

UNIVERSITÄT  
LUZERN



**PROF. DR. BERNHARD RÜTSCHÉ**  
ORDINARIUS FÜR ÖFFENTLICHES RECHT

**BUNDESHAUSGESPRÄCH**

**REFORMKONZEPT FÜR  
DAS SCHWEIZERISCHE  
GESUNDHEITSWESEN (KVG)**

BUNDESHAUS BERN  
09.30 – 12.00 UHR  
24. AUGUST 2022

## HINTERGRUND

- Anfang 2022: Einsetzung **Arbeitsgruppe** durch das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen
- **Mitglieder:** Andreas Faller, Felix Schneuwly, Nello Castelli, Bernhard Rütscbe
- **Auftrag:** Ausarbeitung eines kohärenten Reformvorschlags als Alternative zur Kostenbremse-Initiative und dem indirektem Gegenvorschlag
- **Ziel des Reformvorschlags:** **Verbesserung von Kosteneffizienz und Versorgungsqualität** in der OKP
- **Ergebnis:** Reformkonzept mit **ausformulierten KVG-Artikeln** und Erläuterungen zu folgenden Themen (Endfassung vom 13. Mai 2022):

1. Operationalisierung WZW-Kriterien
2. Health Technology Assessments (HTA)
3. Verbesserung der Indikations- und Ergebnisqualität («Pay for Quality»)
4. Koordinierte Versorgung
5. Institutionelle Reform des Tarifwesens
6. Tarifpartnerschaft bei Analysen, Mitteln und Gegenständen

# ZIELSETZUNGEN

## Ziele KVG: Kosteneffizienz und Versorgungsqualität

- Art. 43 Abs. 6 KVG: «**qualitativ hoch stehende** und zweckmässige gesundheitliche Versorgung zu **möglichst günstigen Kosten**»
- Art. 117a BV: «**ausreichende, allen zugängliche** medizinische Grundversorgung von **hoher Qualität**»

### Stärkung WZW und Qualitätswettbewerb

1. Operationalisierung WZW-Kriterien
2. Health Technology Assessments (HTA)
3. Verbesserung der Indikations- und Ergebnisqualität («Pay for Quality»)
4. Koordinierte Versorgung

### Stärkung Tarifpartnerschaft und regulierter Wettbewerb

5. Institutionelle Reform des Tarifwesens
6. Tarifpartnerschaft bei Analysen, Mitteln und Gegenständen

## ZENTRALE VS. DEZENTRALE KOSTENSTEUERUNG

	Zentrale Kostensteuerung (E-Art. 47c und E-Art. 54 ff. KVG)	Dezentrale Kostensteuerung (Reformkonzept)
Regulatorischer Mechanismus	Vorgabe von allgemeinen Kostenzielen durch Staat (Bund und Kantone) → <b>Zentrale Planung</b>	Vermeidung unnötiger Kosten im Einzelfall → <b>leistungsbezogene Entscheide</b> durch Leistungserbringer, Versicherer, Behörden
Steuerungskriterien	<b>Medizinischer Bedarf der Bevölkerung</b> (wirtschaftliche Entwicklung, Demographie und Morbidität, medizinisch-technischer Fortschritt, Effizienzpotenzial)	<b>medizinischer Nutzen (Qualität) und Kosten der einzelnen Leistungen</b> (= WZW-Kriterien)
Durchsetzung	<b>Pauschale Tarifierpassungen</b> nach unten bei Überschreitung der Kostenziele	Massnahmen und Sanktionen gegenüber dem <b>fehlbaren Leistungserbringer</b>
Nachteile und Gefahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Keine Bedarfsgerechtigkeit:</b> Unmöglichkeit einer genauen Planung des medizinischen Bedarfs</li> <li>– <b>Fehlanreize:</b> «Sippenhaft» sowie Konzentration auf rentable Leistungen</li> <li>– <b>Abnahme Versorgungsqualität</b> bis zur Rationierung notwendiger Leistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Inkonsequente Durchsetzung</b> der WZW-Kriterien durch die Akteure</li> <li>– <b>Keine staatliche Kontrolle</b> über die Gesamtkosten der OKP</li> </ul>

# OPERATIONALISIERUNG WZW-KRITERIEN

**Wirksamkeit** = medizinischer Nutzen einer Leistung

**Zweckmässigkeit** = Verhältnis Risiken-Nutzen einer Leistung

**Wirtschaftlichkeit**: Verhältnis Kosten-Nutzen einer Leistung

## Defizite Status quo

- **Keine hinreichend konkrete WZW-Standards** für einzelne Leistungen und Diagnosen  
→ Rechtsunsicherheiten
- Über WZW wird häufig im Nachhinein in **aufwändigen Wirtschaftlichkeitsverfahren** durch Versicherer oder in Gerichtsverfahren gestritten und entschieden

## Reformkonzept

- **Gesetzlicher Auftrag** an Leistungserbringer/Hersteller und Versicherer
  - in gesonderten (nicht genehmigungspflichtigen) **Verträgen**
  - unter Berücksichtigung der Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften
  - konkrete WZW-Standards festzulegen
- Bundesrat kann vertraglich vereinbarte WZW-Standards **allgemeinverbindlich erklären**
- **Sanktionen** bei Verstoss gegen WZW-Standards durch Leistungserbringer oder Versicherer (Entscheid durch Schiedsgericht)

# HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENTS (HTA)

**HTA** = evidenzbasierte Überprüfung medizinischer Verfahren und Technologien auf medizinischen Nutzen und Kosteneffektivität

→ **empirische WZW-Analyse von OKP-Leistungen**

## Defizite Status quo

- **Keine hinreichend klare und transparente Kriterien** für Themenauswahl und Durchführung von HTA
- **Zu lange Dauer** von HTA-Verfahren
- **Ungenügende Auswirkung der Ergebnisse von HTA** auf die OKP-Vergütung

## Reformkonzept

- **Gesetzliche Pflicht zur Durchführung von HTA**, wenn Anhaltspunkte bestehen, dass eine Leistung nicht oder nicht mehr wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich ist.
- Auswahl der Themen und Durchführung der Verfahren nach **transparenten Kriterien**
- HTA-Verfahren sind **verhältnismässig auszugestalten** und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse sind zu berücksichtigen → Beschleunigung der Verfahren
- Bund beauftragt **verwaltungsunabhängige Dritte** mit der Durchführung von HTA
- **Grundsätzliche Verbindlichkeit** von HTA für die OKP-Vergütung (Bund begründet Abweichungen in Ausnahmefällen)

## «PAY FOR QUALITY»

«Pay for Quality» = tarifarische Anreize für Leistungserbringer zur Verbesserung der Indikations- und Ergebnisqualität medizinischer Behandlungen  
→ Qualitätsverbesserungen liegen nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern wirken auch **kostendämpfend!**

### Defizite Status quo

- Fehlende Anreize zu einer Reduktion der Anzahl Behandlungen (**Mengenreduktion**)
- Keine klaren **Qualitätsindikatoren** und transparenten **Qualitätsmessungen**

### Reformkonzept

- **Tarifverträge** müssen Massnahmen zur Verbesserung der Indikations- und Ergebnisqualität mit folgendem Mindestinhalt vorsehen:
  - Festlegung von **Qualitätsindikatoren** für die verschiedenen Leistungsbereiche
  - jährliche Durchführung von **Qualitätsmessungen**
  - Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsmessungen → **Förderung Qualitätswettbewerb**
  - **Anonymität** der Patientinnen und Patienten bei der Veröffentlichung der Ergebnisse
  - Pflicht zur **Lieferung der Informationen** für die Qualitätsmessungen
  - **Bonus/Malus-System**: Regeln zur Anpassung der Tarife in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Qualitätsmessungen → tarifarische Anreize

# KOORDINIERTE VERSORGUNG

**Koordinierte Versorgung** = Planung, Organisation, Begleitung und Monitoring von medizinischen Leistungen (Therapie, Diagnostik, Rehabilitation, Pflege, Prävention), um die Qualität und Kosteneffizienz über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern  
→ vor allem für Patientinnen und Patienten mit **chronischen oder mehrfachen Erkrankungen**

## Defizite Status quo

- **Fehlende Anreize für Koordinationsleistungen**
  - Keine Versicherungsverträge mit mehrjähriger Laufzeit und Prämienreduktionen
  - Keine Prämiendifferenzierung nach unterschiedlichen Kosten des Versicherungskollektivs
  - Ungenügende Vergütung von Koordinationsleistungen

## Reformkonzept

- Bildung von **Netzwerken** für die koordinierte Versorgung durch Tarifpartner mit Versichertenpauschalen
- Möglichkeit zur **Aufteilung der Effizienzgewinne** von Netzwerken mit Beteiligung der Versicherten
- **Versicherungsverträge bis zu 10 Jahren und Prämienreduktionen** bei koordinierter Versorgung
- **Vergütung der Kosten für die Koordination** durch die OKP, soweit diese für eine qualitativ hoch stehende und zweckmässige Versorgung zu möglichst günstigen Kosten notwendig ist
- **Differenzierung der Prämien** nach den unterschiedlichen Kosten des Versicherungskollektivs



# INSTITUTIONELLE REFORM DES TARIFWESENS

Art. 46 Abs. 4 KVG: **Genehmigung von Tarifverträgen** durch Kantonsregierung oder, bei schweizweiter Geltung, durch den Bundesrat

Art. 47 KVG: **Festlegung des Tarifs** durch die Kantonsregierung bei fehlendem Tarifvertrag

Art. 43 Abs. 5 KVG: **Festlegung von Einzelleistungstarifstrukturen** durch den Bundesrat bei fehlender Einigung durch Tarifpartner

Art. 43 Abs. 5<sup>bis</sup> KVG: **Anpassungen an der Tarifstruktur** durch den Bundesrat

## Defizite Status quo

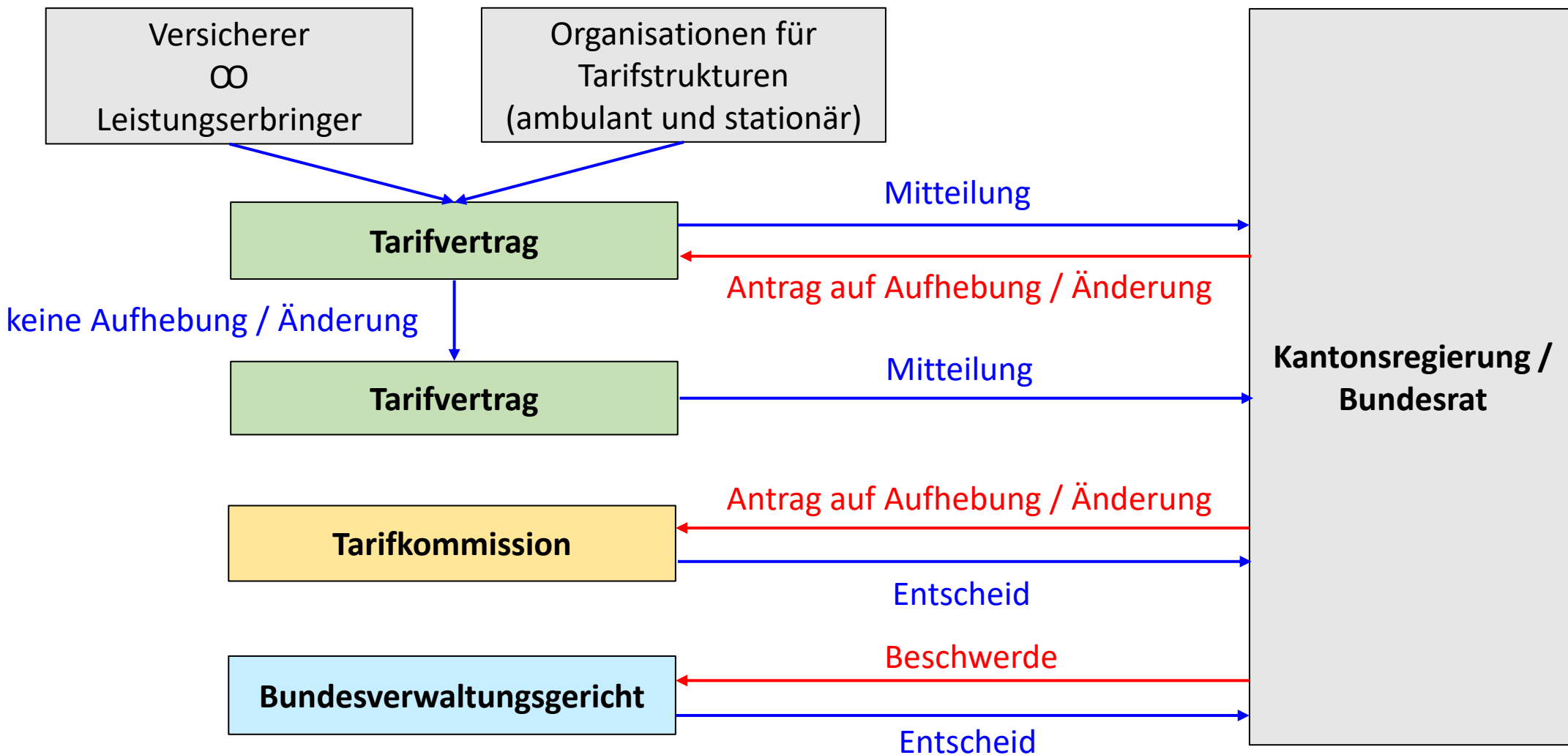
- **Zahlreiche und lange behördliche und gerichtliche Verfahren** aufgrund der systematischen Genehmigungspflicht für Tarifverträge
- **Kein Rechtsschutz** gegenüber dem Bundesrat als Genehmigungsbehörde
- **Keine schweizweit einheitliche Praxis** zur Anwendung der Tarifgestaltungsgrundsätze  
→ Rechtsunsicherheiten
- **Mehrfachrolle der Kantone** als Spitaleigner, Spitalplaner, Spitalfinanzierer und Tarifregulierer  
→ Fehlanreize
- Grundsätzlich: **Vertragsprimat und regulierter Wettbewerb** funktionieren aus verschiedenen Gründen nicht optimal

# INSTITUTIONELLE REFORM DES TARIFWESENS

## Reformkonzept

- Einsetzung einer **eidgenössischen Tarifkommission**
- Organisation: verwaltungsunabhängige Behördenkommission (wie z.B. WEKO, ECom, ComCom), zusammengesetzt aus **Fachleuten im Tarifwesen** (Mehrheit der Mitglieder müssen unabhängige Sachverständige sein)
- Verfahren
  - Grundsatz: Tarifverträge bzw. Tarifstrukturen im ambulanten und stationären Bereich werden **ohne behördliche Genehmigung rechtswirksam**
  - Tarifverträge werden der zuständigen **Kantonsregierung** bzw. dem **Bundesrat** mitgeteilt, worauf diese innert angemessener Frist **Einsprache** erheben und von den Tarifpartnern die Aufhebung oder Änderung des Vertrags verlangen können
  - Falls Tarifpartner am Vertrag festhalten, können Kantonsregierung bzw. Bundesrat den Vertrag **von der Tarifkommission überprüfen lassen** (Frist von 60 Tagen nach Mitteilung)
  - Tarifkommission überprüft die Tarife bzw. die Tarifstrukturen auf deren **Vereinbarkeit dem Gesetz**. Sie kann den Parteien auch eine Vergleichslösung unterbreiten.
  - Entscheid der Tarifkommission kann mit Beschwerde innert 30 Tagen ans **Bundesverwaltungsgericht** weitergezogen werden

# INSTITUTIONELLE REFORM DES TARIFWESENS



# TARIFPARTNERSCHAFT ANALYSEN, MITTEL UND GEGENSTÄNDE

Art. 52 Abs. 1 KVG: EDI erlässt **Liste der Analysen mit Tarif (AL)** und **Liste über die Vergütung von Mitteln und Gegenständen (MiGeL)**

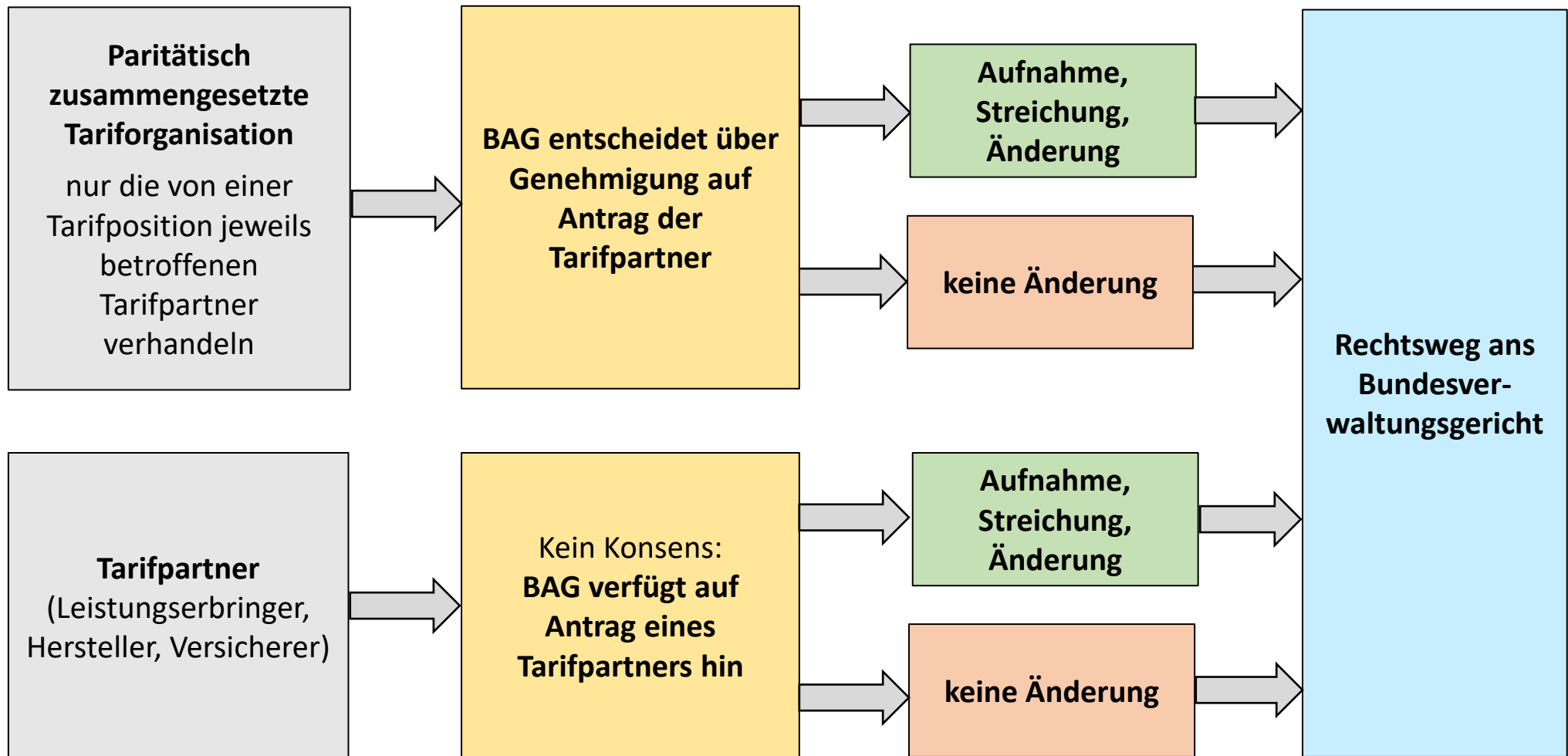
## Defizite Status quo

- **Träges und innovationsfeindliches System:** Behandlung von Anträgen auf Eintragung neuer Produkte oder Analysen in die Listen dauert teilweise mehrere Jahre
- **Kein effektiver Rechtsschutz:** Listen sind Rechtsverordnungen und können nicht angefochten werden

## Reformkonzept

- Verbände der Leistungserbringer, Hersteller und Versicherer setzen **Tariforganisation** ein, welche unter Berücksichtigung der WZW-Standards **AL und MiGeL** erstellt oder ändert
  - effizientes und für die Tarifpartner transparentes Verfahren
  - Fachwissen, Praxisnähe und Anpassungsfähigkeit der Tarifpartner erhöhen die Innovationskraft des Systems und damit die Qualität der Versorgung mit dem Potenzial, die Gesundheitskosten zu senken
- Tarifpartner unterbreiten Listeneinträge sowie Änderungen dem **BAG** zur **Genehmigung**
- Bei fehlender Einigung kann **jeder Tarifpartner** dem BAG Listeneinträge oder Änderungen **beantragen**
- BAG entscheidet innert 60 Tagen mit anfechtbarer **Verfügung**

# TARIFPARTNERSCHAFT ANALYSEN, MITTEL UND GEGENSTÄNDE



# SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Ziele der OKP: **hohe Versorgungsqualität** und **Kosteneffizienz**
2. **Zentrale Kostensteuerung mit Vorgabe von allgemeinen Kostenzielen**
  - ist **nicht bedarfsgerecht**: Unmöglichkeit einer genauen zentralen Planung des medizinischen Bedarfs
  - bringt **Fehlanreize**: «Sippenhaft» sowie Konzentration der Leistungserbringer auf rentable Leistungen und «Flucht» in Zusatzversicherungen
  - ist mit der Gefahr einer **Abnahme der Versorgungsqualität** und Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen verbunden
  - **gefährdet damit das verfassungsrechtliche Ziel einer ausreichenden, allen zugänglichen medizinische Grundversorgung von hoher Qualität**
3. **Zur Verwirklichung der Ziele der OKP braucht es eine dezentrale Kostensteuerung** durch
  - Operationalisierung der **WZW-Kriterien**
  - Raschere, zahlreichere und wirksamere **Health Technology Assessments (HTA)**
  - Verbesserung der Indikations- und Ergebnisqualität («**Pay for Quality**») mit einer Stärkung des **Qualitätswettbewerbs**
  - Anreize für einer **Koordination der Versorgung**
  - Stärkung der **Tarifpartnerschaft** und des **regulierten Wettbewerbs**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



Rückfragen an: [bernhard.ruetsche@unilu.ch](mailto:bernhard.ruetsche@unilu.ch)