

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Interpharma

Abkürzung der Firma / Organisation : lph

Adresse : Petersgraben 35, 4009 Basel

Kontaktperson : Bruno Henggi

Telefon : 061 264 34 97

E-Mail : bruno.henggi@interpharma.ch

Datum : 14. Dezember 2018

Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Wenn Sie einzelne Tabellen im Formular löschen oder neue Zeilen hinzufügen möchten, so können Sie unter "Überprüfen/Dokument schützen/Schutz aufheben" den Schreibschutz aufheben. Siehe Anleitung im Anhang.
3. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
4. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **14. Dezember 2018** an folgende E-Mail Adressen:
abteilung-leistungen@bag.admin.ch; gever@bag.admin.ch
5. Spalte "Name/Firma" muss nicht ausgefüllt werden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	3
Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen	5

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf der Revision und zum erläuternden Bericht	
Name/Firma	Bemerkung/Anregung
lph	Das dem ersten Kostendämpfungspaket zu Grunde liegende Konzept des EDI unterstellt grossen und dringenden Handlungsbedarf. Vertreter des Departements sprechen von einem «Gebot der Stunde» die Kosten im Schweizer Gesundheitswesen zu dämpfen. Das EDI bleibt die Antwort auf die Frage schuldig, warum die Stunde des Schweizer Gesundheitswesen jetzt schlägt, notabene in einer Periode vieler und teilweise bedeutender Innovationen. Zudem erweckt das Departement den Eindruck, dass die Schweiz ein Sonderfall sei. In Tat und Wahrheit kann hierzulande ein Wachstum der Gesundheitsausgaben in Relation zur Entwicklung des BIP beobachtet werden, das der Entwicklung in anderen reichen OECD-Ländern entspricht. OECD-Daten publiziert vom COMMONWEALTH FUND sehen die Schweiz beim BIP-Anteil hinter Frankreich, Schweden, Deutschland und den Niederlanden, gleichauf mit Dänemark und knapp vor Neuseeland, Kanada und Japan. Der effektive Sonderfall sind die USA mit einem BIP-Anteil, der 50% über den genannten Staaten liegt.
lph	Interpharma stellt sich mit vielen anderen Akteuren im Gesundheitswesen auf den Standpunkt, dass der Problem- und Handlungsdruck im Schweizer Gesundheitswesen weniger aus dem Kostenwachstum per se entsteht als vielmehr durch die ungleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen und der daraus folgenden ungleichen Lastverteilung zwischen einkommensabhängigen Steuern und einkommensunabhängigen Prämien. Die zunehmende Verlagerung von mehrheitlich steuerfinanzierten stationären hin zu vollständig prämiendifinanzierten ambulanten Leistungen muss allein von den Prämienzahlenden geschultert werden. Davon sind insbesondere Prämienzahlende betroffen, welche sich knapp nicht für eine Prämienverbilligung qualifizieren. Wenn eine Reform zügig anzugehen ist, dann ist es die Reform, welche eine sozialverträglichere Verteilung der Finanzierungslast bewirkt.
lph	Das erste Kostendämpfungspaket erhebt den Anspruch, einen Beitrag zur Eliminierung der Mengenausweitung liefern, welche medizinisch nicht begründet werden kann. Der Bericht führt aus, dass in allen vier grossen Kostenblöcken anzusetzen sei. Das Paket verzichtet jedoch entgegen den Beschlüssen und Vorankündigungen vom März 2018 darauf, die verschiedenen Rollen der Kantone zu prüfen. Es sind die Kantone, welche Investitionen in zweistelliger Milliardenhöhe in vorwiegend stationäre Versorgungsstrukturen – dem grossen Kostenblock (22.8%) – planen und vornehmen wollen und damit die Grundlage für künftiges Kostenwachstum in einem Bereich legen, der als Folge des Trends zur ambulanten Versorgung relativ an medizinischer Bedeutung verlieren wird und verlieren sollte. Die einheitliche Finanzierung der beiden Versorgungssektoren würde die notwendige Steuerungsfunktion auch auf das Investitionsverhalten der Kantone ausüben. Das vorgeschlagene Beschwerderecht der Versicherungsverbände ist dagegen dem Umfang der Problemlage schlicht nicht gewachsen und wäre ein juristischer Fremdkörper im System, welcher den grundlegenden Fehlanreiz unangetastet lassen würde.
lph	Der Kommunikation des EDI im März 2018 konnte entnommen werden, dass die im – vom EDI initiierten - Expertenbericht über die Kostendämpfung in der OKP prominent genannten Massnahmen bezüglich Globalzielvorgaben im OKP-Bereich und Globalzielvorgaben für die wichtigsten

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

	<p>OKP-Kostenblöcke vom Gesamtbundesrat zurückgestellt worden waren. Die im Expertenbericht für den Fall der Nichteinhaltung von Globalzielen genannten Sekundärmassnahmen wie <i>Tarifkorrektur</i> oder <i>automatische Tarifiereduktion</i> tauchen bemerkenswerterweise in neuen Massnahmen auf, namentlich etwa unter <i>Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf der Pa.Iv, 17.402)</i>, welche notabene im Nationalrat nach inhaltlicher Diskussion abgelehnt wurde. Auffallend ist zudem, dass sich der Expertenbericht immerhin noch Sorgen um die Qualität und Effizienz des Schweizer Gesundheitswesens machte. So lautete eine Aussage im Kapitel Globalzielvorgaben auf Seite 27/131 des Berichts, dass «zentral ist, dass die Massnahmen sich nicht zulasten der Patientinnen und Patienten auswirkt, sondern die Effizienz steigert». Solche Beteuerungen zugunsten der Versorgungs- und Therapiequalität, welche von der Bevölkerung als hoch beurteilt wird und mit der sie sehr zufrieden ist, fehlen in den Ausführungen zur Neuauflage des gescheiterten Konzepts völlig. Es wird stillschweigend unterstellt, dass der Gesetz- und Verordnungsgeber in der Lage sei, mit Regulierung die «medizinisch nicht begründbaren» Leistungen in der Versorgung eliminieren zu können. Es kann davon ausgegangen werden, dass der eindimensionale Kostenfokus negativen Einfluss auf die Qualität der Versorgung ausüben und unerwünschte Konsequenzen auf die Versorgungserbringung bewirken wird. Ins gleiche auf Kosten fixierte Konzept des EDI passt sodann auch die Limitierung des Experimentierartikels auf Kostendämpfung.</p>
lph	<p>Interpharma findet einzelne Massnahmen unterstützungswürdig oder würde sie akzeptieren, wenn die vom Verband genannten Bedingungen erfüllt wären. Dies betrifft die Massnahme M02 Experimentierartikel, M15 Pauschalen im ambulanten Bereich fördern und die Anpassung des Vertriebsanteils. M22 Referenzpreissystem bei Arzneimitteln können wir in der vorgeschlagenen Form nicht unterstützen.</p>
lph	<p>Interpharma lehnt Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten (basierend auf Pa.Iv. 17.402) sowie das Beschwerderecht der Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ab.</p>
lph	<p>Interpharma gibt keine Empfehlung zu M34 Nationale Tariforganisation, M25 Tarifstruktur aktuell halten, Rechnungskopie für Versicherte und M09 Rechnungskontrolle ab.</p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs der Änderung und zu deren Erläuterungen

Name/Firma	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
lph	43	5		<p>Interpharma befürwortet im Grundsatz die Förderung von Pauschalen im ambulanten Bereich M15.</p> <p>Für Interpharma ist wichtig, dass die Pauschalen in der ambulanten Versorgung den Bereich der Arzneimittel nicht umfassen.</p> <p>Die Vereinbarung von Pauschalen im ambulanten Bereich ist in der medizinischen Praxis nichts Neues. Mit Pauschalen, die zusätzlich zum TARMED zur Anwendung kommen, können standardisierte medizinische Behandlungen in gewissen Bereichen vereinfacht in Rechnung gestellt werden. Die FMCH und santésuisse haben sich auf ausgewählte ambulante Pauschaltarife geeinigt. Auch die Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie befürwortet ambulante Pauschaltarife. Erfolgsversprechend sind Pauschalierungs-Konzepte, welche auf der Initiative der Akteure beruhen und nicht verordnet werden.</p> <p><u>Auf subsidiäre Kompetenzen des Bundes ist aber zu verzichten.</u></p>	
lph	KVG 47c IVG	1-7 27 ^{bis}		<p>Interpharma lehnt Massnahmen der Tarifpartner zur Steuerung der Kosten ab (KVG, IVG)</p> <p>Die Massnahme geht grundsätzlich in eine ähnliche Richtung wie die vom Parlament bereits abgelehnte Pa.lv. 17.402. Postuliert werden «Massnahmen zur Steuerung der Kosten» in Tarifverträgen oder eigenen gesamtschweizerisch geltenden Ver-</p>	<p>KVG Art. 47c; IVG Art. Art. 27^{bis} <i>streichen</i></p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			<p>tragen, «Überwachung der mengenmässigen Entwicklung in verschiedenen Positionen», «Regeln zur Korrektur bei ungerechtfertigten Erhöhungen der Mengen und Kosten», Eingriffe seitens der öffentlichen Hand über «Grundsätze über die Massnahmen zur Steuerung der Kosten», über die Definition der Positionen, deren mengenmässige Entwicklung überwacht wird sowie subsidiär über den Beschluss von «Massnahmen zur Steuerung der Kosten». Schliesslich sollen gegen Leistungserbringer, welche gegen Bestimmungen über die Steuerung der Kosten verstossen, Sanktionen ergriffen werden können.</p> <p>Die vorgeschlagenen Instrumente können zu massiven Eingriffen in das Gesundheitssystem führen, mit unklaren Auswirkungen auf die Kostensituation aber abschätzbaren negativen Folgen (Aufschub und Verlagerung von medizinischen Leistungen, unklare Situation in Bezug auf Nach- und Rückfinanzierungen, vermehrte Eingriffe seitens der öffentlichen Hand).</p> <p>Deutsche Kassenpatienten können dies im Q4 jeweils erleben, wenn der Arzt sein Regelvolumen am aufbrauchen ist und dem Patienten Bescheid geben, er könne a) im Q1 des nächsten Jahres wiederkommen, b) ev. von einem Kollegen versorgt werden, der noch Regelvolumen hat oder c) privat versorgt werden.</p> <p>Interpharma spricht sich dezidiert gegen ein solches System aus, da es aus oben genannten Gründen erhebliche Nachteile für die Patienten mit sich bringt.</p>	
	52a		<p>Artikel 52a (Günstigkeitsprinzip)</p> <p>Interpharma fordert die Streichung des Günstigkeitsprinzips</p> <ul style="list-style-type: none"> • Streichung des Günstigkeits-Prinzips in Art. 52a. Das Günstigkeits-Prinzip steht im Widerspruch zum Grundsatz der SL wonach die Vergütungsregelung bei Arzneimitteln in der SL erfolgt, gefährdet die Versorgungssicherheit und missachtet den Grundsatz der Verschreibungsfreiheit des 	<p>Art. 52a</p> <p><i>Gemäss geltendem Recht</i></p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

				<p>Arztes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Vergütung der Arzneimittel ohne Referenzpreis – spricht bis zum Markteintritt von mindestens drei patentabgelaufenen Medikamenten - soll nach geltendem Recht erfolgen • Demzufolge ist Art. 52a bezüglich des Substitutionsrechts beizubehalten • Absatz 4 ist zu streichen. Dieser Absatz würde dem BAG Ermessensspielraum einräumen, welcher dem Amt nicht zukommen kann. 	
lph	52b	1		<p>Interpharma fordert die Berücksichtigung der Schutzrechtstitel</p> <p>Beide mit dem Kostendämpfungspaket I vorgeschlagenen Neuerungen hinsichtlich des Referenzpreissystems (Modell mit Preisabschlag und Modell mit Meldesystem) berücksichtigen u.E. die Patentsituation der betroffenen Arzneimittel nicht oder zu wenig. Voraussetzung für die Einführung des Referenzpreissystems ist bei beiden Modellen, dass mindestens drei Arzneimittel mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung in die SL aufgenommen wurden (Art. 52b Abs. 1 EKVg). Die Botschaft (S. 51) sagt zwar, dass bei der Beurteilung auf die Wirkstoff- und Indikationsebene (ATC-5-Level) abgestellt werden soll. Von der Indikation ist in Art. 52b Abs. 1 EKVg jedoch nirgends die Rede. Es besteht daher das erhebliche Risiko, dass das Referenzpreissystem auch dann angewendet wird, wenn bei einem der Präparate noch ein Patentschutz (z.B. second medical use, Art. 7d PatG), ein ESZ (Art. 140a ff. PatG/revPatG) oder ein Unterlagenschutz (Art. 11a und 11b revHMG) besteht. Mit anderen Worten kann bei der Zulassung von zwei wirkstoffgleichen Arzneimitteln das Referenzpreissystem auch auf ein Originalpräparat angewendet werden, das in anderem Zusammenhang noch über einen Schutztitel verfügt (Art.</p>	<p>¹ Sind mindestens drei Arzneimittel ... ein Referenzpreis und ein Höchstpreis festgelegt.</p> <p><i>Neu:</i></p> <p>Von den Bestimmungen der Vergütung von Arzneimitteln mit Referenzpreis sind Präparate ausgenommen, die noch über einen gültigen Patentschutz (Artikel 7 des Patentgesetzes), ein gültiges Ergänzendes Schutzzertifikat (Artikel 140 ff. des Patentgesetzes) oder über einen gültigen Unterlagenschutz (Artikel 11a und 11b des Heilmittelgesetzes) verfügen.</p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			<p>7d PatG, Art. 140a ff. PatG/revPatG oder Art. 11a oder 11b re-vHMG). Damit wird auf Stufe KVG das Immaterialgüterrecht bzw. der Schutz von medizinischen Innovationen durchbrochen.</p> <p>Wir identifizieren an dieser Stelle dringenden Handlungsbedarf, wonach die Schutzrechts-Titel besser abzugrenzen und der Ermessensspielraum für das BAG klarer abzustecken. Wir favorisieren die Möglichkeit, diejenigen Originalpräparate, welche noch über einen Patentschutz oder einen Unterlagenschutz verfügen, vom Referenzpreissystem auszunehmen. Den patentgeschützten Arzneimitteln sind Arzneimittel mit einem ergänzenden Schutzzertifikat gemäss Art. 140a ff., Art. 140n ff und Art. 140t ff. Patentgesetz gleichgestellt. Mit anderen Worten sollte die Anwendbarkeit des gesamten Referenzpreissystems wie folgt vom Ablauf des Patentschutzes, der Ergänzenden Schutzzertifikate und des Unterlagenschutzes abhängig gemacht werden:</p>	
lph	52b		<p>Interpharma kann ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln in der vorgeschlagenen Form nicht unterstützen. Akzeptabel könnte ein Referenzpreissystem bei Arzneimitteln sein, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Geltungsbereich des Gesetzes erfasst sind Präparate mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung (ATC-5-Level) • Ein Referenzpreis wird festgesetzt, wenn mindestens drei wirkstoffgleiche Arzneimittel in der SL registriert sind • D.h. ATC 4-/ATC 3-Level und patentierte Arzneimittel sind nicht im Geltungsbereich des Referenzpreissystems • Die beiden Preismodelle, welche für das Referenzpreissystem vorgeschlagen werden, sind unausgereift. Eine Präferenzausgabe ist auf der Basis der Vernehmlassungsvorlage nicht möglich, weil beide Modelle Mängel aufweisen. 	

Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren

				<ul style="list-style-type: none"> ○ Das Modell mit Meldesystem mit den spezifischen Bestimmungen in Absatz 5 ist abzulehnen, weil es mit einem nur selektiven Zugang der Patienten zu Arzneimitteln und einem unverhältnismässig hohen administrativen Aufwand verbunden wäre. Dem Erfordernis, dass mit einem Referenzpreissystem keine Medikamentenwechsel verbunden sein dürfen, würde nicht Rechnung getragen. Sodann bliebe die Verschreibungsfreiheit unbeachtet. ○ Das Modell mit Preisabschlag, welches die Elemente Auslandpreisvergleich, Preisabstand und Preisabschlag beinhaltet und kombiniert, kann je nach Ausgestaltung mit massiven Auswirkungen auf die Anbieter verbunden sein, welche die Versorgungs- und Patientensicherheit beeinträchtigen würden. • Für die Berechnung des Referenzbetrags wird APV und TQV erhoben. • Eine Gleichstellung von Biosimilars und Generika ist abzulehnen. Es ist im Interesse der Sicherheit von Patientinnen und Patienten Biosimilars als eigene Arzneimittel-Kategorie zu behalten und von einer Gleichstellung mit Generika strikt abzusehen. Im Rahmen der Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) des BAG und SECO sollten sämtliche Auswirkungen eines möglichen Referenzpreissystems für Biosimilars berücksichtigt werden; inklusive der negativen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Produktion von patentabgelaufenen Original-Biologika in einem stark regulierten Markt. Das revidierte Heilmittelgesetz definiert in Art. 4 Abs.1 Biosimilars neben Originalpräparaten und Generika als eigene Arzneimittel-Kategorie. Ein Biosimilar ist ein biologisches Arzneimittel, das eine genügende Ähnlichkeit mit dem Referenzpräparat aufweist; dagegen ist ein Generikum wirkstoffidentisch wie das (chemische) Originalpräparat. Die eigene Arz- 	
--	--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			<p>neimittel-Kategorie rechtfertigt sich dadurch, dass das mit lebenden Zellen hergestellte Nachahmerprodukt dem Original nur ähnlich aber nicht identisch ist. Dieses Faktum der blossen Ähnlichkeit hat Implikationen bei der Zulassung und im Einsatz von Biologika/Biosimilars in der Praxis. Aus Gründen der Patientensicherheit und möglicher Immunogenität sind Biosimilars weder mit dem Referenzpräparat noch untereinander austauschbar. Auch aufgrund der nicht möglichen Substituierung von Biosimilars können diese nicht in ein Referenzpreissystem eingebunden werden. Es ist zudem zu vermeiden, dass mit der Revision des KVG Inkoherenzen zum soeben revidierten HMG und der Swissmedic geschaffen werden. Die Biosimilars sind deshalb aus den vorgeschlagenen Modellen für die Einführung eines Referenzpreissystems explizit auszuschliessen. Sie bedürfen einer separaten Regelung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieselben Überlegungen müssen für alle Biologika einschliesslich Blutprodukte und Vakzine gelten. <p>Eine abschliessende Stellungnahme zum Referenzpreissystem und zu den Preismodellen wird erst dann möglich sein, wenn der Bundesrat die entsprechenden Verordnungsbestimmungen aufgelegt haben wird. Interpharma lädt den Bundesrat dazu ein, die Verordnungsbestimmungen zum Referenzpreissystem mit der Botschaft zur KVG-Revision vorzulegen.</p> <p>Originalpräparate mit abgelaufenen Patenten wären im «Referenzpreis-Marktsegment» mit einem Anteil von etwa 50% vertreten. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die forschende Pharmaindustrie im Rahmen des Referenzpreissystems mit Originalpräparaten mit über 50 Prozent zur Kosteneindämmung beitragen würde</p>	
--	--	--	--	--

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

lph	53	1 ^{bis}	<p>Interpharma lehnt ein Beschwerderecht der Versicherer betreffend Beschlüsse der Kantonsregierungen zur Planung und Liste der Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime ab, da es in die Versorgungs-Kompetenz der Kantone eingreift und die Fehlanreize nicht korrigiert.</p> <p>Die rechtlichen Grundlagen für die Erstellung von Spitallisten werden vom Gesetzgeber auf Bundes- und Kantonsebene erstellt. Die Kantone sorgen unter Berücksichtigung einer gesundheitspolitischen Gesamtplanung sowie der bundesrechtlichen Vorgaben für die Planung einer bedarfsgerechten und qualitativ guten Spitalversorgung. Die Kantone beschliessen je eigene Spitallisten und erteilen ihnen Leistungsaufträge.</p> <p>Den Krankenkassen kommt in diesem Umfeld eine ausführende Rolle zu. Ein Beschwerderecht kann den Kassen deshalb nicht zukommen. Es wäre systemfremd, ein solches einzuführen und käme einem Eingriff in die Versorgungs-Kompetenz der Kantone gleich.</p> <p>Die kantonale Investitionspolitik soll und kann nicht über die Einführung eines arbiträren und systemfremden neuen Instruments korrigiert werden, sondern ist über die Reform der ungleichen Finanzierung des stationären und ambulanten Bereichs zu beeinflussen.</p>	<p>Art. 53 Abs. 1^{bis}</p> <p><i>streichen</i></p>
lph	4a 59b	1	<p>Art. 59b Abs. 1 (Experimentierartikel)</p> <p>Interpharma befürwortet im Grundsatz den Experimentierartikel M02.</p>	<p>4a. Kapitel: Pilotprojekte zur Eindämmung der Kostenentwicklung</p> <p><i>Art. 59b</i></p> <p>1 Um neue Modelle zur Verbesserung der Qualität und Effizienz zur Eindämmung der Kostenentwick-</p>

**Änderung der Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1: Vernehmlassungsverfahren**

			<p>Interpharma erachtet einen Experimentierartikel als sinnvoll. Der Geltungsbereich für Pilotprojekte ist aber offen zu halten und nicht auf Kostendämpfung einzuschränken. Die Limitierung auf Kostendämpfungs-Massnahmen bringt das Gesundheitssystem nicht weiter. Es soll möglich sein, mit Pilotprojekten Massnahmen zur Steigerung der Qualität und der Effizienz zu testen oder eine Umgebung zu schaffen, in der die Eliminierung von Fehlanreizen analysiert werden kann. Der Experimentierartikel kann beispielsweise dazu dienen, Projekte im Bereich der Digitalisierung zu erproben. Die durch Interpharma mitgegründete Multi-Stakeholder-Plattform Santenext will innovative Initiativen und Ansätze fördern, die helfen, das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.</p> <p>Gemäss dem Entwurf können Projekte in der Regel von Kantonen, Leistungserbringern und Patientenorganisationen vorgeschlagen werden. Die Pharma-Industrie ist ebenfalls daran interessiert, Projekte für den Experimentierartikel vorzuschlagen. Demzufolge ist Interpharma der Ansicht, dass der Adressatenkreis für weitere interessierte Stakeholder – inklusive der Industrie - geöffnet werden sollte.</p> <p>Nach Ansicht von Interpharma kann es beim Experimentierartikel auch nicht darum gehen, die Grundlagen des KVG in Frage zu stellen. Es wäre nicht sinnvoll, mit dem Experimentierartikel das Territorialitätsprinzip, einen wichtigen Grundsatz des KVG, aufzuheben.</p> <p>Projekte basierend auf dem Experimentierartikel sollen bezüglich (Projektbeschrieb, Methodik und Evaluation) transparent ausgestaltet sein.</p>	<p>lung zu erproben, kann das EDI Pilotprojekte bewilligen.</p>
--	--	--	---	---