## **Bundesamt für Gesundheit**

Schwarzenburgstrasse 153  
3097 Liebefeld

Per E-Mail:

[abteilung-leistungen@bag.admin.ch](mailto:abteilung-leistungen@bag.admin.ch);

[gever@bag.admin.ch](mailto:gever@bag.admin.ch)

Ort, Datum  
Ansprechpartner

Bern, 13. Dezember 2018  
Conrad Engler

Direktwahl  
E-Mail

031 335 11 50  
[conrad.engler@hplus.ch](mailto:conrad.engler@hplus.ch)

## **Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): 1. Massnahmenpaket für die Vernehmlassung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns zur Vernehmlassung über das 1. Massnahmenpaket zur Kostendämpfung eingeladen. Dafür danken wir Ihnen. H+ Die Spitäler der Schweiz ist der nationale Verband der öffentlichen und privaten schweizerischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Uns sind 236 Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen als Aktivmitglieder an 369 Standorten sowie über 170 Verbände, Behörden, Institutionen, Firmen und Einzelpersonen als Partnerschaftsmitglieder angeschlossen.

Die nachstehenden Positionen ergeben sich auf der Basis einer unter den H+ Aktivmitgliedern durchgeführten Befragung.

### **Grundsätzliche Reform des KVG notwendig**

Verschiedene KVG-Revisionen werden zurzeit im Parlament behandelt mit den Themen Qualität, Zulassung, EFAS sowie Vertriebskostenanteil Medikamente. Noch hängig ist die vom Nationalrat bereits im Plenum behandelte und begrüsste Parlamentarische Initiative «Tarifpflege und Entwicklung». Das erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung enthält weitere acht Revisionspunkte. Grundsätzlich ist, aus Sicht der Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen, das ganze KVG revisionsbedürftig, da dieses nicht mehr der gelebten Realität entspricht. Die bestehenden alten ambulanten Tarifstrukturen generieren Fehlanreize, die zu Über- und Fehlversorgungen führen. Gerade Endversorger-Strukturen leiden unter der stetig steigenden Unterfinanzierung im ambulanten Sektor.

H+ ist bestrebt, als Branchenverband konstruktiv in paritätisch zusammengesetzten Organisationen und bei der Entwicklung und Pflege von ambulanten Tarifen mitzuarbeiten.

H+ hat dem Bund 2016 für den überholten und veralteten ambulanten Tarif TARMED eine ausgewogene Revision eingereicht und alle nötigen Berechnungsgrundlagen gegenüber den zuständigen Behörden offengelegt.

H+ hat sich schon vor der Bekanntgabe des 1. Paketes der Kostendämpfungsmassnahmen für ambulante Pauschalen unter SwissDRG eingesetzt und unterstützt alle Bemühungen, eine nationale Tariforganisation mit paritätischer Vertretung aller Leistungserbringer und Versicherer zu schaffen.

## Die einzelnen Massnahmen im Überblick

H+ setzt sich für nachfolgende Grundsätze ein und vertritt folgende Positionen zu den einzelnen Massnahmen.

### 1 Nationale Tariforganisation – M34

H+ hat schon während der parlamentarischen Beratung und in der SGK-NR die parlamentarische Initiative «Tarifpflege und Entwicklung» unterstützt. Die Massnahme «Nationale Tariforganisation» zielt nun in die gleiche Richtung und wird von H+ deshalb ebenfalls unterstützt. Aus Sicht von H+ ist es sinnvoll, dass analog dem stationären Bereich die Tarifpartner gesetzlich verpflichtet werden, eine nationale Organisation für ambulante Tarife einzusetzen. Entscheidend für H+ ist allerdings, dass alle Tarifpartner sich daran beteiligen und die bisherige Blockade im ambulanten Bereich dadurch überwunden werden kann. In diesem Sinne unterstützt H+ die Vorgabe des Bundes, dass sämtliche Tarifpartner in der Organisation vertreten sind und der Organisation die notwendigen Ressourcen und Daten zur Verfügung gestellt werden, damit eine professionelle Tarifpflege betrieben werden kann.

H+ begrüsst die paritätische Beteiligung der Kantone respektive der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) an so einer Tariforganisation, die für die Weiterentwicklung und Pflege einer Tarifstruktur für ambulant erbrachte medizinische Einzelleistungen zuständig sein soll. Dabei drängt sich der Weg über die SwissDRG AG auf, an der die Kantone über die GDK paritätisch beteiligt sind. Damit alle Tarifpartner beteiligt werden können, muss das Aktionariat der SwissDRG AG erweitert werden. Zusätzlich zu H+, FMH und santésuisse und der GDK sollten auch curafutura und die MTK als neue Aktionäre aufgenommen werden. H+ hofft, dass dadurch die Blockade gelöst und ein weiteres subsidiäres Eingreifen des Bundesrates in die Tarifstruktur vermieden werden kann.

An seiner Sitzung vom 20. September 2018 hat der H+ Vorstand mit der Kündigung des Aktionsbindungsvertrags der ats-tms AG sowie der Unterstützung der gesetzlichen Verankerung einer nationalen Tariforganisation für die Erarbeitung von Abgeltungsstrukturen für ambulante Leistungen aus dem Massnahmenpaket 1 des Bundesrates die Weichen gestellt für zukunftsweisende tarifpartnerschaftliche Lösungen (H+ Medienmitteilung vom 21. September 2018). Die neu zu schaffende Tariforganisation mit allen Tarifpartnern soll die Revision des veralteten TARMED-Tarifes übernehmen und eine sachgerechte, datenbasierte Tarifierung von medizinischen Einzelleistungen und Pauschalen erarbeiten. Damit soll die seit 14 Jahren bestehende Blockade überwunden und die Tarifpartnerschaft gestärkt werden. Das Tarifbüro soll sicherstellen, dass der TARMED-Nachfolgetarif alljährlich revidiert und den neusten Entwicklungen bei medizinischen Innovationen sowie bei den Kosten mit der Berücksichtigung von Effizienzgewinnen angepasst wird.

Da die Zeit drängt, fordert H+ die Tarifpartner und die Kantone auf, Hand zu bieten für die nötigen strukturellen und organisatorischen Anpassungen für die Ergänzung der 10-jährigen, erfolgreich agierenden SwissDRG mit einem professionellen Tarifbüro. Dieses kann die bisherigen Reformarbeiten konsolidieren und zu Ende führen. Parallel dazu braucht die SwissDRG eine Abteilung für ambulante Pauschalen und eine moderne Führungsstruktur für den erweiterten Tätigkeitsbereich. Zudem muss sichergestellt werden, dass die Sozialversicherer einbezogen werden. Die nationale Tariforganisation soll sich auf medizinische Leistungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation sowie auf alle Leistungen in der Arztpraxis konzentrieren.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat an seiner Klausur vom 21. September 2018 entschieden, die Voraussetzungen für die Schaffung eines ambulanten Tarifbüros unter dem Dach der SwissDRG AG zu prüfen. Die Vertreter von santésuisse, der MTK, der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, dem Spitalverband H+ und der FMH bekennen sich damit klar zur Tarifpartnerschaft und wollen diese unter dem Dach der SwissDRG AG in Richtung ambulante ärztliche Leistungen erweitern, sofern die rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen dies zulassen.

## **H+ Position zur nationalen Tariforganisation (KVG Art. 47 a)**

H+ unterstützt eine gesetzliche Verankerung einer nationalen Tariforganisation für die Erarbeitung von Abgeltungsstrukturen für ambulante Leistungen. Diese soll sich prioritär um die Revision des veralteten TARMED-Tarifs kümmern und die bisherigen Reformarbeiten konsolidieren und zu Ende führen. Der paritätische Einbezug der Kantone/GDK wird von H+ unterstützt analog der Regelung bei den stationären Tarifen unter SwissDRG.

## **2 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern – M15**

H+ hat sich innerhalb der SwissDRG AG für die Entwicklung ambulanter Pauschalen eingesetzt und unterstützt die Schlussfolgerungen der Machbarkeitsstudie der SwissDRG AG. Auf ambulante Behandlungen bezogene Patientenpauschaltarife müssen nach Ansicht von H+ künftig auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen, so wie es in der SwissDRG vorgesehen und vom Bundesrat vorgeschlagen wird. Alle stationären und ambulanten medizinischen Leistungen sollten in Swiss-DRG-Strukturen und mit der nötigen Professionalität über nationale Tarifstrukturen abgegolten werden. Damit sind unter einem Dach alle Schnittstellen zu regeln zwischen der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie inklusive der Pflege und zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Die Entwicklung der ambulanten Pauschalen muss hohe Priorität haben, da die Leistungsverordnung «ambulant vor stationär» des Bundes auf den 1. Januar 2019 in Kraft treten wird. Der Experimentierartikel (siehe 2.5 «Experimentierartikel») soll ermöglichen, dass Pilotprojekte mit ambulanten Pauschalen so rasch wie möglich starten können.

Die Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen» der SwissDRG AG zeigt auf, dass sich auf Basis der vorhandenen stationären Leistungs- und Kostendaten ambulante Pauschalen bewerten lassen. Aufgrund der Verfügbarkeit dieser Daten auf Fallebene lassen sich rasch ambulante Pauschalen etablieren. In der heutigen Tarifwelt gibt es laut der SwissDRG-Studie systematisch gerichtete Fehlanreize, die sich auch – aber nicht ausschliesslich – aufgrund der unterschiedlichen Tarifierung von ambulanten und stationären Leistungen ergeben. Das Zusammenfassen von Einzelleistungen (Pauschale) und der klaren Regelung «ambulant vor stationär» reduziert bestehende Fehlanreize im System. In der Machbarkeitsstudie der SwissDRG wurde die Pauschalierung auf Basis des SwissDRG-Fallpauschalensystems gewählt, unter der Annahme, dass sich ambulante Leistungen in ähnlicher Weise wie die stationären Leistungen zu Leistungs- bzw. Patientengruppen zusammenfassen und bewerten lassen. Im Sinne eines lernenden Systems können durch spätere Erhebungen der Kosten- und Leistungsdaten von ambulanten Leistungserbringern auch Daten von ambulant erbrachten Fällen in die Kalkulation einfließen. Neben der technischen Erarbeitung und Bewertung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen gilt es eine Reihe von Rahmenbedingungen zu definieren bzw. abzuändern. Diese Rahmenbedingungen müssen von den dann zukünftig relevanten Tarifpartnern für diesen Leistungsbereich erarbeitet werden.

H+ unterstützt eine national einheitliche Regelung von ambulanten Pauschalen über die SwissDRG AG, fordert aber Anpassungen der entsprechenden Gesetzesartikel, damit bilaterale, kantonale oder regionale Lösungen für ambulante Pauschalen, die sich zum Teil schon jahrelang bewährt haben, weiterhin möglich sind und auch neue Pauschallösungen für Spezialgebiete und sektorielle Leistungen entwickelt werden können. Entsprechend müssten auch die Genehmigungsverfahren geregelt werden, damit keine hohen administrativen Hürden die Entwicklung neuer Modelle für Pauschalisierungen be- oder verhindern (siehe auch 2.5 Experimentierartikel).

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat an der Sitzung vom 21. September 2018 den Abschlussbericht der Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen» verabschiedet und beschlossen, ihn in der vorliegenden Form zu publizieren. Das weitere Vorgehen betreffend die Arbeiten an den ambulanten Pauschalen soll mit den Abklärungen für die Schaffung eines ambulanten Tarifbüros abgestimmt werden. Dabei werden auch Sofortmassnahmen evaluiert, damit sich die SwissDRG AG weiter den ambulanten Pauschalen und deren Weiterentwicklung befassen kann.

### **H+ Position zur Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich (KVG Art. 43 Abs. 5)**

H+ unterstützt ambulante Pauschalen, da diese helfen können, die heute bestehenden Fehlanreize im System zu beseitigen. Die SwissDRG AG hat dazu mit der Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen» bereits entsprechende Vorarbeiten geleistet. Neben einer national einheitlichen Regelung von ambulanten Pauschalen, fordert H+ jedoch auch Anpassungen der entsprechenden Gesetzesartikel, damit bilaterale, kantonale oder regionale Lösungen für ambulante Pauschalen auch weiterhin möglich sind und auch neue Pauschallösungen für Spezialgebiete und sektorielle Leistungen entwickelt werden können.

### **3 Tarifstruktur aktuell halten**

H+ hat sich über Jahre für die jährliche Aktualisierung des ambulanten Tarifes TARMED eingesetzt und bedauert die bis heute andauernde Blockade einzelner Tarifpartner. Um die Tarifstruktur aktuell zu halten, macht es nach Ansicht von H+ Sinn, dass alle Tarifpartner, also Leistungserbringer und Versicherer, respektive die paritätische neue Tariforganisation gesetzlich verpflichtet werden, dem Bundesrat auch im ambulanten Bereich Daten zu liefern, die benötigt werden, um Tarife festzulegen, anzupassen und zu genehmigen. H+ ist bereit, transparent von Betrieben anonymisierte Leistungs- und Kostendaten zur Verfügung zu stellen.

In diesem Sinne unterstützt H+, dass alle Leistungserbringer und deren Verbände und alle Versicherer und deren Verbände sowie die neue nationale Tariforganisation verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten kostenlos bekanntzugeben, die für die Festsetzung, Anpassung und Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind.

Die Tarifpartner müssen in enger Zusammenarbeit mit der nationalen Tariforganisation (siehe «Nationale Tariforganisation») die technischen Komponenten einheitlich regeln und vereinbaren: Art und Umfang der Daten, Periodizität der Erhebung, Bereitstellung der Plattformen, Schnittstellen-Definitionen, technische Erlasse für die Intermediäre, Kontrolle der Datenqualität und Sicherstellung der Einhaltung der nationalen und kantonalen Datenschutzbestimmungen. Wichtig ist für H+ die transparente Umsetzung insbesondere, dass alle Leistungserbringer (Spitäler und Arztpraxen) und Versicherer (OKP, VVG, UVG, IV und MV) gleichbehandelt werden und Daten liefern müssen.

### **H+ Position Tarifstruktur aktuell halten (KVG Art. 47b Abs.1 – 3)**

H+ unterstützt eine regelmässige Aktualisierung der Tarifstrukturen im ambulanten Bereich, wenn alle Leistungserbringer und alle Versicherer und deren Verbände sowie die neue nationale Tariforganisation verpflichtet werden, dem Bundesrat diejenigen Daten, die für die Genehmigung der Tarife und Preise notwendig sind. Die Ausgestaltung der Datenlieferung (Art, Umfang, Periodizität etc.) ist unter den Tarifpartnern und der neu zu schaffenden Tariforganisation einheitlich zu regeln.

### **4 Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten**

Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sowie H+ unterstützen mit dem Bundesrat das Ziel der Kosteneindämmung. Die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen verbessern seit Jahren ihre Leistungserbringung. So bauen sie seit Mitte der 1990er Jahre Betten ab. Die OKP-Kosten für stationäre Aufenthalte haben sich in den letzten Jahren stabilisiert. Die Effizienz einsparungen der Spitäler und Kliniken sollen auch weiterhin der Kostendämpfung zu Gute kommen.

H+ lehnt hingegen Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, welche die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern. Generell muss in jedem Einzelfall gewährleistet sein, dass Spitäler, Kliniken und Arztpraxen die Versorgung aller Patientinnen und Patienten mit Leistungen zur Diagnose, Beratung und Behandlungen gewährleisten können. Dabei sind Spitäler und Arztpraxen heute schon gemäss Art. 32 KVG verpflichtet, diese Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu erbringen.

#### **H+ Position zu Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (KVG Art. 47c)**

H+ unterstützt mit dem Bundesrat das Ziel der Kosteneindämmung. H+ lehnt hingegen Eingriffe des Bundes zur Mengen- und Kostensteuerung ab, welche die Erbringung von medizinisch notwendigen Leistungen verhindern.

### **5 Experimentierartikel**

Die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, die von gewissen gesetzlichen Bestimmungen abweichen, wird von H+ unterstützt. So eine Regelung ermöglicht und erleichtert zukunftsweisende Modelle zu testen, welche verschiedene Spitäler und Kliniken bis jetzt schon geprüft und entwickelt haben. Dazu gehören auch die vom Bund angeregten Pilotprojekte zur einheitlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen oder Versuche im Bereich der integrierten Versorgung. Die vorgeschlagene Massnahme schafft die erforderliche gesetzliche Grundlage, damit solche Pilotprojekte im Rahmen des KVG durchgeführt werden können.

Die Zielvorgaben des Bundes sollten sich aber nicht auf Kostensparmassnahmen beschränken bei solchen Pilotprojekten, sondern generell ergänzt und ausgeweitet werden. Es müssen alle medizinisch sinnvollen Behandlungsansätze – insbesondere Innovationen – mit solchen Pilotprojekten abgedeckt werden können. Die Bewilligungslösungen und -regelungen sind noch flexibler zu lösen und bürokratische und aufwändige Verfahren zu vermeiden.

#### **H+ Position zu Experimentierartikel (Art. 59c)**

H+ unterstützt die Einführung eines Gesetzesartikels über die Zulassung von Pilotprojekten, die von gewissen gesetzlichen Bestimmungen abweichen. Die Pilotprojekte sollten sich jedoch nicht nur auf Kostensparmassnahmen beschränken, sondern generell ergänzt und ausgeweitet werden auf medizinisch sinnvolle Behandlungsansätze.

### **6 Rechnungskopie für Versicherte**

Die Pflicht, eine detaillierte und verständliche Rechnung zu erstellen, muss nach über 20 Jahren seit Inkrafttreten der Entwicklung im Bereich der Informatik und insbesondere im Hinblick auf die Einführung des Elektronischen Patientendossiers (EPD) für Spitäler und Kliniken sowie in Arztpraxen grundsätzlich erneuert und angepasst werden. Die Vorgaben zur Verständlichkeit der Rechnungen für den Schuldner respektive für die versicherte Person sollen auf Verordnungsstufe weiter konkretisiert werden, was auch H+ grundsätzlich begrüsst. Dabei geht es vor allem darum, den administrativen Aufwand auf der Seite der Spitäler und Kliniken zu begrenzen, indem konsequent die standardisierte elektronische Übermittlung der Rechnungen erfolgt durch die Integration der Rechnungsstellung ins Elektronische Patientendossier. Die Übermittlung der Rechnungen an die Versicherer erfolgt bei den Spitälern im System «Tiers payant» heute schon flächendeckend elektronisch. Für H+ wäre es ideal, wenn der Versicherer die vom Spital elektronisch übermittelte Rechnung bei der Abrechnung über den Selbstbehalt und den Abzug der Franchise gleich mitliefert an den Versicherten. Dies könnte auf dem Verordnungsweg so geregelt werden.

Besondere Beachtung ist bei der elektronischen Rechnungsstellung der Einhaltung der Datenschutzbestimmungen des Bundes und der Kantone zu schenken, damit keine Diagnosen und heiklen medizinischen Datensätze an die Verwaltungen der Versicherer gelangen, sondern nur an den Vertrauensarzt oder den vertrauensärztlichen Dienst geliefert werden, so wie dies bereits bei der Abrechnung stationärer Leistungen erfolgt.

H+ bezweifelt den Kostenspareffekt durch den Versand aller Rechnungen auf Papier an alle Patientinnen und Patienten. Der Versand von 130 Millionen Rechnungen auf Papier per Post würde im Gegenteil zu einem Kosten- und damit Prämienschub sorgen. Unter der Annahme der Kosten pro Rechnung von mindestens CHF 1.00 bis 2.00 für Frankatur, Papier, Druck, IT-System-Konfiguration, Personal plus der Aufwand für Rückfragen und doppelt bezahlte Rechnungen), würde allein der Versand der Rechnungskopie in der Grössenordnung von 130 bis 260 Millionen kosten. Nicht eingerechnet sind die Aufwendungen von Leistungserbringern und Versicherern bei Beanstandungen. Solcher Zusatzaufwand ist zwar schwierig abzuschätzen, würde sich aber für Leistungserbringer und Versicherer in der Grössenordnung von mehreren Hundert Millionen Franken bewegen. Die Kosteneinsparungen durch Rechnungskorrekturen von Rechnungskopien durch die Patientinnen und Patienten müssten über 400 bis 500 Millionen Franken bewegen, was äusserst unwahrscheinlich ist bei jährlich 130 Mio. Rechnungen. Wenn das wie erwartet eintreffen würde, wäre so eine Massnahme kontraproduktiv, würde als Mehrkosten statt Einsparungen bringen.

Vorbehalte hat H+ auch bezüglich der zwar anzustrebenden, aber äusserst komplexen Umsetzung der Verständlichkeit. Die Rechnungen sind heute unter anderem spezifisch auf die Bedürfnisse der Krankenkassen und Versicherer ausgerichtet. Diese prüfen versicherungstechnisch und tarifarisch, ob eine Rechnung geschuldet ist und ob die Höhe und der Preis korrekt sind. Es gibt heute keine Vorgaben und Regeln, was für die Verständlichkeit einer Rechnung massgebend ist. Es wäre deshalb notwendig, dass Bund und Kantone mit den Tarifpartnern festlegen, welche Angaben eine Rechnung enthalten muss.

**Rechnungskopie nur auf Verlangen:** H+ schlägt eine Anpassung der heutigen Regelung im KVG vor, dass im Bereich Tiers payant die Patientinnen und Patienten bei Eintritt in das Spital oder die Klinik bei der Patientenaufnahme angeben muss, ob sie oder er eine Rechnungskopie will und einverstanden ist, dass diese im Elektronischen Patientendossier hinterlegt wird.

**Rechnungskopie ins EPD integrieren:** Mit einer schlanken Anpassung des KVG und des EPDG könnte ein effizienter und gesundheitsökonomisch sinnvoller und umweltschonender Versand einer Rechnungskopie der Leistungserbringer an die behandelte Person gelöst werden. Die EPD-Lösung geht davon aus, dass die versicherte Person angeben kann, ob sie eine Rechnungskopie will und diese standardgemäss ins EPD abgelegt wird, wenn der Leistungserbringer die Rechnung an den Versicherer schickt. Die gesetzliche heutige Bestimmung im EPDG bezeichnet als Grundsatz den Inhalt des elektronischen Patientendossiers bewusst als «behandlungsrelevante Informationen». Der Gesetzgeber spricht demnach von «behandlungsrelevanten Dokumenten» und meint damit Informationen, die für andere Gesundheitsfachpersonen in der weiteren Behandlung relevant sind. Administrative Dokumente wie Rechnungen der Leistungserbringer sind keine «behandlungsrelevante Informationen». Technisch von der IT her wäre die Erweiterung des EPD für die Ablage und Dokumentation elektronischer Rechnungen von Leistungserbringern machbar. Die Erweiterung des EPD für die Ablage einer Rechnungskopie würde jedoch eine Gesetzesanpassung erfordern, die im Rahmen des Reformpaketes Massnahmenpaketes 1 zur Kosteneindämmung des Bundes aber innert nützlicher Frist möglich wäre. Bei so einer gesetzlichen Lösung müsste festgehalten werden, dass im Bereich Tiers payant eine Kopie der Rechnung des Leistungserbringers auf Wunsch des EPD-Inhabers dem Patienten und der Patienten hinterlegt werden kann. Die bisherige Regelung mit der Pflicht, dem Versicherten eine Rechnungskopie zuzustellen, müsste dann gestrichen werden zugunsten die Lösung über das EPD und «auf Verlangen».

**Datenschutz im EPD gewährleistet:** Damit der Datenschutz gewährleistet ist, müsste einerseits sichergestellt werden, dass nicht Personen ohne Zugriffsrechte das EPD der Patienten einsehen können (z.B. Verwaltungspersonal des Spitals) und dass andererseits die Rechnung im EPD in den Bereich «Vertraulichkeitsstufe geheim» hinterlegt wird, auf den nur der EPD-Inhaber Zugriff hat. Im EPD können in diesem Bereich «Vertraulichkeitsstufe geheim» Krankheiten, Behandlungen und Eingriffe mit stigmatisierendem Charakter abgelegt werden, von denen der EPD-Eigner nicht will, dass Leistungserbringer darauf Zugriff haben (z.B. Abtreibungen oder ansteckende Geschlechtskrankheiten).

**Standardisierung, effizient und ökologisch sinnvoll:** Durch die Erweiterung des EPD könnte dieses attraktiver werden, insbesondere auch für Spitäler und Kliniken, die dann eine schlanke, national einheitliche Lösung für die heute schon geltende gesetzliche Vorschrift zur Zustellung einer Rechnungskopie für die Behandelten erfüllen kann. Dies würde auch einen Anreiz oder Druck auf die vielen freipraktizierenden Ärzte ausüben, die noch immer auf Papierbasis arbeiten und Krankendossiers per Fax an Spitäler und Kliniken schicken. Mit so einer elektronischen Lösung der Ablage der Rechnungskopie ins EPD könnten papierlos und mit verhältnismässigem, standardisierbaren Verfahren unnötige Kosten und ökologisch unsinnige Papierrechnungen vermieden werden.

#### **H+ Position zu Rechnungskopie für Versicherte (Art. 42 Abs. 3)**

H+ bezweifelt den Kostenspareffekt durch den Versand aller Rechnungen auf Papier an alle Patientinnen und Patienten und damit verbundene bessere Rechnungskontrolle seitens der Patientinnen und Patienten. Im Gegenteil: Der Versand von 130 Millionen Papier-Rechnungen per Post würde zu einem Kosten- und Prämienschub führen, da auf Seite der Spitäler und Kliniken höhere Kosten entstehen würden. H+ unterstützt den Ansatz, dass Tarifpartner und Behörden Standards entwickeln für einen elektronischen Versand oder Ablage, um einen aufwändigen und ökologisch unsinnigen Papierversand zu vermeiden. Um eine Integration der Rechnungskopie ins Elektronische Patientendossier «auf Verlangen des Behandelten» zu ermöglichen, braucht es eine Anpassung der entsprechenden Bestimmungen im KVG und EPDG.

## **7 Rechnungskontrolle stärken**

Um systematische Leistungskontrollen und Rechnungsprüfungen durch die Versicherer sicherzustellen, unterstützt H+ eine strengere Aufsicht der Versicherer durch das EDI/BAG und dass dabei mehr Audits vor Ort durchgeführt werden. H+ hat bereits 2015 in einem exemplarischen Fall von Missbräuchen bei der Rechnungskontrolle durch einen Versicherer mit extrem hohen Rückweisungsquoten die Kassenaufsicht des BAG bei einem Audit unterstützt.

Gesetzliche Anpassungen sind nach Ansicht von H+ dazu vorläufig nicht nötig, sondern eine konsequente Umsetzung des Kassenaufsichtsgesetzes. Sollte die verstärkte Aufsicht der Rechnungskontrolle nicht den gewünschten Effekt erzielen, könnte sich H+ vorstellen, dass in einem nächsten Schritt die Schaffung einer unabhängigen Rechnungskontrollbehörde geprüft werden soll, um die schwarzen Schafe mit ungerechtfertigten und schikanösen Rechnungsrückweisungen rasch ausfindig zu machen und Sanktionen durchzusetzen.

H+ unterstützt deshalb grundsätzlich die Stärkung und Normierung der Rechnungskontrolle. So können unnötige Rückweisungen und Nachfragen minimiert werden. Denn die bisherige Rechnungskontrolle der Versicherer verschiebt die Kosten meist nur innerhalb eines Versicherers, zwischen Krankheit- und Unfallversicherer oder zwischen OKP- und Privatversicherern. Wesentliche Einsparungen im Gesundheitswesen werden dadurch kaum erreicht. Zielführender wären folgende Lösungsansätze. Erstens die einheitliche Rechnungsüberprüfung durch alle Versicherer. Wenn die Prozesse bei Zahlung, Nachfragen oder Rückweisung bei allen Versicherern gleich wäre, dann könnten die Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen ihre Prozesse vereinheitlichen und so Kosten sparen. Zweitens sollten die Versicherer die Effekte ihrer Rechnungskontrolle ausweisen müssen und zwar sowohl die Erfolgsquoten wie auch die Misserfolgsquoten. In der Folge könnten die OKP-Versicherer gebenchmarkt werden und die Versicherten hätte Einblick in den Umgang mit ihren Prämiegeldern. Damit käme das KVG endlich

der Forderung des Gesetzgebers nach, der nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die OKP-Versicherer zu effizientem Arbeiten verpflichtet hat (Botschaft des Bundesrates über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, Ziffer 223).

#### **H+ Position zu Rechnungskontrolle stärken**

H+ unterstützt eine strengere Aufsicht der Versicherer durch das EDI/BAG, die im Rahmen einer konsequenten Umsetzung des Kassenaufsichtsgesetzes erreicht werden kann. Weiter unterstützt H+ grundsätzlich die Stärkung und Normierung der Rechnungskontrolle, da so unnötige Rückweisungen und Nachfragen minimiert werden können.

### **8 Beschwerderecht für Versicherer bei der Spitalplanung**

Die im KVG vorgeschriebene regionale Spitalplanung ist schon heute sehr aufwändig und komplex mit grossem Potential für langwierige juristische Auseinandersetzungen. H+ wehrt sich gegen ein zusätzliches, systemfremdes Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime. Die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung liegt bei den Kantonen, weshalb die Versicherer in diesem Bereich genau gleich wie bei der Zulassung von Leistungserbringern nichts zu suchen haben.

H+ lehnt deshalb das Beschwerderecht von Versicherern bei kantonalen Spital- und Heimlisten ab. Die Kantone müssen beim Erlass von Spital- und Heimlisten die medizinische Versorgung der Bevölkerung berücksichtigen. Das Beschwerderecht gemäss Entwurf birgt die Gefahr von mehr Rechtstreitigkeiten, die zu Lasten der Prämienzahlenden gehen würden.

#### **H+ Position zu Beschwerderecht für Versicherer (KVG Art. 53 Abs. 1<sup>bis</sup>)**

H+ lehnt ein zusätzliches, systemfremdes Beschwerderecht von Versicherern gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Listen der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime kategorisch ab.

### **9 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln**

H+ lehnt das vorgeschlagene Referenzpreissystem ab. Durch ein Referenzpreissystem bei Medikamenten, wo mehrere Produkte mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung auf dem Markt sind (Originale, Co-Marketing-Arzneimittel, Generika oder Biosimilars), würde die Versorgungssicherheit auf dem Schweizer Markt und in den Spitälern massiv bedroht.

Bereits jetzt kämpfen die Spitalapotheken mit Lieferengpässen in erheblichem Ausmass. Immer mehr ältere und preisgünstige Medikamente verschwinden vom Schweizer Markt, wobei Lieferengpässe häufig nur die Vorstufe sind. Der Vorschlag, dass die Referenzpreisbildung erst erfolgen soll, wenn mindestens drei Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in der SL aufgeführt sind, löst das Problem in keiner Weise. Die Vergangenheit hat immer wieder gezeigt, dass Arzneimittel, die in der Schweiz nur von drei Firmen vermarktet werden, im Fall von Lieferengpässen flächendeckend von einer kritischen Versorgungslage betroffen sind. Ferner werden Produkte mit extremen Niedrigpreisen, die in einem Referenzpreissystem einen grossen Einfluss haben werden, in der Regel sehr schnell wieder von Markt verschwinden.

In diesem Zusammenhang ist besonders kritisch zu werten, dass bei Vorhandensein von zwei wirkstoffgleichen Medikamenten zwar kein Referenzpreis gebildet werden soll, in der Regel jedoch nur das preisgünstigere Präparat von der OKP bezahlt wird. Hierdurch werden Arzneimittel in einem Sektor, der ohnehin unter Preisdruck steht, noch weiter unter Druck geraten mit der Konsequenz weiterer Marktrückzüge in der Schweiz.

Der Vorschlag, dass die Referenzpreisbildung an die Aufnahme in die SL gekoppelt werden soll, gibt Anlass zu der Befürchtung, dass Firmen in Zukunft nicht mehr bereit sein könnten,



Arzneimittel zur Aufnahme in die SL anzumelden bzw. bestehende Listungen zurückziehen könnten.

Die Bildung von Referenzgruppen, basierend auf der Wirkstoffgleichheit, erachtet H+ als völlig ungeeignet. Hierbei werden unterschiedliche galenische Aspekte überhaupt nicht in Betracht gezogen. Die Wahl des optimalen Produktes für einen Patienten wird in der Praxis eingeschränkt bis verunmöglicht und die Patientensicherheit gefährdet.

Die Bildung von Referenzgruppen ist besonders kritisch für wirkstoffidentische Medikamente mit geringer therapeutischer Breite und/oder stark schwankender Bioverfügbarkeit, wo der Austausch von Präparaten zu unerwünschten Wirkungen und letztlich zu einer Gefährdung des Patienten führen kann (Antiepileptika, Psychopharmaka, Immunsuppressiva etc.). Auch der Vorschlag, dass Originale und Biosimilars in die Referenzpreisbildung einbezogen werden, ist aus H+ Sicht problematisch. Bislang war ein Substitutionsprinzip zwischen Original und Biosimilar nicht implementiert. Art. 52a des KVG sah bislang explizit nur die Substitution zwischen Original und Generikum vor.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und dem jeweiligen Leistungserbringer würde gestört, da es zu unnötigen Diskussionen hinsichtlich des zu bezahlenden Preises, der Höhe der erstatteten Leistung und der gleichen medizinischen Eignung wirkstoffgleicher Präparate kommen würde.

Das vorgeschlagene System mit Referenzpreisen wäre in der Umsetzung äusserst komplex und aufwändig für alle Beteiligte. Für die Leistungserbringer und den Markt würde dies eine nicht akzeptable Zunahme von nicht vergüteten administrativen Aufwendungen bringen. Die Folge dieser neuen gesetzlichen Regelungen wären Versorgungsengpässe, qualitativ fragliche Produkte und hohe administrative Mehrkosten für alle Partner sein. Die Leistungserbringer, die tiefere Margen akzeptieren müssen, können keine höheren personellen und Informatikkosten akzeptieren. Aus unserer Sicht von H+ ist die Kosten-Nutzen-Relation für das schweizerische Gesundheitssystem mit dem Referenzpreissystem nicht gegeben, weshalb H+ es grundsätzlich ablehnt.

**H+ Position zu Referenzpreissystem (Art. 52 Abs 1, Art. 52a & b)**

H+ lehnt das Referenzpreissystem ab, da dies aufgrund seiner Ausgestaltung die Versorgungssicherheit mit Medikamenten auf dem Schweizer Markt und in den Spitälern massiv bedrohen würde.

Für ergänzende Auskünfte stehen wir gerne zur Verfügung. Gerne orientieren wir Sie auch über den Stand der laufenden Abklärungen über die Integration der Rechnungskopie ins EPD und die Verständlichkeit der Rechnungen sowie über die Kontakte mit den zuständigen Stellen und der involvierten Stakeholdern.

Freundliche Grüsse



Anne Geneviève Bütikofer  
Direktorin

Beilage: Elektronisches Vernehmlassungsformular