

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	24.04.2024
Thema	Gesundheit, Sozialhilfe, Sport
Schlagworte	Keine Einschränkung
Akteure	Santésuisse – Schweizer Krankenversicherer
Prozesstypen	Keine Einschränkung
Datum	01.01.1989 – 01.01.2019

Impressum

Herausgeber

Année Politique Suisse
Institut für Politikwissenschaft
Universität Bern
Fabrikstrasse 8
CH-3012 Bern
www.anneepolitique.swiss

Beiträge von

Benteli, Marianne
Schubiger, Maximilian

Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Schubiger, Maximilian 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Gesundheit, Sozialhilfe, Sport, Santé Suisse – Schweizer Krankenversicherer, 2001 – 2016*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 24.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Chronik	1
Sozialpolitik	1
Gesundheit, Sozialhilfe, Sport	1
Gesundheitspolitik	1
Ärzte und Pflegepersonal	3
Medikamente	4

Abkürzungsverzeichnis

SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
TPW	Taxpunktwert
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung

CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
FMH	Fédération des médecins suisses
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
TFA	Tribunal fédéral des assurances
VP	valeur du point
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

Gesundheitspolitik

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 04.10.2001
MARIANNE BENTELI

Eine eigenständige und weitreichende Weichenstellung nahm der Ständerat bei der mittelfristigen Zukunft der Spitalfinanzierung vor. In einer neuen Übergangsbestimmung zum KVG verpflichtete er den Bundesrat, innerhalb von fünf Jahren eine Vorlage zu präsentieren, die ein **monistisches Finanzierungssystem** einführt. Danach sollen die Kantone nicht länger direkt für Investitionen und Defizite der Spitäler aufkommen. Sie müssten den Krankenkassen aber die Hälfte der von diesen zu übernehmenden Gesamtkosten ersetzen – in Form von Subventionen (beispielsweise für die Bildung eines Grossrisikopools), Beiträgen zur Prämienverbilligung oder als Risikoausgleich. Damit würde bei den Kosten endlich Transparenz geschaffen, begründete die vorberatende Kommission ihren Vorschlag zu diesem grundlegenden Systemwechsel; gleichzeitig würde erreicht, dass öffentliche und private Spitäler nicht länger ungleich behandelt werden. Santésuisse (ehemals KSK) als Dachverband der Krankenversicherer begrüßte diese Marschrichtung, die Kantone, die ihre Entmachtung befürchten, zeigten sich skeptisch. Im Dezember überwies der Nationalrat ein Postulat Zäch (cvp, AG) (Po. 01.3604) für einen Bericht über die Einführung der monistischen Spitalfinanzierung¹

INTERPELLATION / ANFRAGE
DATUM: 21.06.2002
MARIANNE BENTELI

Der Ständerat hatte seine Mittlerrolle zwischen Kassen und Kantonen von der Bedingung abhängig gemacht, dass sich diese vorgängig seiner Beschlüsse über die noch offenen Kosten für das Jahr 2001 einigten. Mitte März kamen die Sanitätsdirektorenkonferenz und Santésuisse in Verhandlungen überein, dass die Kantone den Krankenversicherern für 2001 **Nachzahlungen** von 250 Mio Fr. leisten. Es stellte sich allerdings die Frage, wem diese Summe zugute kommen sollte. In seiner Antwort auf eine Interpellation Joder (svp, BE) im Nationalrat vertrat der Bundesrat die Ansicht, diese Gelder seien vollumfänglich den Zusatzversicherern, welche bisher ihren Aufenthalt in den halbprivaten und privaten Abteilungen allein via Prämien bezahlten, zurückzuerstatten. Mit der Kontrolle der korrekten Umsetzung wurde das Bundesamt für Privatversicherungen beauftragt.²

POSITIONSPAPIER UND PAROLEN
DATUM: 05.10.2002
MARIANNE BENTELI

Ausgehend von einem Bericht über das Malaise im Pflegebereich, das sich unter anderem in einem ausgetrockneten Arbeitsmarkt ausdrückt, verlangte die **CVP** einerseits eine bessere soziale und finanzielle Anerkennung der Pflegeberufe, andererseits eine Neuregelung der **Finanzierung der Pflegeheime**. Im Hintergrund stand eine im Juli erlassene Verordnungsänderung, wonach die Pflegeheime die effektiven Pflegekosten transparenter ausweisen müssen. Bis anhin wurden zum Teil auch eigentliche Pflegeleistungen dem Bereich Hotellerie zugeordnet und den Pflegebedürftigen direkt verrechnet. Mit der konsequenten Ausscheidung der tatsächlichen Pflegekosten rechnen die Versicherer, auf mehrere Jahre verteilt, mit Mehrkosten von rund 1,2 Mia Franken, was zu einem Prämien Schub von gegen 10% führen könnte. Ständerat und CVP-Präsident Stähelin (TG) verlangte deshalb den umgehenden Übergang von der dualistischen zur monistischen Spital- und Heimfinanzierung, wonach die Versicherer sämtliche tarifvertraglichen Leistungen für die Krankenpflege berappen müssten. Die freiwerdenden Mittel, mit denen die Kantone heute Spital- und Heimleistungen subventionieren, sollten in gleicher Höhe an die Krankenkassen überwiesen werden mit dem gezielten Auftrag, die Kinderprämien massiv zu verbilligen resp. ganz aufzuheben und die Langzeitpflege im Alter zu finanzieren. Falls die Mittel nicht genügend sollten, sah Stähelin nur noch einen Ausweg: die Einführung einer **Zusatzprämie ab dem 50. Altersjahr**. Diese sollte für alle Schichten tragbar sein und dürfte 10 Fr. pro Monat nicht übersteigen. Diese Idee nahm Santésuisse auf. Sie regte an, Leute ab 50 sollten verpflichtet werden, zusätzlich zur obligatorischen Krankenversicherung eine **Pflegeversicherung** abzuschliessen, um die künftige Lastenverteilung zwischen den Generationen wieder etwas zu entspannen. Der Anteil der Ausgaben für eigentliche Pflegeleistungen (Spitex und Pflegeheime) sei vor allem für die Altersgruppe 75+ bedeutsam. (Eine Studie der ETH zeigte, dass die Überalterung der Bevölkerung die Prämien bis ins Jahr 2035 um jährlich 0,5% verteuern wird.) Mit einer monatlichen Durchschnittsprämie von knapp 50 Franken ab Alter 50

könnten die Seniorinnen und Senioren die anfallenden Kosten weitgehend selber finanzieren. Anlässlich der jährlichen Pressekonferenz zur Prämienentwicklung zeigte sich Bundesrätin Dreifuss sehr besorgt ob dem Vorschlag von Santésuisse, der ihrer Ansicht nach darauf abzielt, die mühsam aufgebaute Solidarität zu untergraben und das Land zwischen Jungen und Älteren aufzuspalten.⁵

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE

DATUM: 18.10.2002
MARIANNE BENTELI

Im November des Vorjahres hatte das Eidg. Versicherungsgericht entschieden, dass die Kantone aufgrund des seit 1996 in Kraft stehenden KVG ab 2001 in den öffentlichen und öffentlich-subventionierten Spitälern auch bei einer **privaten oder halbprivaten Hospitalisierung** den hälftigen Sockelbeitrag an die Betriebskosten bezahlen müssen, was eine finanzielle Mehrbelastung von rund 700 Mio Fr. pro Jahr bedeutet hätte, welche die **Kantone** ohne Steuererhöhungen als nicht verkräftbar erachteten. Hier wandten sich deshalb mit der Bitte ans Bundesparlament, den Kostenschub erträglicher zu machen. Die SGK des Ständerates bemühte sich daraufhin gemeinsam mit den Kantonen und Santésuisse (ehemals KSK) um eine Lösung, die sowohl der an sich klaren Rechtslage, welche die Kantone in den letzten sechs Jahren nicht hatten wahrhaben wollen, als auch deren finanziellen Möglichkeiten Rechnung trägt. Zur Diskussion standen eine vorgezogene Änderung der Spitalfinanzierungsbestimmungen im KVG, wie sie die zweite Teilrevision ohnehin vorsieht, oder eine Übergangslösung mit einem dringlichen Bundesgesetz.

Auf Antrag der SGK, welche ihre Vorschläge in die Form einer ausformulierten parlamentarischen Initiative gekleidet hatte, stimmte der Ständerat einem dringlichen Bundesbeschluss zu, welcher die **Kantonsbeteiligung schrittweise** einführt, dabei aber auf die Abgeltung der effektiven Kosten verzichtet und stattdessen von den Tarifen der allgemeinen Spitalabteilungen ausgeht, womit die Mehrbelastung der Kantone um 200 Mio Fr. pro Jahr reduziert wird. 2002 werden 60% des geschuldeten Betrages von den Kantonen übernommen, 2003 80% und 2004 100%, was zu jährlichen Mehrkosten für die Kantone von 300, 400 und schliesslich 500 Mio Fr. führt. Im Nationalrat versuchte eine knappe Kommissionsmehrheit unter den Abgeordneten Gutzwiller (fdp, ZH), Verwaltungsrat der grössten Privatspital-Betreiberin der Schweiz (Hirslanden), und Zäch (cvp, AG), Direktionspräsident des privaten Paraplegikerzentrums Nottwil (LU), zu erreichen, dass die Kantone ihre Beiträge auch an die privaten Spitäler, die auf der kantonalen Spitalliste stehen, entrichten müssen. Mit 101 zu 64 Stimmen schloss sich im Plenum aber eine Mehrheit der CVP und der FDP dem Antrag der SP an, die Frage der Privatspitäler erst im Rahmen der 2. KVG-Revision anzugehen. Auf Wunsch der Bundeskanzlei, die geltend machte, dass es noch nie ein sowohl **dringliches** als auch (für das Jahr 2002) **rückwirkendes Bundesgesetz** gegeben habe, beantragte die Kommission, auf die Dringlichkeit zu verzichten. Das Plenum liess sich aber von einem positiven Gutachten des Bundesamtes für Justiz sowie vom Argument überzeugen, die Angelegenheit sei in erster Linie durch die uneinsichtige Haltung der Kantone verschleppt worden, weshalb jetzt unbedingter Handlungsbedarf bestehe. Mit 128 zu 1 Stimmen wurde die Dringlichkeit bejaht und später mit 157 zu 7 Stimmen bestätigt. In der Schlussabstimmung wurde die Vorlage von beiden Kammern einstimmig verabschiedet. Mit dem Argument, der EVG-Entscheid sei bereits für 2002 vollumfänglich anzuwenden, reichte die Krankenkasse Assura das Referendum gegen den dringlichen Bundesbeschluss ein.⁴

BUNDESRATSGESCHÄFT

DATUM: 13.05.2015
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Anfang September 2014 endete die Vernehmlassungsfrist zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Das neue Bundesgesetz soll die Grundlagen für die Errichtung eines nationalen Zentrums für Qualität schaffen, welches in Zukunft die Aufgabe haben soll, schweizweite Qualitätsprogramme zu lancieren, Leistungen auf ihren Nutzen zu überprüfen und so insbesondere die **Qualität der medizinischen Leistungen** und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Der Bundesrat reagierte damit auf diverse überwiesene parlamentarische Vorstösse, welche einerseits auf eine Verbesserung der Qualitätssicherung in der OKP, andererseits auf eine systematischere Bewertung von Gesundheitstechnologien abzielten.

Der Ergebnisbericht zur Vernehmlassung lag im Mai 2015 vor. 152 Vernehmlasser hatten zuvor ihre Stellungnahmen eingereicht. Kaum erstaunen dürfte, dass Einigkeit über die Zielsetzung einer hohen Qualität in der Krankenversicherung herrschte. Ebenso wurde begrüsst, dass sich der Bund verstärkt engagiere, eine Führungsrolle übernehme sowie eine aktive Rolle im Bereich Qualitätssicherung ausübe. Über die Massnahmen zur

Zielerreichung und den Weg dorthin gingen die Meinungen jedoch auseinander. Die zentrale Neuerung, die Schaffung eines Zentrums für Qualität, war umstritten, wie aus dem Vernehmlassungsbericht hervorging. Zwar waren institutionelle Akteure, beispielsweise die GDK, offen für ein solches Zentrum, wichtige Akteure aus dem Gesundheitswesen lehnten eine neue Verwaltungsstelle jedoch ab. Der Spitalverband H+, die Versicherer (santésuisse) oder auch die Ärzteschaft (FMH) zeigten sich skeptisch, sie befürchteten die Schaffung eines bürokratischen Apparats. Von zahlreichen Stellungnehmenden wurden Anpassungen angeregt, so zum Beispiel, bestehende Organisationen in das Zentrum zu integrieren.

Die grundsätzliche Kritik von gewichtigen Akteuren führte jedoch dazu, dass die Regierung entschied, auf ein solches angedachtes Qualitätszentrum zu verzichten. Stattdessen sollte fortan ein „Netzwerk Qualität“ eingesetzt werden, welches Koordinationsaufgaben zwischen bestehenden Akteuren übernehmen soll. Daneben wird auch eine ausserparlamentarische Qualitätskommission eingesetzt. Insbesondere die Anliegen der Patientinnen und Patienten, vertreten durch die Stiftung Patientensicherheit Schweiz, sollen berücksichtigt werden. Die Stiftung soll eine tragende Rolle einnehmen und weiterhin nationale Pilotprogramme betreuen.

Für die Umsetzung des Netzwerks bedarf es einer Änderung des KVG. Die Ausgaben für die Realisierung dieser Projekte im Bereich Qualität wurden auf rund CHF 30 Mio. beziffert und sollen durch die Prämien gedeckt werden (CHF 3.50 pro Person und Jahr; total ca. CHF 22 Mio.). Weitere CHF 10 Mio. sollen über Bundesmittel finanziert werden. Bis Ende 2015 wollte die Regierung einen entsprechenden Gesetzesentwurf vorlegen.⁵

POSTULAT

DATUM: 13.06.2016
MAXIMILIAN SCHUBIGER

Die Forderungen aus dem Postulat Eder (fdp, ZG) **Transparenz für Patienten über die Qualität im Spitalbereich** wurden im Wesentlichen mit der Neubildung einer elektronischen Informationsplattform erfüllt, weswegen das Postulat 2016 abgeschrieben werden konnte. Santéuisse und das Konsumentenforum hatten im November 2015 informiert, dass die Plattform «Spitalfinder» ins Leben gerufen worden sei. Dort können verschiedene Kriterien für die Qualitätsentwicklung in Spitälern eingesehen werden.

Ärzte und Pflegepersonal

GERICHTSVERFAHREN

DATUM: 13.09.2003
MARIANNE BENTELI

Eine weitere Querele – diesmal zwischen dem Branchenverband der Schweizer Spitäler H+ und Santéuisse – betraf den Taxpunktwert (TPW) für **ambulante Leistungen der Spitäler**. Bundesrat und Preisüberwacher hatten im Vorfeld der Verhandlungen die Empfehlung abgegeben, zur Wahrung der angestrebten Kostenneutralität der TarMed-Einführung sollten die TWP die Obergrenze von einem Franken nicht überschreiten. H+ stimmte dem für die öffentlichen Spitäler zu, weshalb Ende Jahr in 16 Kantonen die Verträge abgeschlossen werden konnten, verlangte aber für die nicht subventionierten Privatkliniken TWP, die deutlich darüber lagen. H+ argumentierte, im Mittel würden die TWP der öffentlichen und der privaten Spitäler immer noch knapp unter einem Franken liegen, Santéuisse weigerte sich aber, im Einzelfall über die postulierte Obergrenze hinauszugehen. Als Santéuisse die Verhandlungen für gescheitert erklärte und die Kantone aufforderte, TPW zu verordnen, reichte H+ eine Klage gegen die Versicherer ein, die Ende Jahr noch hängig war. Eine Einigung über die TWP konnte Santéuisse hingegen mit sämtlichen kantonalen Ärztesellschaften erzielen; diese werden für die 18-monatige Einführungsphase von TarMed zwischen 78 Rp. (Wallis) und 98 Rp. (Genf) liegen. (Zu Bedenken des Eidg. Datenschutzbeauftragten gegenüber der Weitergabe von sensiblen Personendaten auf den neuen TarMed-Rechnungsformularen siehe hier)⁶

GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE

DATUM: 20.11.2003
MARIANNE BENTELI

Die stufenweise Einführung der neuen, einheitlichen Tarifstruktur **TarMed** – 1.5.2003 für den Invaliden-, Militär- und Unfallversicherungsbereich und 1.1.2004 für den Krankenversicherungsbereich – verlief harzig und war von Misstönen begleitet. Insbesondere die Vereinigung der invasiv und operativ tätigen Ärzteschaft (FMS) gab ihren grundsätzlichen Widerstand gegen das neue Tarifwerk, welches die intellektuelle Leistung der Ärzte etwas höher, die technischen und operativen Massnahmen dafür etwas tiefer bewertet, nicht auf. Nach einer ersten Weigerung, den TarMed anzuwenden, reichte sie Ende Jahr zwei Klagen ein. Die eine richtet sich gegen die beiden Vertragsparteien FMH und Santéuisse und verlangt eine Neuaushandlung des gesamten TarMed, die andere betrifft die SUVA und fordert einen Anwendungsstopp im Unfallversicherungsbereich.⁷

Medikamente

Im Juni kündigte Santésuisse einseitig den LOA-Vertrag mit den Apothekern per Ende 2003. Dieser Vertrag regelt die Entschädigung der **Apotheken** für die Abgabe von Medikamenten aus der Grundversicherung. Erst Mitte November wurde eine Einigung erzielt, die verhinderte, dass die Patientinnen und Patienten ab Anfang 2004 das Geld für ärztlich verschriebene Medikamente hätten vorstrecken und selber mit den Krankenkassen abrechnen müssen. Für 2005 soll aber ein neuer Vertrag ausgehandelt werden.⁸

1) AB SR, 2001, S. 669 ff. ; AB NR, 2001, S. 1993

2) AB NR, 2002, S. 1135, Presse vom 19.3., 27.4. und 3.7.02; Bund, 18.12.02; NZZ, 22.1.03.; AB NR, 2002; S. 1135

3) Presse vom 3.10. und 5.10.02.; Presse vom 3.10.02. ; Presse vom 4.7. und 31.7.02.

4) BBl, 2002, S. 4365 ff. und 5847 ff. (BR); AB SR, 2001, S. 253 ff., 377 und 554; AB NR, 2002, S. 763 ff., 858 und 1140; AS, 2002, S. 1643 f. ; BBl, 2002, S. 7126 und 7330; Presse vom 10.9. und 18.10.02.

5) Medienmitteilung BAG vom 13.05.2015; Vernehmlassungsbericht BAG vom 13.05.2015; 24H, NZZ, 15.5.15

6) Presse vom 11.7. und 13.12.03; NZZ, 12.8. und 4.9.03; TA, 13.9.03.

7) LT, 9.5., 16.5. und 28.5.03; TA, 15.5.03; NLZ, 17.6.03; BZ, 24.6.03; NZZ, 14.7., 27.8., 6.11. und 20.11.03.

8) Presse vom 1.7. und 14.11.03.