

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>23.04.2024</b>
Thema	<b>Sozialversicherungen</b>
Schlagworte	<b>Keine Einschränkung</b>
Akteure	<b>Curafutura – die innovativen Krankenversicherer</b>
Prozesstypen	<b>Keine Einschränkung</b>
Datum	<b>01.01.1965 – 01.01.2020</b>

# Impressum

## Herausgeber

Année Politique Suisse  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Bern  
Fabrikstrasse 8  
CH-3012 Bern  
[www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss)

## Beiträge von

Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja

## Bevorzugte Zitierweise

Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Curafutura – die innovativen Krankenversicherer, 2015 – 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 23.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeine Chronik</b>	<b>1</b>
<b>Sozialpolitik</b>	<b>1</b>
Sozialversicherungen	1
Krankenversicherung	1

# Abkürzungsverzeichnis

<b>GDK</b>	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>ETH</b>	Eidgenössische Technische Hochschule
<b>SGK-NR</b>	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
<b>OECD</b>	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>KOF</b>	Konjunkturforschungsstelle
<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
<b>SAB</b>	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
<b>KKA</b>	Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften
<b>CLASS</b>	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>DVSP</b>	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
<b>EFAS</b>	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
<b>TARDOC</b>	Ambulanter Einzelleistungstarif für die Abrechnung ärztlicher Leistungen (Ersatz von TARMED)
<b>TARMED</b>	Ambulanter Einzelleistungstarif für die Abrechnung ärztlicher Leistungen
<b>MTK</b>	Medizinertarif-Kommission UVG
<hr/>	
<b>CDS</b>	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
<b>EPF</b>	École polytechnique fédérale
<b>CSSS-CN</b>	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>LAMaI</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>KOF</b>	Centre de recherches conjoncturelles
<b>LAA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
<b>SAB</b>	Groupement suisse pour les régions de montagne
<b>CCM</b>	Conférence des Sociétés Cantionales de Médecine
<b>CLASS</b>	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
<b>FSP</b>	Fédération Suisse des Patientes
<b>EFAS</b>	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
<b>TARDOC</b>	Tarif ambulatoire à la prestation pour le décompte et l'indemnisation des prestations médicales (remplacement de TARMED)
<b>TARMED</b>	Tarif ambulatoire à la prestation pour le décompte et l'indemnisation des prestations médicales
<b>CTM</b>	Commission des tarifs médicaux LAA

# Allgemeine Chronik

## Sozialpolitik

### Sozialversicherungen

#### Krankenversicherung

ANDERES  
DATUM: 05.01.2015  
FLAVIA CARONI

Im Januar 2015 gab das Bundesamt für Gesundheit BAG bekannt, im Zuge seiner Strategie Gesundheit 2020 auch die **Wahlfranchisen** in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung überprüfen zu wollen. Deren ursprünglicher Zweck sei es gewesen, die Versicherten zu einer verantwortungsvollen und zurückhaltenden Inanspruchnahme von Leistungen zu motivieren. Dieses Ziel werde jedoch nur bedingt erreicht, denn die hohen Franchisen würden insbesondere von gesunden Versicherten gewählt, welche keine Leistungen benötigten und damit Prämien sparen können. Dies schwäche möglicherweise die Solidarität in der Krankenversicherung. Gut 1,1 Mio. Versicherte wählten gemäss Statistik des BAG im Jahr 2013 die maximale Franchise von CHF 2'500. Damit entgingen den Krankenversicherern Prämieinnahmen zwischen CHF 800 und 900 Mio. Stimmen aus dem linken Lager sprachen sich für eine allfällige Senkung der Maximalfranchise aus und argumentierten, die dem System entgehenden Prämieinnahmen müssten von Versicherten mit tieferer Franchise kompensiert werden. Es treffe im Übrigen nicht zu, dass die Versicherten sich für Lappalien in ärztliche Behandlung begeben würden. Vertreterinnen und Vertreter bürgerlicher Parteien wehrten sich gegen eine Senkung der Franchisen und schlugen im Gegenteil eine Stärkung des Wahlfranchisensystems vor, etwa mittels mehrjähriger Verträge mit gleichbleibender Franchisenhöhe. Der Krankenversichererverband Curafutura forderte eine Anhebung der Maximalfranchise auf CHF 3'000, Santésuisse eine Anhebung der Mindestfranchise von CHF 300 auf CHF 500.<sup>1</sup>

VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBESCHLUSS  
DATUM: 15.03.2015  
FLAVIA CARONI

Über 10 Milliarden Franken an Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen im ambulanten Bereich in Arztpraxen und Spitälern jährlich an, was 37% der Gesamtkosten entspricht (Stand 2013). Seit dem Jahr 2004 werden die entsprechenden Leistungen mithilfe des **Tarmed** berechnet. Dabei werden ärztlichen Leistungen und dem Einsatz von medizinischem Material eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeschrieben. Die Anzahl Taxpunkte multipliziert mit dem kantonalen Taxpunktwert ergibt die verrechenbaren Preise. Ausgehandelt werden die Taxpunktwerte zwischen den Krankenversicherern und einer Tarifkommission der Unfallversicherung einerseits und der Ärztenverbände FMH und dem Spitalverband H+ andererseits. Kann keine Einigung erzielt werden, wird der Taxpunktwert durch den jeweiligen Regierungsrat festgesetzt. Der Bund hat eine Schiedsrichterrolle. Bereits seit längerer Zeit stand fest, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts, der manche durch Apparate gestützte Leistungen stark vereinfacht hatte, die geltende Tarmed-Struktur veraltet ist. Manche Gruppen von Leistungserbringenden, darunter viele Fachärzte und -ärztinnen, verdienen daher zu viel, andere, insbesondere Kinder- und Hausärzte, zu wenig. Dies trägt zu den hohen Kosten im Zusammenhang mit Spezialärztinnen bei gleichzeitigem Hausärztemangel bei.

Im März 2015 gründeten die FMH, die Medizinaltarifkommission der Unfallversicherung MTK, Curafutura und H+ die „TARMED Suisse AG“, um die sich in Liquidation befindende Tarmed Suisse abzulösen und eine neue Tarifstruktur zu erarbeiten, welche per Anfang 2017 in Kraft treten soll. Damit sollten seit längerer Zeit herrschende Konflikte zwischen den Tarifpartnern gelöst werden. Der grössere der beiden Krankenversichererverbände, Santésuisse, beteiligte sich allerdings nicht an der neuen Firma, da man befürchte, die Tarmed-Revision werde zu einem Kostenschub im Rahmen von CHF 1,5 Mrd. oder fünf Prämienprozenten führen. Dies könne den Versicherten nicht zugemutet werden. Die an der TARMED Suisse AG beteiligten Partner betonten dagegen, die Revision werde kostenneutral ausfallen und Santésuisse sei eingeladen, sich an den Arbeiten zu beteiligen. Auch der Bundesrat betonte im Juni 2015, die Revision müsse dauerhaft kostenneutral ausfallen. Zudem rief Bundesrat Berset den Akteuren in Erinnerung, die Bundesregierung werde lediglich eine einzige und nicht zwei parallele Tarifstrukturen billigen, und hinter der gefundenen Lösung müsse die Mehrheit jeder Branche stehen.<sup>2</sup>

Der Ergebnisbericht zur Anhörung über den Entwurf zur **Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung** erschien im November 2015. Eine Mehrzahl der Kantone, die SP, der Schweizerische Gewerkschaftsbund und mehrere Konsumenten- und Patientinnenschutzorganisationen sprachen sich grundsätzlich für den Entwurf aus, wenn auch teilweise mit Vorbehalten. Wie erwartet lehnten die SVP, die FDP und die CVP den Entwurf in der aktuellen Form ab und forderten, diesen zu überarbeiten und danach erneut in eine Anhörung zu schicken. Diese Haltung teilten auch die Dachverbände der Wirtschaft sowie die Versicherer und ihre Dachverbände. Die Verbände der Leistungserbringenden sprachen sich teils für, teils gegen den Entwurf aus. Die befürwortende Seite wandte vereinzelt ein, der Entwurf gehe zu wenig weit. So beanstandete der SGB, die Aufsicht sei weniger griffig als jene über die Privatversicherungen. Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie die meisten Kantone verlangten dagegen, die Bestimmungen zur Prämien genehmigung zu ändern, sodass sichergestellt ist, dass die kantonalen Prämien sich entsprechend den kantonal anfallenden Kosten entwickeln. Die Gegnerseite kritisierte diverse Punkte, darunter der Widerspruch des Entwurfs zum Aufsichtsgesetz KVAG, wobei sie insbesondere die Pflicht zum Reserveabbau und die Transaktionsaufsicht beanstandeten. Die Regelungsdichte sei zu hoch und die Regelungen unverhältnismässig. Der Mehraufwand werde zu höheren Prämien führen, die Prämienentwicklung werde unetwig werden, den Unterschieden zwischen grossen und kleinen Versicherern werde nicht Rechnung getragen, es komme zu unzulässigen Eingriffen in die Geschäftsführung der Kassen und der Wettbewerb werde ausgehebelt. Am 18. November verabschiedete der Bundesrat die überarbeitete Verordnung. Als Reaktion auf die Kritik in der Anhörung hatte er einige Anpassungen vorgenommen. So fiel die Verpflichtung der Versicherer weg, übermässige Reserven abzubauen. Gemäss einem Bericht des Tagesanzeigers hatte ein Mitglied der SGK-NR angegeben, ohne diese Anpassung hätte Bundesrat Berset die Verordnung nicht durch das Bundesratskollegium gebracht – dafür habe der Druck der Kassen auf die bürgerlichen Bundesratsmitglieder gesorgt. Die SP kritisierte die Druckausübung der Kassenlobby auf die Mitglieder der Nationalratskommission, welche wiederum ihren Einfluss auf den Bundesrat habe geltend gemacht. Mit der vorliegenden Ausführungsverordnung sei das Aufsichtsgesetz Makulatur, so die Sozialdemokraten – die Möglichkeit eines bundesrätlichen Eingriffs bei massiv überhöhten Kassenreserven war eines der ursprünglichen Ziele des Gesetzes gewesen.

Das Bundesgesetz zur Aufsicht über die soziale Krankenversicherung und die dazugehörige Ausführungsverordnung traten wie geplant am 1. Januar 2016 in Kraft.<sup>3</sup>

Im Winter und Frühling 2016 gingen die Arbeiten für eine **Reform des Tarmed** weiter und ein baldiger Abschluss wurde angestrebt – das Resultat musste dem Bundesrat bis Ende Juni zur Prüfung vorgelegt werden. Ansonsten werde dieser seine subsidiäre Kompetenz nutzen und selbst in den Tarmed eingreifen, hiess es von Seiten des BAG. Dies wollten die Tarifpartner unbedingt verhindern. Dennoch zeichnete sich ab, dass eine Einigung schwierig werden würde. Nachdem die Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere im vom Tarmed geregelten ambulanten Bereich im Jahr 2015 erneut stark angestiegen waren und ein Eingriff des Bundesrates aus dem Jahr 2014 nicht die erwünschte Wirkung gezeigt hatte, erschien die Revision eigentlich dringender denn je. Dennoch beteiligte sich der grössere der beiden Krankenversichererverbände, Santésuisse, nach wie vor nicht an den Verhandlungen, und bei den Leistungserbringern eröffnete sich eine Kluft zwischen einer die Spezialärztinnen und Spezialärzte umfassenden Tarifunion und der FMH. Auch die FMH zeigte sich jedoch aufgrund innerer Konfliktlinien kritisch – der neue Tarif würde unter ihren Mitgliedern zwingend Gewinnerinnen und Verliererinnen schaffen. Die Santésuisse warnte weiterhin, die angedachte Lösung werde zu einem spürbaren Kostenschub führen, da nicht nur umverteilt, sondern auch der Kuchen vergrössert werde. Stattdessen müssten die teils überhöhten Tarife auf ein betriebswirtschaftlich sinnvolles Niveau gesenkt werden.

Anfang April wurde die erarbeitete Lösung vorgelegt und die Branchenverbände waren aufgerufen, sich dazu zu äussern. Die FMH sprach sich bereits kurz darauf anlässlich zweier Delegiertenversammlungen mehrheitlich für die neue Tarifstruktur aus, brachte aber einen Vorbehalt bei der Normierungsvereinbarung an, welche dafür sorgen soll, dass durch die Reform trotz Ausbau der Tarif-Positionen keine Zusatzkosten entstehen. Die Forderung nach Verzicht auf den Normierungsfaktor, welcher alle Positionen um den gleichen Anteil kürzt und so die Kosten auf dem bisherigen Niveau hält, stiess bei Curafutura prompt auf vehemente Ablehnung. Die jährlich vier Milliarden Franken Mehrkosten, die dadurch entstehen würden, wurden als inakzeptabel und keinesfalls tragbar angesehen. Der Spitalverband H+ stellte sich Ende Mai als einziger voll hinter

den neuen Tarmed und akzeptierte auch die vorgesehene Normierung. Die Vereinbarung könne in ihrer aktuellen Form dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden. Nachdem Anfang Juni jedoch die Urabstimmung der FMH im Widerspruch zum vorherigen Entscheid der Delegierten eine knappe Ablehnung des Tarifs und eine überaus deutliche Ablehnung der Normierungsvereinbarung und damit der Kostenneutralität ergeben hatte, war klar, dass die Tarmed-Revision gescheitert war. Die nicht an den gemeinsamen Arbeiten beteiligte Santésuisse legte kurz darauf ihren eigenen Vorschlag vor, der auch für den ambulanten Bereich ein stärker an Fallpauschalen angelegtes System vorsieht.

Mitte Juni gab Bundesrat Berset in einem Interview in der Sonntagspresse bekannt, den Tarifpartnern eine Nachfrist einzuräumen, erklärte aber gleichzeitig, er schätze die Chancen für einen breit unterstützten Kompromiss als gering ein und der Bundesrat sei zu einem Eingriff in das Tarifsysteem bereit. Entsprechende Arbeit würden bereits während des Laufens der Nachfrist begonnen. Nachdem auch Curafutura dem vorliegenden Vorschlag eine Absage erteilt hatte, standen nur noch die Spitäler dahinter. Wie erwartet lief die ursprüngliche Frist damit Ende Juni ungenutzt ab: Beim Bundesrat wurde kein gemeinsamer Vorschlag zur Revision des Tarmed eingereicht.

In der Zwischenzeit hatte die Kommission für Gesundheit und soziale Sicherheit des Nationalrats drei gleichlautenden parlamentarischen Initiativen Folge gegeben, die dem Bundesrat und den Kantonsregierungen die Kompetenz zum Eingriff in die Tarifstrukturen und Preise entziehen wollen.<sup>4</sup>

**VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBECHLUS**  
DATUM: 01.07.2016  
FLAVIA CARONI

Ende Juni 2016 war die Frist zur Einreichung eines gemeinsamen Vorschlags der Tarifpartner für eine **Revision des Tarmed** beim Bundesrat abgelaufen. Die grundlegende Uneinigkeit zwischen dem Krankenversichererverband Curafutura und der Ärzteschaft darüber, ob die Revision kostenneutral ausfallen, eine Einnahmeerhöhung für die Hausärztinnen also durch Einsparungen bei den Spezialärzten kompensiert werden soll, hatte nicht überwunden werden können. Dies obwohl der Bundesrat klar vorgegeben hatte, dass die Revision nicht zu zusätzlichen Kosten führen darf und obwohl alle Tarifpartner ein subsidiäres Eingreifen des Bundesrates unbedingt vermeiden wollten. Die FMH hielt dagegen, der von ihr mit-erarbeitete nicht kostenneutrale Tarif sei sachgerecht und betriebswirtschaftlich, wie es der Auftrag gewesen war. Das BAG räumte den Tarifpartnern eine Nachfrist von vier Monaten für das Finden einer Konsenslösung ein, wie es in einer Medienmitteilung vom 1. Juli 2016 bekanntgab. Darin mahnte es erneut, durch die Revision dürfe keine Kostensteigerung entstehen. Die Beteiligten wurden aufgefordert, für den Fall, dass auch in der Nachfrist keine gemeinsame Lösung zustande kommt, zumindest Vorschläge zur punktuellen Anpassung der Tarife bei überbewerteten Leistungen einzureichen. Die eingeräumte Frist von vier Monaten bis Ende Oktober wurde allgemein als sehr kurz aufgefasst. Die FMH begann die Arbeit an einem neuen Vorschlag und setzte sich zum Ziel, diesen bis im Frühling 2017 vorlegen zu können. Dieses Mal sollte zuerst ein interner Konsens zwischen den verschiedenen Fachgesellschaften gefunden werden, um ein erneutes Scheitern zu verhindern. Dafür erhielt der Verband ein Verhandlungsmandat seiner Delegierten. Zwischenzeitlich wurde es somit ruhiger um den Tarmed.<sup>5</sup>

**PARLAMENTARISCHE INITIATIVE**  
DATUM: 07.04.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Im April 2017 beriet die SGK-NR einen Vorentwurf zur Umsetzung der parlamentarischen Initiative Borer (svp, SO) (übernommen von Brand (svp, GR)) zur **Stärkung der Selbstverantwortung im KVG**, gemäss welchem eine Wahlfranchise während dreier Jahre nicht gewechselt werden kann. Dadurch sollen kurzfristige Wechsel zur Grundfranchise bei bekannten anstehenden medizinischen Eingriffen verhindert und die Administrationskosten gesenkt werden. Ein Krankenkassenwechsel der Versicherer wäre unter Beibehaltung der Franchise weiterhin möglich. Die Kommission stimmte dem Vorentwurf mit 17 zu 6 Stimmen zu, eine Minderheit lehnte ihn ab, da dadurch Personen mit chronischen Erkrankungen schlechtergestellt würden. Zudem könnten den Versicherten so durch gesundheitliche oder finanzielle Schwierigkeiten grosse Probleme entstehen.

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die

Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

Elf Kantone (AR, BE, FR, GE, GL, NE, OW, SO, TG, TI, VD), die SP, die Grünen sowie zahlreiche Wirtschaftsverbände, Leistungserbringer, Versicherer, Konsumentenvertreter und andere Interessierte lehnten den Entwurf ab. Entweder bezweifelten sie die positive Wirkung der Vorlage auf die Selbstverantwortung der Versicherten, auf die Kosten oder auf den Aufwand für die Versicherer oder sie kritisierten die Einschränkungen der Wahlfreiheit der Versicherten und deren bereits sehr hohe Selbstbeteiligung.

Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.<sup>6</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 05.07.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Die Schweiz verfügt über eine der höchsten Dichten an praktizierenden Ärztinnen und Ärzten in der OECD. Zur Beschränkung der Ärztezahl hatte das Parlament 2000 eine zeitlich begrenzte Bedürfnisklausel eingeführt und diese bis 2011 dreimal verlängert. Aufgrund der grossen Zahl an Praxiseröffnungen nach dem Auslaufen der Bedürfnisklausel schränkte das Parlament die Zulassung von Leistungserbringenden 2013 in einem dringlichen Bundesgesetz erneut ein. Nachdem der Nationalrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs in der Schlussabstimmung abgelehnt hatte, musste die Zulassungsbeschränkung 2016 erneut verlängert werden. Gleichzeitig beauftragte das Parlament den Bundesrat, einen neuen Vorschlag zur **Zulassung der Leistungserbringenden** in die Vernehmlassung zu schicken. Diesen Vorschlag basierte der Bundesrat auf den Bericht zur Erfüllung eines Postulats der SGK-SR.

Der Bundesrat schlägt dabei Massnahmen auf drei Interventionsebenen vor. Eine erste Ebene dient der Sicherung der Qualifikation der Leistungserbringenden; dabei sollen Anforderungen an Aus- und Weiterbildung, an das Erlangen von Diplomen sowie an die Anerkennung ausländischer Diplome formuliert werden. Auf einer zweiten Ebene sollen die Anforderungen an die Leistungserbringenden durch ein formales Zulassungsverfahren mit allfälliger Wartefrist von zwei Jahren, durch einen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung sowie durch die Knüpfung der Tätigkeit zu Lasten der OKP an Auflagen erhöht werden. Die Versicherer sollen eine Organisation schaffen, welche über die Zulassungsgesuche entscheidet. Die dritte Interventionsebene beschreibt Massnahmen, die es den Kantonen erlauben, das Versorgungsangebot nach Bedarf zu regeln. Dazu gehören Höchstzahlen an zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zulassungseinschränkungen in Bereichen mit massivem Kostenanstieg.

An der **Vernehmlassung**, die vom 5. Juli 2017 bis zum 25. Oktober 2017 stattfand, beteiligten sich 91 Organisationen. Mehrheitlich einig war man sich über die Notwendigkeit der Zulassungssteuerung, die einzelnen Massnahmen der Vorlage stiessen jedoch auf unterschiedlich grossen Anklang. Klar für die Vorlage sprachen sich die SP, die GDK und CLASS, alle Kantone (ausser AG, GR, JU, LU und TG), die Konsumentenverbände, der Patientenverband DVSP sowie die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Berggebiete (SAB) aus. Die SVP und FDP, die meisten Dachverbände der Wirtschaft, die Versichererverbände, die Konferenz der kantonalen Ärztegesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztegesellschaften lehnten die Vorlage deutlich ab. Gespalten zeigten sich die Verbände der Leistungserbringenden: Einige befürworteten den bundesrätlichen Vorschlag, die meisten sprachen sich allerdings dagegen aus oder kritisierten ihn zumindest stark.

Viel Kritik gab es für den Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen. Dies wurde als erster Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gewertet. Stattdessen solle die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden, argumentierten zahlreiche Akteure. Mehrfach wurde zudem eine Verschärfung der Zulassungskriterien gefordert. Unter anderem sollen Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre an



schweizerischen Bildungsstätten gearbeitet haben müssen und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, bevor sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. CVP, FDP und SVP schlugen zudem vor, die Zulassungsbeschränkungen mittelfristig mit einer einheitlichen Leistungsfinanzierung zu verknüpfen.<sup>7</sup>

**VERORDNUNG / EINFACHER  
BUNDESBESCHLUSS**  
DATUM: 18.10.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2017 gab der Bundesrat bekannt, dass er von seiner subsidiären Kompetenz Gebrauch machen und die Einzelleistungstarifstruktur **Tarmed** anpassen werde. Dies war nach 2014 zum zweiten Mal nötig geworden, weil sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf einen gemeinsamen Tarif hatten einigen können und somit für das Jahr 2018 keine Tarifstruktur mehr vorgelegen hätte. Die Änderungen der Verordnung zum **Tarmed** sahen vor, die „Vergütungen der verschiedenen Leistungen in angemessene Relation zu stellen“. Dazu sollten einerseits die Leistungsvergütungen bestimmter Tarifpositionen geändert werden. Zum Beispiel soll für alle Leistungen ein einheitlicher Dignitätsfaktor bestimmt werden. Die Weiterbildungsdauer der Fachärzte soll folglich nicht mehr in die Tarife einfließen, so dass alle ärztlichen Leistungen einheitlich abgerechnet werden. Andererseits werden die Abrechnungsregeln einzelner Tarifpositionen geändert, was unter anderem zu mehr Abrechnungstransparenz und reduzierten Beträgen bei der Verrechnung von Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten führen soll. Zudem werden die Tarife derjenigen Leistungen gesenkt, deren Dauer durch technische oder medizinische Fortschritte reduziert worden ist. Einzelne dieser Massnahmen hatte der Bundesrat entsprechend den Rückmeldungen aus der Vernehmlassung angepasst, so dass er nun mit jährlichen Einsparungen von CHF 470 Mio. (anstelle der ursprünglich erwarteten CHF 700 Mio.) rechnete. Diese Korrekturen betrafen vor allem die vulnerabelsten Patienten, also Kinder, Betagte und psychisch Kranke, deren Grundkonsultation unter anderem weiterhin länger dauern darf als bei den übrigen Patienten.

Die betroffenen Akteure reagierten unterschiedlich auf die Revision. Der Kassenverband Curafutura lobte die Revision und erwartete deutliche Einsparungen bei den Prämien; Santésuisse hingegen bezweifelte, dass die durch die Revision möglichen finanziellen Reduktionen tatsächlich die von Bundesrat Berset angegebene Höhe erreichen würden. Negative Reaktionen kamen vor allem von den Leistungserbringern: Der Ärzteverband FMH sorgte sich aufgrund der Revision wie bereits in der Vernehmlassung vor möglichen Verschiebungen vom ambulanten in den stationären Bereich. Für die Ärzte bedeute dies zudem eine Reduktion ihrer Vergütungen um durchschnittlich 10 Prozent, vereinzelt könne es gar zu Reduktionen bis 30 Prozent kommen. Dies veranlasste die Presse zu Spekulationen, ob die Revision den Anreiz der Ärzteschaft gesteigert habe, ihre eigene Tarifrevision Tarco voranzutreiben. Deren Erarbeitung hatte sich zuvor als schwierig erwiesen, weil höhere Ansätze bei den einen Ärzten aufgrund der nötigen Kostenneutralität zu finanziellen Einbussen für andere Ärzte führen würden. Der Spitalverband H+ betonte schliesslich, dass die Anpassung des **Tarmed** die Situation der Spitäler weiter verschlechtern werde. Aufgrund dieser unterschiedlichen Rückmeldungen waren sich die Medien nicht einig, ob die Revision eine gute oder schlechte Nachricht für die Patienten sei. Zwar setze der Bundesrat damit ein Zeichen gegen die ständig wachsenden Prämien, jedoch seien Einsparungen von einer halben Milliarde pro Jahr bei jährlichen Gesundheitskosten von etwa CHF 70 Mrd. eher ein Tropfen auf den heissen Stein.<sup>8</sup>

**GESELLSCHAFTLICHE DEBATTE**  
DATUM: 01.01.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Wie bereits im Vorjahr hörte man auch im Jahr 2017 viele Stimmen, die sich ob dem **Prämienanstieg fürs Jahr 2018** besorgt zeigten. Unter anderem prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich im Juni 2017 einen Anstieg der Gesundheitskosten auf über CHF 10'000 pro Person und Jahr. Nach der Ankündigung eines Eingriffs des Bundesrats bei **Tarmed** verbesserten sich im August 2017 jedoch die Prognosen. Durch die Änderungen im **Tarmed** könne man CHF 470 Mio. pro Jahr einsparen, erklärte Gesundheitsminister Berset. Da Letzterer zudem die Krankenversicherer anhielt, diese Einsparungen bereits in den Prämien fürs Jahr 2018 zu berücksichtigen, ging man davon aus, dass diese um 1.5 Prozent weniger stark steigen würden als ohne den Eingriff. Der Krankenkassenverband Curafutura rechnete entsprechend mit einem Prämienanstieg zwischen 2.5 und 3.5 Prozent anstelle von 4 bis 5 Prozent. Anders sah dies der Krankenkassenverband Santésuisse. In einem Brief an den Gesamtbundesrat nannte er das Vorgehen des BAG «gefährlich»; es sei unklar, ob es wirklich zu Einsparungen in dieser Höhe kommen würde. Denn beim ersten **Tarmed**-Eingriff des Bundesrats 2014 hätten die Leistungserbringer die Kürzungen durch Mengenausweitung oder Verrechnung auf andere Positionen kompensiert. Zudem gebe

es keine gesetzliche Grundlage dafür, allfällige zukünftige Kosteneinsparungen bei der Prämienberechnung zu berücksichtigen. Insgesamt befürchtete Santésuisse, dass die Prämien 2018 zu niedrig festgelegt würden und es so 2019 zu einem starken Prämienanstieg kommen würde. Dann müssten einige Versicherte aufgrund der Neueinteilung der Prämienregionen sowie wegen tieferer Rabatte bei der höchsten Franchise mit einem Prämienanstieg von bis zu 20 Prozent rechnen.

Kurz vor Bekanntgabe der Prämien für das nächste Jahr präsentierte Santésuisse überdies die Kosten der OKP. Diese betragen fürs Jahr 2016 CHF 31.7 Mrd. und waren um 3.8 Prozent angestiegen, was wie im Vorjahr vor allem auf das Kostenwachstum im spitalambulanten Bereich (8%) und bei den Medikamentenpreisen zurückzuführen war.

Ende September verkündete Bundesrat Berset schliesslich, dass die Prämien für die Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung durchschnittlich um 4 Prozent und damit unterdurchschnittlich (4.6%) stark steigen würden. Grosse Unterschiede zeigten sich insbesondere zwischen den Sprachregionen: In der Romandie stiegen die Prämien deutlich stärker als in der Deutschschweiz, die höchsten Zunahmen waren denn auch in französisch- oder zweisprachigen Kantonen festzustellen (Waadt: 6.4%, Wallis: 5.9%, Genf: 5.4%, Neuenburg: 5.4%). Deutliche Worte fand diesbezüglich vor allem der Waadtländer Gesundheitsdirektor Pierre-Yves Maillard (VD, sp), der die Schuld am Anstieg der Gesundheitskosten bei der Bundespolitik sah. Insbesondere die neue Spitalfinanzierung mit Einführung von Fallpauschalen und freier Spitalwahl, aber auch die Aufhebung des Zulassungsstopps hätten katastrophale Auswirkungen auf die Gesundheitskosten gehabt.

Neben den regionalen Unterschieden sorgten vor allem auch die steigenden Kosten für Familien für Schlagzeilen. So wuchsen die Prämien für Kinder erneut besonders stark – um durchschnittlich 5 Prozent –, diejenigen für junge Erwachsene um 4.4 Prozent.<sup>9</sup>

**BERICHT**  
DATUM: 14.09.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2018 veröffentlichte der Bundesrat seinen **Bericht** in Erfüllung des Postulats Darbellay (cvp, VS) zu den **Kriterien für die Repräsentativität bei der Unterzeichnung von Tarifverträgen**. Die Frage nach der Repräsentativität sei nur für die gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen relevant, befand der Bundesrat im Bericht und beschränkte seine Analyse folglich auf die Einzelleistungstarifstrukturen sowie auf die Strukturen für die pauschale Vergütung der stationären Behandlung. Das Kriterium der Repräsentativität sei gesetzlich nicht verankert, ergebe sich aber aus der Einheitlichkeit der Tarifstruktur, erklärte der Bundesrat. Der Abschluss eines Tarifvertrags bedürfe grundsätzlich keiner Mindestkriterien, er solle sich aber auf einen breiten Konsens stützen. Die Revision einer Tarifstruktur müsse jedoch in einem Tarifvertrag erfolgen, der von allen «massgeblichen Tarifpartnern» unterzeichnet werden müsse. Die Frage, ob eine Mehrheit der Tarifpartner zustimmen müsse oder ob es ausreichend sei, wenn die übrigen Tarifpartner zumindest angehört würden, werde überdies in den Gutachten von Dr. iur. Markus Moser, eingeholt durch das BAG, und Prof. Dr. Bernhard Rütsche, beauftragt von Curafutura, uneinheitlich beantwortet. Folglich entschied der Bundesrat, zukünftig das Kriterium der Repräsentativität dadurch in Betracht zu ziehen, dass er von einer Minderheit der Tarifpartner vorgelegte Verträge prüfe und bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen die Tarifstruktur per Verordnung als gesamtschweizerisch einheitlich festlege.

Nach Vorliegen des Berichts stimmte der Nationalrat der vom Bundesrat beantragten Abschreibung des Postulats in der Sommersession 2019 stillschweigend zu.<sup>10</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 14.12.2018  
ANJA HEIDELBERGER

An der **Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** zwischen September und Dezember 2018 beteiligten sich 150 Einheiten und Organisationen, darunter alle Kantone, die sieben grossen nationalen Parteien, der Städte- und der Gemeindeverband, Dachverbände der Wirtschaft, Konsumenten-, Patienten-, Leistungserbringenden- sowie Versichererverbände. Entsprechend breit war trotz Lobes für die Bemühungen des Bundesrates zur Kostensenkung auch die Kritik an dem neuen Projekt. Insbesondere wurde vor Wechselwirkungen mit anderen Revisionen, vor Finanzierungs- oder Versorgungsproblemen sowie vor einer verstärkten Bürokratisierung oder staatlichen Steuerung gewarnt, wie das BAG in seinem Ergebnisbericht erklärte.<sup>11</sup>

**MOTION**  
DATUM: 14.03.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Die SGK-NR befürwortete zwar eine **Einschränkung der Vermittlerprovisionen in der OKP**, wie sie die ständerätliche Schwesterkommission vorgeschlagen hatte, beantragte aber mit 16 zu 8 Stimmen, diese nicht nur auf die OKP zu beschränken, sondern auch die Krankenzusatzversicherungen miteinzubeziehen. Da sich Grund- und Zusatzversicherung in der Praxis nicht trennen liessen, blieben ansonsten Umgehungsmöglichkeiten bestehen. Eine Ausdehnung auf die Zusatzversicherungen sei von den Krankenversichererverbänden, darunter auch Curafutura und Santésuisse, ausdrücklich gefordert worden, betonte Bea Heim (sp, SO) im Rahmen der Nationalratsdebatte in der Frühjahrsession 2019.

Dieser Mehrheitsmeinung standen zwei Anträge entgegen: Eine Minderheit Nantermod (fdp, VS) befürwortete zwar eine Einschränkung der Vermittlerprovisionen in der OKP, lehnte aber eine Regulierung bei den Krankenzusatzversicherungen ab. Da Gewinne dort erlaubt seien und diese in einem Marktumfeld agierten, würde eine Regulierung der Provisionen bei diesen zu weit gehen. Im Rat ergänzte Minderheitssprecher Nantermod seine Position noch um ein weiteres Argument: Wenn der Nationalrat die Motion abändere, müsse der Ständerat in der nächsten Runde entscheiden, ob er diese Änderung annehmen oder das ganze Projekt ablehnen wolle, erklärte Nantermod. Dies sei zu gefährlich, weshalb man die Motion in ihrer ursprünglichen Form annehmen solle. Eine Ablehnung der Motion in beiden Formen befürwortete Thomas Aeschi (svp, ZG). Mit 103 zu 78 Stimmen (bei 1 Enthaltung) respektive 152 zu 30 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) entschied sich der Rat gegen den Minderheitsantrag Nantermod respektive den Antrag Aeschi und für den Mehrheitsantrag der Kommission. Abgeändert gelangte die Motion somit zurück an den Ständerat.<sup>12</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 12.07.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im Juli 2019 gab eine Minderheit der Tarifpartner – FMH und Curafutura – bekannt, dem Bundesrat einen Vorschlag für eine **neue Tarifstruktur, TARDOC**, als Nachfolgerin von TARMED **zur Genehmigung einzureichen**. TARDOC war zuvor von der ats-tms AG, der gemeinsamen Tariforganisation von FMH, Curafutura und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) während über drei Jahren erarbeitet worden. Eine Revision von TARMED sei überfällig, da dieser veraltet sei, begründeten die Tarifpartner die Revision in ihrer Medienmitteilung. Dabei habe man die Kostenmodelle «dem heutigen Stand der Medizin, der Medizinaltechnik und dem heutigen Personalaufwand angepasst», die Behandlungsdauer der einzelnen Leistungen aktualisiert sowie Leistungen des nichtärztlichen Personals aufgenommen. Schliesslich sei die Tarifstruktur vereinfacht und der Leistungskatalog von 4600 auf 2700 Positionen gekürzt worden. Nicht einig wurden sich FMH und Curafutura einzig bei den Taxpunkten, zu denen sie zwei unterschiedliche Varianten einreichten.<sup>13</sup>

**BUNDESRATSGESCHÄFT**  
DATUM: 11.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp, SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig

aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP.

Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.<sup>14</sup>

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE  
DATUM: 26.09.2019  
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2019 behandelte der Nationalrat als **Erstrat** den Vorschlag der SGK-NR für eine **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen**. Eine Kommissionsminderheit Gysi (sp, SG) hatte dem Rat Nichteintreten beantragt. Barbara Gysi betonte, dass die SP-Fraktion zwar eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen befürworte, aber diese Vorlage ablehne, da darin die «Meinung der Kantone in grossen Zügen missachtet» worden sei. Den Kantonen käme nur noch die Rolle der Zahlstelle zu, die Relevanz der Spitalisten würde stark reduziert. Überdies würde die Vorlage zu einer Besserstellung der Privatspitäler und Zusatzversicherten zulasten der OKP führen, kritisierte Gysi. Aufgrund der zahlreichen Mitglieder in der Subkommission, die Mandate bei Krankenversicherungen oder Krankenkassenverbänden hätten, und aufgrund der «getreuen» Umsetzung der Vorschläge von Curafutura begünstige die Vorlage die Interessen der Krankenversicherungen. «Diese Vorlage stammt klar aus der Feder von Curafutura», fasste sie ihre Kritik zusammen. Ein Nichteintreten würde dem Bundesrat zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

Ruth Humbel (cvp, AG) betonte als Kommissionssprecherin, dass es den Krankenversicherungen nicht verboten sei, fachliche Inputs zu geben. Zudem seien die Privatspitäler ein «Nebenschauplatz». In erster Linie stärke die Vorlage die Steuerungsmöglichkeit der Kantone, indem sie neu den ambulanten und stationären Bereich planen könnten, einen Einsitz in Tarmed oder Tardoc erhielten und weiterhin die Tarife genehmigten oder erliessen, wenn sich die Tarifpartner nicht einigten. Mit 136 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Nationalrat in der Folge für Eintreten aus. Die ablehnenden Stimmen stammten aus der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von MCG-Mitglied Roger Golay (mcg, GE).

In der Detailberatung diskutierte der Nationalrat verschiedene technische Fragen, die jedoch, so die Auffassung der meisten Rednerinnen und Redner, hochpolitisch waren. So beriet die grosse Kammer die Berechnung der Kantonsbeiträge, bei der zwei Fragen umstritten waren: Soll erstens der Abzug der Risikoabgaben risikobasiert oder kostenbasiert erfolgen und sollen zweitens die Kostenbeteiligungen der Versicherten abgezogen werden, bevor die Kantonsbeiträge berechnet werden. Bei ersterer Frage sprach sich eine Kommissionsminderheit Nantermod (fdp, VS) für das risikobasierte Pauschalmodell aus. Dieses habe den Vorteil, dass nur die Risikokompensation und nicht die variablen Verwaltungskosten der Versicherungen berücksichtigt würden, erklärte Regine Sauter (fdp, ZH) für die Kommissionsminderheit. Dadurch würden die Anreize zur Kosteneffizienz erhöht. Hingegen argumentierte Heinz Brand (svp, GR), dass es hier um Steuergelder der Kantone gehe und diese der Kostenwahrheit entsprechen müssten. Somit könne man diese nicht «aufgrund irgendwelcher mathematischer Berechnungen» verteilen. Mit 111 zu 78 Stimmen sprach sich der Nationalrat für den Mehrheitsantrag der SGK-NR und somit für das kostenbasierte Modell aus: Eine Allianz aus SP-, Grünen- und SVP-Fraktion setzte sich diesbezüglich gegen die geschlossen

stimmenden übrigen Fraktionen durch.

Eine weitere Minderheit Nantermod setzte sich dafür ein, dass die Kostenbeteiligungen der Versicherten, also zum Beispiel die Franchisen, ebenfalls in die Berechnung des Kantonsanteils einfließen sollten. Nur dadurch würden Personen mit hohen Franchisen gleich behandelt wie Personen mit tiefen Franchisen. Mit dieser Berechnungsart müssten die Kantone den Versicherungen aber auch Geld für Kosten überweisen, die nicht von ihnen, sondern von den Versicherten bezahlt worden seien, kritisierte Gesundheitsminister Berset. Rechtlich sei es gemäss dem Bundesamt für Justiz zudem problematisch, wenn der Bund die Kantone zwingt, Kosten zu übernehmen, die nicht unter die OKP fielen, erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Weiter könne es nicht sein, dass die Eigenverantwortung, die den höheren Franchisen zugrunde liege, «an die Kantone delegiert werde». Mit 148 zu 33 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) respektive 141 zu 46 Stimmen (bei keiner Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Antrag des Bundesrates und die Berechnung der Kantonsbeiträge nach Abzug der Franchisen aus. Für die Minderheit hatten sich vor allem Teile der SVP- und der FDP.Liberalen-Fraktionen eingesetzt. Gleichzeitig entschied sich der Rat auch, den von den Kantonen übernommenen Mindestanteil von 22.6 Prozent auf 25.5 Prozent zu erhöhen, wie es der Bundesrat beantragt hatte.

Wie sich bereits in der Eintretensdebatte angekündigt hatte, war die Frage der Vergütungen an die Vertragsspitäler in der Detailberatung besonders umstritten. Diese liegt heute bei 45 Prozent, neu soll sie jedoch auf 74.5 Prozent erhöht werden. Dadurch würden Privatspitäler, die sich nicht an der Ausbildung oder am Grundversorgungsauftrag beteiligten, die besonders lukrative Fälle der übrigen Spitäler abwerben würden und deren Gewinne auf den Konten von ausländischen Investoren landeten, noch stärker aus der OKP abgegolten werden als bisher, kritisierte Barbara Gysi. Dadurch käme es zu einem Anstieg der Prämien der Grundversicherten, zu einer Mengenausweitung durch die Privatspitäler – bereits jetzt würden halbprivat oder privat versicherte Personen zum Beispiel 2.2-mal häufiger am Knie operiert als Grundversicherte – sowie zu einem Anstieg der Anzahl Privatspitäler. Schliesslich unterliefe dies auch die Spitalplanung der Kantone. Letzteren Punkt betonte auch Bundesrat Berset. Kommissionssprecherin Humbel entgegnete hingegen, dass Privatkliniken nicht per se teurer seien als öffentliche Spitäler und es überdies nur zehn davon gebe. Heute würden 45 Prozent der stationären Kosten der Vertragsspitäler durch die Kantone sowie 100 Prozent der ambulanten Leistungen durch die Versicherungen vergütet; mit einem Anteil von 74.5 Prozent wäre der Unterschied zu heute somit vernachlässigbar. Die grosse Kammer sprach sich in der Folge mit 132 zu 56 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) deutlich für den Antrag der Kommissionsmehrheit und die höhere Vergütung für die Vertragsspitäler aus.

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.<sup>15</sup>

---

1) Faktenblatt Weniger Franchisestufen; LT, TG, 5.1.15; AZ, 2.3.15; NZZ, 22.4.15

2) AZ, 23.3.15; NZZ, 27.3.15; TG, 28.8.15

3) Ergebnisbericht der Anhörung; Medienmitteilung Bundesrat vom 18.11.2015; TA, 14.11.15; NZZ, 19.11.15

4) AZ, 4.2.16; SO, 20.3.16; AZ, 21.4., 29.4.16; AZ, NZZ, SGT, 30.4.16; BZ, 24.5.16; AZ, BZ, NZZ, 10.6.16; NZZ, TA, 11.6.16; SoZ, 19.6.16; BZ, NZZ, 24.6.16

5) Medienmitteilung BAG vom 01.07.16; AZ, BZ, 24.6.16; BZ, 2.7.16; NZZ, 13.8., 8.9.16

6) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17

7) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18

8) Ergebnisbericht Vernehmlassung BAG; Medienmitteilung BAG vom 16.8.17; AZ, BZ, Cdt, LT, LZ, Lib, NZZ, TA, 17.8.17; AZ, LT, 19.8.17; NZZ, 19.10.17; SGT, 21.10.17

9) Medienmitteilung BAG vom 28.9.17; Prämienübersicht 2018; LT, TG, 21.3.17; So-Bli, 21.5.17; AZ, 14.6.17; NZZ, 13.7.17; LMD, 18.7.17; LZ, 12.8.17; SGT, TA, 17.8.17; NZZ, 9.9.17; Lib, 20.9.17; LMD, 21.9.17; AZ, 23.9.17; Blick, Cdt, NZZ, TA, 27.9.17; BZ, BaZ, LMD, LT, NZZ, TG, 28.9.17; AZ, Blick, LMD, LT, LZ, Lib, NZZ, QJ, TA, 29.9.17; 24H, LT, LZ, 30.9.17

10) Bericht BR vom 14.9.18; Moser (2017). Stellungnahme zu Fragen des Tarifrechts; Rüttsche (2018). Genehmigung und Festsetzung von Tarifstrukturen für Einzelleistungstarife.

11) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung

12) AB NR, 2019, S. 345 ff.; Bericht SGK-NR vom 15.2.19

13) Medienmitteilung ats-tms vom 12.7.19

14) AB NR, 2019, S. 1432 ff.

15) AB NR, 2019, S. 1876 ff.; AZ, 4.4.19; LT, TA, TG, 9.8.19; SGT, 15.8.19; BaZ, 21.9.19; NZZ, 26.9.19; Lib, TA, TG, 27.9.19