



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz
Médecins cadres des hôpitaux suisses
Quadri medici degli ospedali svizzeri

Per E-Mail:

lex@fmh.ch
tarife-grundlagen@bag.admin.ch
gever@bag.admin.ch
rafael.schlaepfer@parl.admin.ch

Per A-Post:

Herr Thomas de Courten
Nationalrat
Präsident Kommission für soziale
Sicherheit und Gesundheit SGK-NR
3003 Bern

Herr Dr. med. Jürg Schlup
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
Elfenstrasse 18
Postfach 300
3000 Bern 15

Sekretariat

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS

Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

T +41 (0)31 330 90 01

F +41 (0)31 330 90 03

info@vlss.ch

www.vlss.ch

Bern, 6. November 2019

Vernehmlassung 16.419 n Pa.IV. Humbel. Wettbewerbspreise bei Medizinalprodukten der Mittel- und Gegenständeliste (Vernehmlassung)

Sehr geehrter Herr Nationalrat De Courten
Sehr geehrter Herr Dr. Schlup
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand der Chefärzte und Leitenden Ärzte der Schweiz (VLSS) hat sich anlässlich seiner letzten Sitzung mit der oben erwähnten Vorlage befasst.

Dabei war der Tenor eindeutig. Die Stossrichtung der SGK-NR, für Medizinalprodukte der Mittel- und Gegenständeliste MiGel Wettbewerbspreise einführen zu wollen, wird seitens des VLSS abgelehnt. Das Vorhaben richtet sich nicht nur gegen den Bundesrat, der die Grundzüge des aktuellen Versorgungssystems beibehalten möchte und mit welchem wir ausnahmsweise auf der gleichen Linie sind, sondern es war bei einem Abstimmungsverhältnis von 13 zu 5 Stimmen offenbar auch innerhalb der SGK-N umstritten.

Der VLSS setzt sich im Sinne der kranken Patientinnen und Patienten für den Erhalt der ausgezeichneten Gesundheitsversorgung in diesem Land ein. Mögliche Kosteneinsparungen zu Gunsten der gesunden Prämienzahlerinnen und Prämienzahler dürfen weder die Qualität, geschweige denn die Versorgungssicherheit beeinträchtigen.

Einsparungen müssen auf möglicher Effizienzsteigerung bei gleichbleibender, qualitativ hochstehender Gesundheitsversorgung basieren.

I. Ausführungen zur Vorlage:

Im Gegensatz zur Einführung von EFAS, wo dieses Kriterium erfüllt wäre, sehen wir bei der Einführung von Vertragslösungen im Bereich MiGel eher Versorgungsverschlechterungen bei geringem Einsparpotential, und es drohen unter Umständen gar höhere Kosten wegen administrativem Mehraufwand.

Alleine die Zahlen sprechen für sich. Die Kosten für Vergütungen im Bereich MiGel haben sich im Jahre 2017 auf **720 Mio. CHF** belaufen, was im Vergleich zu den Gesamtkosten des Gesundheitswesens vernachlässigbar ist und auch nur einen sehr kleinen Bruchteil der totalen Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 2017 in der Höhe von total **32 318 Mio. CHF** ausmacht. Wieso die ganze Administration nur für diesen Bereich der MiGel im Vergleich zum heutigen System derart massiv ausgebaut werden soll, ist mit vernünftiger Überlegung nicht nachvollziehbar.

Das heutige System funktioniert. Wir bezweifeln, ob wirklich alle Abgabestellen über einen Vertrag mit allen Krankenversicherern verfügen, und die Bevölkerung kann von einem **sehr breiten Angebot und Sortiment** profitieren. Gleichzeitig **können mit dem** heutigen System, welches rund 600 Positionen umfasst, womit das EDI nicht nur über die Aufnahme oder die Streichung von Positionen entscheidet, sondern auch den **Höchstvergütungsbetrag pro Position** festlegt, **Kosten gespart werden. Zudem können die Krankenversicherer mit den Abgabestellen schon heute Tarifverträge** über tiefere Vergütungen **abschliessen**. Gleichzeitig haben die Versicherten eine Wahlfreiheit bzw. sie können teurere Produkte wählen, ohne dadurch den Anspruch auf die Erstattung des Höchstvergütungsbeitrags zu verlieren. **Es gilt das sog. Austauschprinzip.**

Die **laufende Revision der MiGel** wurde seitens des BAG bereits aufgenommen und beinhaltet insbesondere, dass inskünftig eine **konsequentere Anwendung des Auslandspreisvergleichs** stattfinden soll. Mit der behördlichen Kompetenz, Höchstvergütungsbeiträge festzulegen und diese gegebenenfalls zu senken, steht dem EDI ein ausreichendes Instrumentarium zur Verfügung, um den 720 Mio. CHF ausmachenden Kostenblock im Griff zu behalten. Es kommt wie gesagt dazu, dass die Krankenversicherer bereits unter heutigem Recht noch tiefere Vergütungen mit den Abgabestellen vereinbaren können. Das heutige System ist somit relativ einfach und gut austariert. Wir begrüssen deshalb die bereits laufende Revision und lehnen die Gesetzesvorlage der SGK-N ab.

Die jetzt vorgeschlagenen, viel differenzierteren Vorschläge, würden dagegen das System unseres Erachtens unnötig verkomplizieren, unübersichtlich machen und die Versorgung verschlechtern. Der Grundsatz der Verhältnismässigkeit wird hier nicht eingehalten. Weder ist eine Änderung erforderlich, noch sind die Vorschläge geeignet, weil bei einer Umsetzung bei verschiedenen Akteuren neue, an sich unnötige administrative Kosten entstehen würden. Es ist mit anderen Worten gar nicht gesagt, dass damit unter dem Strich für das Gesundheitswesen überhaupt eine Einsparung erzielt werden könnte. Dies aus folgenden Gründen:

1. Das EDI müsste auch unter neuem Recht weiterhin auf Antrag der Eidgenössischen Kommission für Mittel und Gegenstände (EAMGK) über Anträge entscheiden und sich permanent mit der gesamten MiGel befassen.
2. Die Festlegung von Höchstvergütungsbeiträgen würde zwar wegfallen, aber damit könnten auf Stufe Bund nach dem Gesagten wohl keine nennenswerten administrativen Einsparungen erzielt werden. Damit würden zudem auf Bundesebene, wo heute alle Stakeholder unter Miteinbezug einer Vertretung der Patientinnen und Patienten in der EAMGK eingebunden sind, die Einflussmöglichkeiten stark eingeschränkt. Bei den neu vorgesehenen Verhandlungen zwischen Krankenversicherern und Abgabestellen könnte unter Umständen nicht mehr der gleiche Druck wie heute mit Bezug auf eine vernünftige Kostenstruktur ausgeübt werden, weil nicht mehr alle Betroffenen dabei wären. Vor allem die Patientinnen und Patienten hätten kein Mitspracherecht mehr. Dies lehnen wir ab, denn wir sind nicht sicher, ob ein solches System vielleicht sogar höhere Preise als heute ermöglichen würde.
3. Die Kantone müssten sich schliesslich neu auch um die MiGel kümmern und kontrollieren, ob die Versicherer für ihre Versicherten eine Liste mit den zugelassenen Abgabestellen

und den pro Abgabestelle vergüteten der Untersuchung und Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände führen. Ferner müssten sie die abgeschlossenen Verträge registrieren und archivieren und im Falle einer Unterversorgung alle notwendigen Massnahmen ergreifen, damit die Versorgung wieder sichergestellt werden kann.

4. Das Vertragskonstrukt würde bedingen, dass sowohl auf Seiten der Versicherer als auch auf Seiten der Abgabestellen in erheblichem Ausmass zusätzliches Personal und Know-how bereitgestellt werden müsste, damit solche Verträge überhaupt ausgehandelt und betreut werden können. Die Komplexität würde bedingen, dass laufend über 10'000 bis 20'000 Markenprodukte verhandelt werden müsste, während heute nur rund 600 Positionen einheitlich und einheitlich vom EDI festgelegt und periodisch überprüft werden müssen. Zudem wäre auf die Verträge auch das Kartellgesetz anwendbar. Es kommt hinzu, dass die Verhandlung des Ärztetarifs gezeigt hat, dass bei komplexen Tarifverträgen ein „Marktversagen“ zumindest nicht ausgeschlossen werden kann. Deshalb wird nun diesbezüglich die Einführung eines nationalen Tarfbüros gefordert.
5. Im Widerspruch zum Vertragsgedanken steht weiter die Tatsache, dass neu der Tarifschutz nach Art. 44 KVG auch für die MiGel gelten würde. Die Preise werden also zuerst im Sinne des freien Wettbewerbs aufwändig ausgehandelt, damit diese dann seitens der Krankenversicherer aufwändig hinsichtlich Einhaltung des Tarifschutzes überprüft werden können. Auch dies würde einen Mehraufwand im Vergleich zur Kontrolle des heute relativ einfachen Systems der Höchstvergütungsbeiträge auf Seiten der Krankenversicherer mit sich bringen.
6. Mehraufwand wird schlussendlich auch für die Patientinnen und Patienten entstehen. Die mit dem neuen System verbundene Verkomplizierung, Unübersichtlichkeit und die damit letztendlich drohende schlechtere Versorgung ist aus der Sicht der Patientinnen und Patienten klar abzulehnen.

Es kommt wie gesagt hinzu, dass die Vorlage mit der Abschaffung des sog. Austauschprinzips über das Ziel hinaus schießt. Damit würde faktisch verhindert, dass sich die Bevölkerung freiwillig mit teureren Mitteln und Gegenständen versorgen kann. Denn heute trägt die Patientin oder der Patient in diesem Fall nur die Differenz zwischen dem Höchstvergütungsbetrag und dem darüber liegenden Preis, während in Zukunft die Krankenversicherung an derart höhere Preise für bessere Produkte wegen dem Tarifschutz gar nichts mehr zahlen würde. Wenn also ein betagter Patient zum Beispiel einen teuren Rollator aus Karbon kaufen möchte, müsste er den Preis inskünftig zu 100 Prozent aus der eigenen Tasche zahlen, obwohl die Krankenversicherung einen günstigeren Rollator aus Metall vollumfänglich erstatten würde. Dies kann doch nicht das Ziel sein.

II. Anträge:

Wir beantragen folglich, dass

- erstens überhaupt kein Systemwechsel stattfindet (**Nichteintreten**); und
- (**eventualiter**) zweitens im Falle einer Revision zumindest Art. 44 (kein Tarifschutz) und Art. 52 KVG (Höchstvergütungsbeiträge) auf jeden Fall unangetastet bleiben.

Wir geben unserer Hoffnung Ausdruck, dass die Motionärinnen und das Parlament jetzt nach den Wahlen einsehen werden, dass mit der vorgeschlagenen Revision der MiGel nichts zu gewinnen ist.

Mit anderen Worten wünschen wir uns, dass das Parlament auf die unseres Erachtens zu wenig durchdachte Vorlage gar nicht erst eintritt.

Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und
mit freundlichen Grüssen

Der Präsident



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

Der Geschäftsleiter



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

Kopie z.K.:

- VSAO Schweiz
- GDK
- Schweizerischer Gewerbeverband sgV
- pharmaSuisse
- santésuisse
- curafutura
- H+
- Interpharma