

Stellungnahme der Interpharma zur Teilrevision der Krankenversicherung (2. Paket)

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir möchten Ihnen dafür danken, dass Sie uns eingeladen haben, zu den Revisionsvorschlägen im 2. Paket der Teilrevision in der Krankenversicherung Stellung zu nehmen.

Grundsätzlich stehen die forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz dem Gesetzgebungspaket 2 positiv gegenüber. Namentlich unterstützen wir die Bestrebungen des Bundesrates für eine Stärkung der Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen sowie für eine vermehrte Eigenverantwortung der Patienten. Zwei zentrale Elemente des schweizerischen Gesundheitswesens sind für uns jedoch nach wie vor von grosser Bedeutung: ein hohes Mass an Wahlfreiheit der Patienten sowie die Qualität der Versorgung und damit verbunden auch der Zugang zu neuen Therapien. Entsprechend sind wir skeptisch gegenüber Massnahmen, welche einseitig auf kurzfristige Kostendämpfung ausgerichtet sind.

Spitalfinanzierung

Eine Reform der Spitalfinanzierung hat für die Interpharma hohe Priorität, wobei aus unserer Sicht – mit einer adäquaten Übergangsfrist – ein möglichst direkter Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung anzustreben ist. Eine monistische Spitalfinanzierung führt zu mehr Markt- und Kostentransparenz, zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen stationären Leistungsanbieter und somit im Endeffekt auch zu mehr Wettbewerb im grössten Bereich des Schweizer Gesundheitswesens, auf den fast 50% der Ausgaben entfallen. Der bundesrätliche Vorschlag einer dual-fixen Finanzierung für eine klar begrenzte Zeit ist nur dann akzeptabel, wenn er den Übergang zur monistischen Finanzierung nicht technisch behindert. Probleme sind aus unserer Sicht die nach wie vor bestehenden Interessenkonflikte der Kantone, die Kostenverzerrungen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung und der mangelnde Wettbewerb unter den Spitälern. Dazu gehört beispielsweise eine Gleichbehandlung der Spitäler auch hinsichtlich des Staatsanteils an der Grundversicherung (Sockelbeitrag).

Aufgrund der empirischen Daten ist hinlänglich bekannt, dass die oft beklagte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ weitgehend ein Finanzierungsproblem ist. Während nämlich die Gesundheitskosten seit Jahrzehnten einen stetigen Anstieg von 3% bis 4% pro Jahr verzeichnen, sind die Prämien seit Einführung des KVG überproportional gestiegen. Dieses Phänomen hat zu einer starken Belastung vor allem des Mittelstands geführt. Entsprechend sollte der Kostenverteilungsschlüssel weitgehend prämieneutral sein, denn eine deutliche

Mehrbelastung der Versicherten ist vor dem Hintergrund der Prämien Diskussion nicht zu verantworten. Entsprechend sollte der Finanzierungsanteil der Kantone der realen Situation und nicht dem vorgeschlagenen künstlichen 50/50-Modell entsprechen.

Managed Care

Die Stossrichtung des Bundesrats im Bereich Managed Care wird von der forschenden Pharmaindustrie grundsätzlich geteilt. Eine Förderung von Managed Care über Anreize (z.B. Differenzierung der Selbstbeteiligung) ist sinnvoll. Damit kann mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern geschaffen und die Behandlungsqualität erhöht werden, während gleichzeitig die für viele Versicherten wichtige Wahlfreiheit bestehen bleibt. Wir begrüßen deshalb, dass der neue Entwurf auf eine gesetzliche Dekretierung von Managed Care-Modellen verzichtet. Hinsichtlich der Vergütungsformen sollte das Gesetz auf der zwischen Versicherern und Leistungserbringern geteilten Budgetverantwortung basieren. Dies ist vor allem vor dem Anliegen der Qualität der Versorgung wichtig, denn eine einseitige Machtverschiebung zu Gunsten der Krankenkassen könnte zwar kurzfristige Wirkung in der Kostendämpfung haben, sich aber längerfristig negativ auf die Qualität des Gesundheitswesens und die Patientenzufriedenheit auswirken. Beispiele für eine ungenügende Qualitätsausrichtung gibt es bereits heute, wenn man an die Probleme im Bereich der Herzkreislauf-Erkrankungen (ungenügende Behandlung des Bluthochdrucks), der Folgekosten nicht erkannter Diabetes, bei der Behandlung der Depression, des Schmerzes oder Unterschieden im Zugang zu modernen Krebsmedikamenten denkt. Grundsätzlich wäre eine verstärkte Transparenz hinsichtlich der Qualität der Versorgung und des Erreichens von Gesundheitszielen zu wünschen.

Medikamente

Interpharma unterstützt die Bestrebungen, den Zugang der Patienten zu wichtigen Arzneimitteln für seltene Krankheiten (sog. Orphan Drugs) zu verbessern. Neben der vereinfachten Zulassung durch Swissmedic ist auch die Vergütung durch die obligatorische Krankenversicherung eine zentrale Voraussetzung dafür. Die Schaffung eines Orphan Drug-Kapitels in der Spezialitätenliste (Änderung von Art. 52 Abs. 1 Bst. B KVG) sowie die damit verbundenen Massnahmen - wie insbesondere der vorgeschlagene Verzicht auf Gebühren - wird von der Pharmabranche begrüsst. Darüber hinaus braucht es aber auch klare und verbindliche Richtlinien des BAG, wie die Krankenkassen den bereits heute geltenden Verpflichtungen zur Kostenübernahme von Medikamenten gegen seltene Krankheiten zu entsprechen haben. Probleme gibt es vor allem im Bereich von „off label indications“ von Medikamenten, z.B. in der Krebstherapie, deren Wirksamkeit in „peer reviewed journals“ zwar nachgewiesen wurde, die aber noch keine offizielle Zulassung erhalten haben.

Im Grundsatz stimmen wir auch der Wiederaufnahme der Kriterien für die Zulassung von Arzneimitteln zur Vergütung durch die obligatorische Krankenversicherung (Ergänzung von Art. 52 KVG um einen neuen Abs. 4) zu, möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Voraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit bereits heute gelten. Keinesfalls darf diese Regelung dazu führen, die teils von den Krankenkassen postulierte Karenzfrist für neue Therapeutika und damit eine Rationierung und Zweiklassenmedizin versteckt einzuführen. Die gemeinsam von BSV, seco, santésuisse, Assistenz- und Oberärzten sowie der Industrie finanzierte Plaut-Studie hat mit aller Deutlichkeit gezeigt, dass die Bevölkerung dem raschen Zugang zu neuen Arzneimitteln und Therapien eine hohe Bedeutung beimisst.

Die Wiederaufnahme der Massnahmen aus der gescheiterten 2. KVG-Revision (Ergänzung von Art. 52a KVG, Ziffer 2.2., 2. Abschnitt des erläuternden Berichts) zur Förderung von Generika werden von der Interpharma akzeptiert, so lange kein Zwang zur Abgabe von Generika besteht. Ein Substitutionszwang wie auch ein Systemwechsel hin zu einer obligatorischen

Wirkstoffverschreibung werden aus medizinischen Gründen von der Pharmabranche abgelehnt. In der parlamentarischen Debatte über diesen Artikel wurde vom damaligen Präsidenten der ständerätlichen SGK mit Nachdruck ausgeführt, dass der Entscheid über die medizinische Äquivalenz auch weiterhin beim Arzt liegt. Mit dem Artikel wird klar die Erwartung ausgedrückt, dass der Arzt bei „gleicher Eignung“ ein preisgünstiges Arzneimittel verschreibt, was vor allem bei Neuverschreibungen Beachtung finden dürfte. Im Interesse der Compliance vor allem älterer Patienten und damit auch des Behandlungserfolgs muss jedoch die ärztliche Therapiefreiheit weiter gewährleistet bleiben.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Cueni
Generalsekretär

Sara Käch
Leiterin Kommunikation