

Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

| | |
|--------------|--|
| Suchabfrage | 23.04.2024 |
| Thema | Sozialversicherungen |
| Schlagworte | Krankenversicherung |
| Akteure | Carobbio Guscetti, Marina (sp/ps, TI) SR/CE |
| Prozesstypen | Keine Einschränkung |
| Datum | 01.01.1965 - 01.01.2024 |

Impressum

Herausgeber

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

Beiträge von

Heidelberger, Anja

Bevorzugte Zitierweise

Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Krankenversicherung, 2020 - 2022*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. www.anneepolitique.swiss, abgerufen am 23.04.2024.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---------------------------|----------|
| Allgemeine Chronik | 1 |
| Sozialpolitik | 1 |
| Sozialversicherungen | 1 |
| Krankenversicherung | 1 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------|--|
| SGK-SR | Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| VAG | Versicherungsaufsichtsgesetz |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherungen |
| FDK | Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren |
| OKP | Obligatorische Krankenpflegeversicherung |
| IPV | Individuelle Prämienverbilligung |
| KVAG | Krankenversicherungsaufsichtsgesetz |
| EFAS | Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen |
| WEKO | Wettbewerbskommission |
| KVAV | Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung |
| GE KVG | Gemeinsame Einrichtung KVG |
| WZW | Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit |

| | |
|-----------------|--|
| 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 |
| OFSP | Office fédéral de la santé publique |
| LSA | Loi sur la surveillance des assurances |
| LAMal | Loi fédérale sur l'assurance-maladie |
| CDF | Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances |
| AOS | Assurance obligatoire des soins |
| RIP | Réduction individuelle de primes |
| LSAMal | Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie |
| EFAS | Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire |
| COMCO | Commission de la concurrence |
| OSAMal | Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale |
| IC LAMal | Institution commune LAMal |
| EAE | Efficacité, Adéquation et Économicité |

Allgemeine Chronik

Sozialpolitik

Sozialversicherungen

Krankenversicherung

MOTION
DATUM: 10.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

Einstimmig beantragte die SGK-SR die Motion Humbel (cvp, AG) zur **Abbildung der Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung im KVG** zur Annahme. Sie habe mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass dieser Aspekt ins zweite Kostendämpfungspaket aufgenommen werden solle, erklärte die Kommission in ihrem Bericht. Nach einer kurzen Ausführung von Kommissionssprecherin Carobbio Guscetti (sp, TI) nahm der Ständerat die Motion stillschweigend an.¹

POSTULAT
DATUM: 04.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Mitte April 2020 und somit nur wenige Tage vor Beginn der ausserordentlichen Session zu Corona, reichte die SGK-SR einstimmig ein Postulat ein, mit dem sie die **finanziellen Auswirkungen der Pandemie auf die verschiedenen Kostenträger** klären wollte. Der Bundesrat solle in einem Bericht die Infrastrukturkosten der Kantone, deren bestehenden und neu bereitgestellten Kapazitäten, die Kosten der gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern für die Pandemieversorgung, die Auswirkungen auf die Versicherten und auf die Krankenversicherungsprämien für das Jahr 2021 sowie auf die Reserven der Krankenkassen aufzeigen. In der parlamentarischen Beratung hielt sich der Ständerat nicht lange mit dem Vorstoss auf: Kommissionssprecherin Carobbio Guscetti (sp, TI) erklärte, diese Daten seien als Diskussionsgrundlage über die spätere Verteilung der Kosten zwischen den Akteuren nötig. Dem pflichtete Gesundheitsminister Berset bei und lobte die Kantone für ihr effizientes, innovatives und flexibles Handeln in der Krise; dieses habe aber auch seinen Preis. Die Kosten der Krise könnten im Moment aber noch nicht abgeschätzt werden, da die Krise noch andauere. Bezüglich der Krankenversicherungsprämien 2021 erwarte er aber keinen Anstieg gegenüber 2020, da die Prämien jeweils die Kosten des aktuellen Jahres decken müssten: Die Differenzen sollten die Krankenversicherungen über ihre Reserven, die unter anderem mit Verweis auf den Pandemieplan des BAG genau aus diesem Grund angelegt worden seien, decken. Zudem sei unklar, wie sich die Gesundheitskosten für das Jahr 2020 verglichen mit den Erwartungen entwickelten, weil ja auch auf zahlreiche Operationen und Behandlungen verzichtet worden sei. Stillschweigend nahm der Ständerat das Postulat an.²

STANDESINITIATIVE
DATUM: 08.03.2021
ANJA HEIDELBERGER

Im Rahmen ihrer Offensive für tiefere Krankenkassenprämien reichten die Kantone Tessin (Kt.lv. 20.300), Genf (Kt.lv. 20.304), Jura (Kt.lv. 20.330), Freiburg (Kt.lv. 20.333) und Neuenburg (Kt.lv. 21.300) im Jahr 2020 je eine Standesinitiative ein, mit denen sie einen **stärkeren Einbezug der Kantone bei der Genehmigung der Prämientarife** forderten. Demnach sollte das KVAG dahingehend geändert werden, dass den Kantonen ein Recht auf eine Stellungnahme «zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten und zu den für ihren Kanton vorgesehenen Prämientarifen gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde» eingeräumt wird. Dazu sollten die Kantone Zugang zu den dafür notwendigen Informationen erhalten. Die fünf Kantone störten sich daran, dass die Kantone seit einem Beschluss des BAG aus dem Jahr 2019 keine Prämien- und Kostenanalysen mehr erhielten, wodurch ihre Rolle im Prämienverfahren weiter eingeschränkt worden sei. Seit der Änderung des KVAG beschränkte sich diese auf eine Stellungnahme bezüglich der Kosten, aber nicht mehr zu den Prämientarifen. Da Kosten und Prämien jedoch «untrennbar miteinander verbunden» seien, verhindere dies eine Wahrnehmung der Aufsichtsrolle durch die Kantone. Diese sei jedoch im Hinblick auf eine demokratische Kontrolle der sozialen Krankenversicherung von grosser Bedeutung.

Im Februar 2021 beantragte die Mehrheit der SGK-SR, den Initiativen keine Folge zu geben. Zuvor hatte die Kommission Vertreterinnen und Vertreter der GDK, der fünf Kantone, der Versicherungen sowie der Prämienzahlenden angehört. Die Kommission betonte die Relevanz der Stellungnahme der Kantone zu den kantonalen Gesundheitskosten. Eine entsprechende Ausdehnung auf die Prämien lehnte die Kommissionsmehrheit jedoch ab, da diese auf Faktoren beruhten, die auf Bundesebene berechnet würden. Daher verfüge nur das BAG, nicht aber die Kantone über einen entsprechenden Gesamtüberblick, der die Prüfung der Prämien erlaube. Das

Prämiengenehmigungsverfahren solle überdies nicht weiter erschwert werden.

In der Frühjahrsession 2021 behandelte der Ständerat die fünf Standesinitiativen zusammen mit der Motion Lombardi (cvp, TI; Mo. 19.4180), mit welcher der Motionär ebenfalls eine Weitergabe der für die Prüfung der Prämien nötigen Daten an die Kantone forderte. Erich Ettlín (cvp, OW) legte anfänglich die Position der Kommissionsmehrheit dar und betonte vor allem den grossen Aufwand und die Verzögerung, die entstehen würden, wenn 26 Kantone die Prämien von 50 Krankenversicherungen prüfen würden. Für die Kommissionsminderheit, welche den Standesinitiativen Folge geben und die Motion annehmen wollte, erläuterte Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) die Situation der Kantone: Diese fühlten sich im Prozess der Prämien genehmigung nicht angemessen vertreten, obwohl sie die Leistungserbringenden und Versicherungen in ihren Kantonen gut kennen würden, mit der demografischen Entwicklung im Kanton vertraut seien und gleichzeitig über das nötige Fachwissen verfügten, um die Prämien zu prüfen. Sie seien überdies durch individuelle Prämienverbilligungen, Ergänzungsleistungen und Sozialhilfe an der Bezahlung der Prämien beteiligt. Eine Prüfung der Prämien würde es ihnen zudem erlauben, als Gegengewicht zu den Krankenversicherern aufzutreten und die Entwicklung der Krankenkassenprämien zu beeinflussen. Diese Argumentation schien die Ständekammer zu überzeugen, mit 21 zu 20 Stimmen (bei 1 Enthaltung) gab sie den Standesinitiativen Folge. Auch die Motion Lombardi nahm sie mit 22 zu 18 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an.³

MOTION

DATUM: 08.03.2021
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2021 beriet die SGK-SR die Motion von Filippo Lombardi (cvp, TI) zur Wiederherstellung der **Transparenz bei den Gesundheitskosten**, die ihr der Ständerat zuvor zugewiesen hatte. Dabei hörte sie sich Vertreterinnen und Vertreter der GDK, der Versicherungen und der Prämienzahlenden an und zeigte sich in der Folge zwar überzeugt von der Relevanz der Kontrolle der Kantone über die Schätzungen zu den Gesundheitskosten, nicht aber ihre Kontrolle der Prämien. Wie zuvor der Bundesrat verwies auch die Kommission hier auf die Übersicht, welche das BAG – im Unterschied zu den Kantonen – über die gesamten die Prämien beeinflussenden Kosten habe, weshalb dieses besser zur Prämienkontrolle fähig sei als die Kantone. Eine Kommissionsminderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) teilte die Empfehlung der Kommissionsmehrheit auf Ablehnung der Motion jedoch nicht. Der Ständerat behandelte die Motion zusammen mit fünf Standesinitiativen mit ähnlichem Anliegen. Beat Rieder (mitte, VS) verteidigte die Motion Lombardi für den aus dem Rat ausgeschiedenen Motionär. Er betonte, dass es bei dieser Motion nur darum gehe, den Kantonen die «Möglichkeit zu geben, ihre Stellungnahmen auf der Basis einer vollständigen Datenlage zu formulieren», ihnen also Zugang zu den dazu notwendigen Daten zu gewähren, was insbesondere im Hinblick auf die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS) wichtig – ja sogar «unabdingbar» – sei. Dadurch komme es aber nicht zu einer Kompetenzverschiebung vom Bund zu den Kantonen. Mit 22 zu 18 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) nahm der Ständerat daraufhin die Motion an.⁴

STANDESINITIATIVE

DATUM: 15.06.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Sommersession 2021 behandelte der **Ständerat die fünf Standesinitiativen für eine Beschränkung der maximal möglichen Reserven der Krankenversicherungen** zusammen mit den Standesinitiativen für kostenkonforme Prämien. Mit diesem Block an Standesinitiativen sollten die Krankenkassen ihre Reserven zwingend auf 150 Prozent reduzieren müssen. Die Initiativen gingen somit weiter als eine bundesrätliche Verordnungsänderung, welche die Reduktion für die Krankenkassen vereinfachte, jedoch nicht zwingend machte. Der zweite Block an Standesinitiativen sah eine Pflicht für die Krankenkassen vor, die zukünftigen Prämien in einem Kanton zu senken, wenn ihre Prämieinnahmen in diesem Kanton die kumulierten Kosten in einem Jahr übersteigen.

Die SGK-SR hatte zuvor sämtliche Standesinitiativen zur Ablehnung empfohlen. Erich Ettlín (cvp, OW) vertrat unter Offenlegung seiner Interessenbindung als Verwaltungsrat der CSS-Krankenversicherung die Kommissionsmehrheit. Heute betragen die Reserven über 200 Prozent – 100 Prozent wäre das vorgeschriebene Minimum. Auch in der von der Kommission durchgeführten Anhörung habe es Stimmen gegeben, die eine Muss-Formulierung und die Festsetzung eines Grenzwertes gefordert hätten, betonte Ettlín. Die Versicherungen hätten indes vor einem Jo-Jo-Effekt gewarnt, gemäss dem es bei zu tiefen Prämien zu einem Neukundenzugang komme, wodurch Solvenzprobleme aufträten und die Prämien im Folgejahr erhöht werden müssten. Durch die Reduktion

der Reserven könne man unkontrollierbare Eigendynamiken auslösen, warnte Ettl. Entsprechend unterstütze die Kommission den freiwilligen Abbau gemäss der Verordnungsänderung, nicht aber die Standesinitiativen. Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) vertrat die Standesinitiativen für den Kanton Tessin, der diesbezüglich die Federführung innehatte. Sie verwies darauf, dass die Reduktion der Reserven zwar das Grundproblem – den Prämienanstieg der Krankenkassen – nicht lösen könne, aber man den Versicherten so immerhin zurückgeben könne, was ihnen gehöre. Gemäss dem Vorschlag des Bundesrates würden aber die zu viel eingenommenen Prämien nicht denjenigen Personen vergütet, die zu viel gezahlt hatten, sondern für eine genauere Kalkulation zukünftiger Prämien verwendet. Die GDK unterstütze denn auch die Initiativen, so Carobbio Guscetti. Mit 20 zu 17 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Ständerat bei allen zehn Standesinitiativen gegen Folgegeben aus. Zum dritten Block an Standesinitiativen zu den Krankenkassenreserven hatte sich der Ständerat bereits in der Frühjahrssession ablehnend geäussert.⁵

STANDESINITIATIVE
DATUM: 15.09.2021
ANJA HEIDELBERGER

Auch im **Ständerat** fand die Standesinitiative des Kantons Neuenburg, welche den **Kantonen die Möglichkeit geben wollte, kantonale, regionale oder interkantonale Einrichtungen** zur Erhebung der Krankenkassenprämien, zur Kostenfinanzierung zulasten der OKP sowie zur Erfüllung der administrativen Aufgaben von Krankenversicherungen gemäss dem KVG zu schaffen, keine Mehrheit. Für die Kommissionsmehrheit betonte Curafutura-Präsident Josef Dittli (fdp, UR), dass diese Einrichtung zwar keine Einheitskasse, sondern eine Alternative zu den bestehenden Krankenversicherungen darstellen solle, dass es aber «doch [...] um das Thema Einheitskasse» gehe. Die Stimmbürgerschaft habe eine solche aber bereits zweimal an der Urne verworfen. Zudem sei die Standesinitiative identisch mit einer Volksinitiative, die im Jahr 2019 an der Unterschriftenhürde gescheitert sei. Bereits heute könnten die Kantone überdies «im Prämien genehmigungsverfahren zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten Stellung nehmen», aber auch selbst Krankenkassen gründen. Da die aktuelle Vorlage jedoch einen «radikalen Paradigmenwechsel bei der Festlegung und Erhebung der Prämien» zur Folge habe, lehnte sie die Kommissionsmehrheit ab.

Eine Minderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) beantragte die Annahme der Standesinitiative. Die Minderheitensprecherin hob die zahlreichen Probleme des aktuellen Systems hervor: die Intransparenz bei der Prämienfestlegung, die Wettbewerbsprobleme durch private Akteure in einem Sozialversicherungssystem, die Probleme der Reserven, die in den letzten Monaten immer wieder Thema waren. Die Standesinitiative würde diese Probleme allesamt bekämpfen, das System vereinfachen, eine klare Trennung der Grund- und Zusatzversicherungen erlauben und gleichzeitig zur Schaffung von Arbeitsplätzen in den Kantonen beitragen. Allfällige Probleme der Regelung könnten denn auch nach einer Annahme im Erstrat noch ausgemerzt werden, warb Carobbio Guscetti. Mit 26 zu 9 Stimmen gab der Ständerat der Initiative jedoch keine Folge.⁶

STANDESINITIATIVE
DATUM: 15.09.2021
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2021 **bestätigte der Ständerat seinen Entscheid** aus der ersten Behandlung der Standesinitiative des Kantons St. Gallen für ein **Verbot von Provisionszahlungen für Wechsel der Grundversicherung**. Mit 8 zu 3 Stimmen hatte die Mehrheit der SGK-SR erneut beantragt, der Initiative keine Folge zu geben, zumal der Weg über den bundesrätlichen Entwurf in Erfüllung ihrer Motion (Mo. 18.4091) und somit über eine Selbstregulierung der Branche zu bevorzugen sei. Der Entwurf des Bundesrates sehe eine Verbindlicherklärung der Branchenlösungen zu einem Verbot der telefonischen Kaltakquise – also der Anrufe bei Personen, welche nicht bei den entsprechenden Versicherungen versichert sind –, eine Begrenzung der Provisionen, einen Verzicht auf Leistungen von Callcentern, eine obligatorische Ausbildung sowie eine Pflicht zur Führung eines zu unterzeichnenden Beratungsprotokolls vor, wie Josef Dittli (fdp, UR) dem Rat als Kommissionsprecher erläuterte. Eine Kommissionsminderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) befürwortete hingegen die restriktivere Regelung gemäss Standesinitiative, welche die entsprechenden Vermittlerprovisionen gänzlich verbieten wollte. Die Minderheitensprecherin kritisierte in der Ratsdebatte, dass die Gefahr bestehe, dass die Branchenvereinbarung nicht verbindlich erklärt werden könne, «wenn die nötige Repräsentativität der Versicherer nicht gegeben» sei. So kommt es gemäss dem bundesrätlichen Vorschlag erst zu einer Verbindlicherklärung, wenn sich Versicherungen, die zwei Drittel der Versicherten abdecken, hinter eine Vereinbarung stellen. Mit 29 zu 11 Stimmen gab der Ständerat der Initiative des Kantons St. Gallen jedoch keine Folge.⁷

Gut ein Jahr, nachdem der Nationalrat zahlreiche zentrale Elemente des **Pakets 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** gestrichen hatte, setzte sich der **Ständerat** in der Wintersession 2021 mit dem Projekt auseinander. Zuvor hatte sich die SGK-SR in zahlreichen zentralen Punkten mit den Änderungen des Nationalrats einverstanden gezeigt. Eintreten war unbestritten.

Ein zentraler Aspekt des Projekts stellte das **Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel** dar. Dieses sah vor, dass nur die Medikamentenkosten bis zu einem Referenzpreis durch die OKP erstattet werden. Wer also die teureren Originalprodukte statt der Generika kaufen möchte, müsste die Preisdifferenz selbst bezahlen. Der Nationalrat wollte den Generikaverkauf hingegen durch preisunabhängige Margen im generikafähigen Arzneimittelmarkt sowie durch eine Vergrösserung des Preisabstandes fördern. Auch die Kommissionmehrheit lehnte das Referenzpreissystem gemäss Kommissionssprecher Ettlín (mitte, OW) ab, da die Generikadurchdringung in der Schweiz noch zu niedrig sei. Stattdessen wolle man dem Vorschlag des Nationalrats folgen, mit dem zuerst die Generikadurchdringung erhöht werden solle. Der Bundesrat wollte am Referenzpreissystem festhalten, schlug jedoch aufgrund des nationalrätlichen Widerstands eine abgeschwächte Form vor: den Referenzabzug light. Dabei soll das Referenzpreissystem erst ab drei wirkstoffgleichen Medikamenten Anwendung finden – in diesen Fällen gebe es keine Versorgungsprobleme –, zudem soll zwischen Generika und Biosimilars unterschieden werden – Letztere werden dem Referenzpreissystem nicht unterstellt. Im Ständerat präsentierte Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) den bundesrätlichen Vorschlag als Minderheitenantrag. Sollten durch die erste Version des Referenzpreissystems jährlich CHF 310 bis 480 Mio. eingespart werden, wären es für die Light-Version CHF 200 bis 400 Mio. und für die nationalrätliche Variante etwa CHF 220 Mio. Mit 24 zu 17 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Ständerat gegen die Einführung des Referenzpreissystems light aus und nahm stattdessen den vom Nationalrat geschaffenen Alternativvorschlag an. Zusätzlich schuf er jedoch auch eine Befähigung für Ärztinnen und Ärzte, an der Verschreibung des Originalpräparates anstelle eines Generikums festhalten zu können. Hingegen lehnte der Ständerat die vom Nationalrat eingeführte Möglichkeit des Parallelimports von Generika wegen Risiken für die Patientinnen und Patienten einstimmig ab und sprach sich gegen die Motion 19.3202 aus. Stattdessen soll Swissmedic bei der Zulassung von Parallelimporten von Arzneimitteln zukünftig Vereinfachungen zum Beispiel bei der Kennzeichnung und der Arzneimittelinformation vornehmen können.

Auch bei der **Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner** hatte sich der Nationalrat mehrheitlich gegen die bundesrätlichen Vorschläge ausgesprochen. So wollte der Bundesrat die Leistungserbringenden und Versicherungen dazu verpflichten, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Kostensteuerung vorzusehen. Die Kommissionmehrheit wollte dem Bundesrat in diesem Punkt folgen und sprach sich für eine solche Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen aus, Kommissionssprecher Ettlín erachtete diese Frage gar als «einen der Kernpunkte dieser Vorlage». Eine Minderheit Müller (fdp, LU) beantragte hingegen die Streichung dieser Regelung. Nicht einig waren sich die beiden Lager, ob diese Regelung ohne Rationierung des Gesundheitsangebots umgesetzt werden könne, ob sie also verfassungskonform sei. Ein Gutachten von Ueli Kieser, Professor für Sozialversicherungsrecht an der Universität St. Gallen, verneinte die Verfassungskonformität, eine Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz bejahte sie. Minderheitssprecher Müller verwies jedoch in erster Linie auf «grundsätzliche[...] gesetzgeberische[...] Überlegungen» zur Ablehnung dieser Regelung: Man solle diesen Aspekt zusammen mit der Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei und somit im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets, welches der Bundesrat als indirekten Gegenvorschlag zu dieser Initiative festgelegt hatte, beraten.

Ein Einzelantrag Würth (mitte, SG) beantragte stattdessen, den bundesrätlichen Vorschlag um die auf kantonaler Ebene abgeschlossenen Tarifverträge zu ergänzen. So finanzierten die Kantone zukünftig aufgrund von EFAS (womöglich) auch einen Teil der ambulanten Kosten, weshalb sie ebenfalls in die Kostensteuerung einbezogen werden sollen. Gesundheitsminister Berset wehrte sich gegen die Minderheit Müller: Wichtig sei aber, dass hier eine Differenz zum Nationalrat geschaffen werde, um die Diskussion zu dieser Frage weiterführen zu können – auch ein Entscheid für den Antrag Würth sei somit im Sinne des Bundesrates. Man sei sich einig, dass es eine Kostenentwicklung gebe – folglich müsse man nun etwas dagegen tun und könne die Klärung dieser wichtigen Frage nicht auf eine spätere Revision verschieben, betonte er mit Nachdruck. Selbstverständlich werde man diese Regelung so ausgestalten, dass der Zugang zur Pflege und die bestmögliche Qualität immer gewährleistet sei. Dennoch setzte sich die

Kommissionsminderheit mit 20 zu 20 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) und Stichentscheid von Ratspräsident Hefti (fdp, GL) gegen den Einzelantrag Würth durch, der zuvor dem Mehrheitsantrag vorgezogen worden war (26 zu 17 Stimmen). Somit müssen die Tarifvereinbarungen keine Massnahmen zur Kostensteuerung vorsehen.

Umstritten war wie bereits im Nationalrat auch die Frage, ob den **Organisationen der Versicherungen von nationaler oder regionaler Bedeutung ein Beschwerderecht gegen Beschlüsse der Kantonsregierungen bezüglich der kantonalen Spitalplanung** zugesprochen werden soll. Der Bundesrat erachtete dies gemäss Kommissionssprecher Ettlín als notwendig, um ein «gewisses Gleichgewicht der Kräfte» herzustellen. Dies sei aufgrund der Kostenfolgen dieser Entscheide für die Versicherten nötig. Die Kommissionsmehrheit sprach sich denn auch für ein solches Beschwerderecht aus, obwohl die GDK dagegen votiert hatte. Minderheitensprecher Stöckli (sp, BE) erinnerte die Mitglieder der Kantonskammer hingegen daran, dass die Kantone verfassungsmässig für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien. Zudem könnten die Verbände mit dieser Regelung Volksentscheide umstossen. Schliesslich könne ein Eingriff in die Planungsarbeit der Kantone die Gesundheitskosten aufgrund der Verfahren, Verzögerungen und Rechtsunsicherheiten gar erhöhen. Mit 18 zu 18 Stimmen und erneutem Stichentscheid von Ratspräsident Hefti sprach sich der Ständerat für das Beschwerderecht der Versicherungen aus.

Nicht einverstanden zeigte sich die SGK-SR zur Erleichterung des Gesundheitsministers schliesslich mit dem Vorschlag des Nationalrats, Versicherungen 25 Prozent der Einsparungen, die sie aufgrund von günstigeren Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringenden erzielt haben, **zur freien Verfügung** zu stellen. Damit würde das Gewinnverbot in der Grundversicherung gekippt, dieses dürfe aber gemäss Kommissionssprecher Ettlín «nicht angetastet werden». So wären dadurch auch kaum Kosteneinsparungen möglich, vielmehr würde dies ein Widerspruch zu verschiedenen anderen Artikeln des KVG darstellen. Gesundheitsminister Berset lobte diese Haltung, zumal die Zustimmung zum Nationalrat «vraiment un changement de principe extrêmement important dans l'assurance obligatoire des soins» darstellen würde. Stillschweigend folgte der Ständerat seiner Kommission in diesem Punkt und schuf damit eine weitere Differenz zum Nationalrat.

Mit 25 zu 10 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) nahm die kleine Kammer schliesslich den Entwurf an, die ablehnenden Stimmen stammten von Mitgliedern der SP und der Grünen und von einem Mitglied der Mitte.⁸

STANDESINITIATIVE
DATUM: 13.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem die fünf Ende 2021 eingereichten **Standesinitiativen für eine Beschränkung der maximal möglichen Reserven der Krankenversicherungen** in der Sommersession 2022 auch vom Zweitrat abgelehnt worden waren, diskutierte der Ständerat in der Herbstsession 2022 erstmals über die Standesinitiative des Kantons Waadt mit demselben Anliegen. Zuvor hatte die Kommissionsmehrheit beantragt, der Waadtländer Initiative keine Folge zu geben, da sie den mit der Ordnungsänderung 2021 geregelten freiwilligen Reserveabbau bevorzuge. Die Ordnungsänderung habe demnach bei der Festlegung der Prämien 2022 bereits Wirkung gezeigt. Zudem seien seit der Ablehnung der ersten fünf Standesinitiativen keine neuen Erkenntnisse hinzugekommen. Eine Kommissionsminderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) argumentierte hingegen, dass die Krankenkassenreserven noch immer zu hoch seien. Gerade im Hinblick auf den drohenden massiven Prämienanstieg für das Jahr 2023 sei ein weiterer Reserveabbau nötig. Mit 23 zu 11 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) sprach sich der Ständerat gegen Folgegeben aus.⁹

BUNDESRATSGESCHÄFT
DATUM: 20.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2022 behandelte der **Ständerat** das **Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit**. Eintreten war unbestritten. Diskutiert wurde jedoch insbesondere über die vom Nationalrat eingefügte Unterscheidung zwischen internen und externen Vermittelnden bei der Ausbildung und der Einschränkung der Entlohnung. Die SGK-SR hatte mit 6 zu 5 Stimmen empfohlen, dem nationalrätlichen Vorschlag zu folgen und die Regelung der Ausbildung und Entlohnung von Personen, die mit einem Arbeitsvertrag an eine Versicherung gebunden sind, nicht einzuschränken. Für die Kommissionsmehrheit erklärte Erich Ettlín (mitte, OW), dass eine Unterscheidung zwischen internen Vermittlerinnen und Vermittlern, die Akquise machen, und solchen, die bestehende Kundinnen und Kunden beraten, schwierig sei. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) verlangte, die entsprechenden

Regelungen sowohl für externe wie interne Vermittelnde zu erlassen. Minderheitensprecher Stöckli kritisierte den Mehrheitsantrag denn auch deutlich: Diese Unterscheidung stelle ein «Schlupfloch» für die Versicherungen dar, zumal mehrere Krankenkassen in den letzten Monaten damit begonnen hätten, solche bisher externen Vermittlerunternehmen zu kaufen und «in die Versicherungsgruppe [zu integrieren]». Über solche Käufe hatten zuvor auch verschiedene Zeitungen berichtet. Hinzu komme, dass durch eine solche Regelung Ungleichheiten zwischen den grossen und kleineren Versicherungen geschaffen würden, da Letztere keine finanziellen Möglichkeiten für solche Käufe hätten. Schliesslich bestehe bereits eine umfassende Definition der Vermittelnden im VAG; dort sei als Vermittlerin oder Vermittler eingestuft, «wer Kontakt hat zu Leuten, die eine Versicherung abschliessen wollen». Und auch in der KVAV sei keine entsprechende Unterscheidung zwischen internen und externen Personen gemacht worden, ergänzte später auch Gesundheitsminister Berset. Schliesslich sei es für die Bevölkerung irrelevant, ob die entsprechenden Telefonate von internen oder externen Vermittelnden durchgeführt würden.

Damian Müller (fdp, LU) wies hingegen darauf hin, dass die Branchenvereinbarung bisher nur für externe Vermittelnde gelte und diese Definition folglich nicht erweitert werden solle. Mit 21 zu 19 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) setzte sich die Minderheit knapp durch und der Ständerat verzichtete auf die Schaffung dieser Unterscheidung.

Daneben wurde darüber diskutiert, ob – wie es die Kommissionmehrheit beabsichtigte – eine Regelung geschaffen werden soll, wonach der Bundesrat die Versicherungen vor der Allgemeinverbindlichkeitserklärung der Branchenvereinbarungen anhören muss. Man wolle diese «Zusatzschleife», die gemäss Verwaltung «keine grosse Sache» sei, einführen, bevor der Bundesrat eine «so einschneidende [...] Erklärung» vornehmen könne, begründete Kommissionssprecher Ettlín den Antrag. Eine Minderheit Carobbio Guscetti (sp, TI) sowie der Gesundheitsminister plädierten dafür, auf diese neue Regelung zu verzichten, zumal bereits gemäss Vernehmlassungsgesetz entsprechende Anhörungen nötig seien. Mit 26 zu 12 Stimmen (bei 1 Enthaltung) stimmte der Ständerat jedoch der neuen Regelung zu.

Schliesslich stellte sich die Frage, ob die neuen Regelungen nur im KVAG, also nur in der Grundversicherung, oder auch im VAG und somit in den Zusatzversicherungen verankert werden sollen. Hier plädierte die Kommissionmehrheit dafür, auch gleich den Zusatzversicherungsbereich zu regeln, eine Minderheit Germann (svp, SH) bevorzugte die Einschränkung der Regelung auf den Krankenkassenbereich. Erich Ettlín erachtete eine umfassende Lösung als nötig, weil die Prämienzahlenden keinen Unterschied darin machen würden, ob sie Anrufe von Krankenkassen oder Zusatzversicherungen erhielten. Bundesrat Berset erinnerte überdies daran, dass die Versicherungen selbst zugunsten der Transparenz und Kohärenz eine einheitliche Regelung wünschten. Minderheitensprecher Germann verwies hingegen auf die unterschiedlichen Wettbewerbssituationen der beiden Bereiche, welche unterschiedliche Regelungen bedingen würden. Da die Branche zudem bereits grosse Fortschritte gemacht habe, brauche es die Regelung im VAG nicht. Schliesslich habe die WEKO den Einbezug der Zusatzversicherungen im Rahmen der ursprünglichen Motion gerügt und man habe bei Annahme der Motion versprochen, deren Situation nochmals zu überprüfen. Mit 25 zu 19 Stimmen folgte der Ständerat der Kommissionmehrheit, gemäss welcher also beide Bereiche geregelt werden sollten.

In der darauf folgenden **Gesamtabstimmung** nahm der Ständerat den Entwurf zum Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit mit 32 zu 11 Stimmen (bei 1 Enthaltung) an. Die ablehnenden Stimmen stammten von Mitgliedern der FDP.Liberalen-, der SVP- und der Mitte-Fraktion.¹⁰

MOTION
DATUM: 21.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Herbstsession 2022 führten National- und Ständerat eine **ausserordentliche Session zum Thema «Kaufkraft»** (22.9013) durch, in der sie verschiedene Vorstösse diskutierten, die auf eine finanzielle Entlastung der Bürgerinnen und Bürger abzielten, um der steigenden Teuerung, insbesondere im Bereich Energie, zu begegnen. Eine Gruppe von Unterstützungsvorschlägen betraf die **Krankenkassenprämien**.

So forderten die SP-Fraktion im Nationalrat (Mo. 22.3793) sowie Marina Carobbio Guscetti (sp, TI; Mo. 22.3802) und Isabelle Chassot (mitte, FR; Mo. 22.3801) im Ständerat eine Erhöhung des Bundesbeitrags an die individuelle Prämienverbilligung für das Jahr 2023 um 30 Prozent. Da für das Jahr 2023 ein Prämienchock drohe, müssten Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen auf diese Weise entlastet werden, so die Begründung für die Forderungen. Der Bundesrat erläuterte, dass der Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung 7.5 Prozent der Bruttokosten der OKP entspreche und somit

zusammen mit den Prämien ansteige. Folglich sei keine zusätzliche Erhöhung des Beitrags nötig. Um zu verhindern, dass die Kantone ihre eigenen Anteile an die Prämienverbilligungen weiter reduzieren, verwies der Bundesrat auf seinen indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Während der Nationalrat die Motion der SP-Fraktion mit 97 zu 95 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) annahm, wies der Ständerat die beiden Motionen aufgrund eines Ordnungsantrags Juillard (mitte, JU) der Kommission zur Vorberatung zu.

Einen anderen Lösungsweg bezüglich der hohen Krankenkassenprämien schlugen Thomas de Courten (svp, BL; Mo. 22.3816) im Nationalrat und Marco Chiesa (svp, TI; Mo. 22.3863) im Ständerat vor: Sie verlangten, dass die Krankenkassenprämien zukünftig vollständig von den Bundessteuern abgezogen werden können, wie dies bereits in einigen früheren Vorstössen verlangt worden war. Damit sollen «jene Personen [entlastet werden], die ihre Krankenkassenprämien noch aus dem eigenen Portemonnaie bezahlen». Der Bundesrat verwies in seiner Antwort auf seine Umsetzung der Motion Grin (svp, VD; Mo. 17.3171), mit welcher der steuerliche Abzug der Krankenkassenprämien bereits erhöht werden soll. Damit werde ein Teil der Forderungen der Motionen de Courten und Chiesa umgesetzt, ein vollständiger Abzug hätte jedoch zu hohe Steuerausfälle zur Folge – insbesondere auch im Hinblick auf die von den Motionären ausgeführten, für den Bund zukünftig zusätzlich anfallenden Kosten. Mit 142 zu 53 Stimmen respektive 36 zu 5 Stimmen (bei 1 Enthaltung) lehnten beide Räte die Motionen ab, wobei sie nur bei Mitgliedern der SVP-Fraktion auf Zustimmung stiessen.¹¹

PARLAMENTARISCHE INITIATIVE
DATUM: 26.09.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2022 setzte sich der **Ständerat** erstmals mit dem Entwurf für eine **einheitliche Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich** auseinander und nahm dabei verschiedene gewichtige Änderungen am Entwurf vor. Der Rat folgte dabei überall seiner Kommissionsmehrheit, deren Position Erich Ettlín (mitte, OW) darlegte.

Die zentrale Änderung gegenüber der nationalrätlichen Version stellte der **Einbezug der Pflegefinanzierung** in EFAS dar, wie ihn die Kantone ausdrücklich gefordert hatten. Der Nationalrat hatte einen solchen noch abgelehnt, da die dafür nötigen Informationen, etwa zur Kostentransparenz, erst beschafft werden müssten. Um unter anderem diesen fehlenden Informationen Rechnung zu tragen, soll die Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag der SGK-SR jedoch erst nach sieben Jahren integriert werden. Stillschweigend folgte der Ständerat seiner Kommission in dieser zentralen Frage.

Doch auch allgemein will sich der Ständerat bei der Umsetzung von EFAS Zeit lassen, so sollen erst drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes die ersten Umstellungen erfolgen, wobei während der anschliessenden vier Jahre die Anteile der Kantone langsam gesteigert werden – sieben Jahre nach Inkrafttreten sollen demnach die Kostenbeteiligungsziele der Kantone erfüllt sein. Minderheiten von Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) und Josef Dittli (fdp, UR), welche eine Umsetzungszeit von neun Jahren respektive einen vom Bundesrat festzulegenden Spielraum zwischen sieben und neun Jahren forderten, fanden keine Mehrheit.

Als Reaktion auf den Einbezug der Pflegefinanzierung legte die kleine Kammer den **Kantonsbeitrag an die ambulanten und stationären Kosten** auf 26.9 Prozent fest – der Nationalrat hatte ohne Pflegefinanzierung einen Beitrag von 25.5 Prozent vorgesehen. Damit wird der Kantonsbeitrag proportional zu den entstandenen Kosten bemessen und soll lediglich die Nettoleistungen berücksichtigen. Eine Minderheit Hegglin (mitte, ZG) hatte beantragt, auf die Bruttokosten abzustellen. Der Kantonsbeitrag wäre demnach aufgrund der gesamten Leistungen ohne Franchisen oder Selbstbehalt berechnet worden. So befürchtete Minderheitensprecher Hegglin, dass Personen mit hohen Franchisen bei Berücksichtigung der Nettobeträge benachteiligt würden und die Versicherungen die Prämien für hohe Franchisen zukünftig erhöhen müssten, weil sich die Kantone stärker an den Kosten von Personen mit tiefen Franchisen beteiligten. Die Kommissionsmehrheit und der Bundesrat erachteten es allerdings als eine – wohl sogar verfassungsrechtlich – unzulässige Ungleichbehandlung, wenn sich die Kantone an den Kosten von Franchisen und Selbsthalten beteiligten, nicht aber die Versicherungen. Mit 28 zu 11 Stimmen folgte der Ständerat seiner Kommissionsmehrheit und lehnte damit auch den von der Minderheit vorgeschlagenen tieferen Kantonsbeitrag von 24.1 Prozent der Bruttokosten ab.

Als weiteren zentralen Punkt stärkte der Ständerat die Position der Kantone bezüglich **Datenzugang und Steuerungsmöglichkeiten**. Bisher verfügten die Kantone über sämtliche jährlich anfallenden 1.3 Mio. Rechnungen der stationären Behandlungen – da

sie diese mitfinanzierten. Da sie neu aber auch die ambulanten Leistungen mitfinanzieren werden, verlangten sie zusätzlich Zugang zu den 130 Mio. Rechnungen der ambulanten Behandlungen. Dies lehnten jedoch die Versicherungen ab, da sie eine Verlängerung der Zahlungsverfahren befürchteten. Nach einem runden Tisch des BAG schlug die Kommissionsmehrheit vor, dass die Kantone weiterhin nur die Originalrechnungen des stationären Bereichs erhalten, eine Minderheit Stöckli (sp, BE) wollte jedoch den Kantonen auch Zugang zu aggregierten Daten zur Kostenentwicklung gewähren. Man solle die «Stellung der Kantone nicht unzulässig herabminder[n]» und ihnen Zugang zu denjenigen Daten geben, die sie für ihre vielen Aufgaben benötigen, verlangte er. Mit 22 zu 20 Stimmen lehnte der Ständerat diese Ergänzung jedoch knapp ab. Generell sollen die Kantone somit eine Wohnsitzkontrolle und eine formale Prüfung der stationären Leistungen vornehmen können, jedoch keine Prüfung der WZW-Kriterien.

Hingegen verbesserte der Ständerat die Steuerungsmöglichkeiten der Kantone, unter anderem durch eine neue Zulassungssteuerung bei nichtärztlichen Leistungserbringenden – bisher war nur eine Zulassungssteuerung bei ärztlichen Leistungserbringenden möglich. In Übereinstimmung mit der überwiesenen Motion 20.3914 sollte neu aber zum Beispiel auch bei psychotherapeutischen Leistungen ein Zulassungsstopp aufgrund eines überdurchschnittlich starken Anstiegs des Kostenniveaus verglichen mit anderen Kantonen möglich sein. Eine Minderheit Dittli erachtete dies «weder [als] nötig noch [als] sinnvoll», unter anderem da die bestehenden «Instrumente der Wirtschaftlichkeitskontrolle und der Qualitätsentwicklung» für eine Kontrolle der Kosten ausreichen. Mit 23 zu 16 Stimmen folgte der Ständerat aber seiner Kommissionsmehrheit.

Gestärkt werden sollte unter anderem auch die Gemeinsame Einrichtung KVG, indem diese zukünftig die Kantonsbeiträge berechnet, einfordert und die Aufteilung der Gelder der Kantone an die Versicherungen übernimmt. Neu sollen nach dem Willen des Ständerates zudem die Kantone darin Einsitz erhalten.

Im Nationalrat sehr umstritten war die Frage nach der **Vergütung der Vertragsspitäler**, die bisher bei 45 Prozent durch die Versicherungen lag, während die Listenspitäler neben den 45 Prozent durch die Versicherungen auch 55 Prozent Vergütung durch die Kantone erhielten. Die grosse Kammer wollte diese Vergütung der Vertragsspitäler von 45 Prozent auf 73.1 Prozent erhöhen, um den Finanzierungsanteil aus der OKP gleich zu behalten wie bei den Listenspitälern. Der Ständerat entschied sich hingegen stillschweigend für den bundesrätlichen Vorschlag, um eine Attraktivitätssteigerung der Vertragsspitäler und damit eine Einschränkung der Wirksamkeit der Spitalplanung zu verhindern.

Abgelehnt wurde schliesslich auch ein Minderheitsantrag Carobbio Guscelli, der ausdrücklich sicherstellen wollte, dass bei Anstieg der kantonalen Beteiligung die **Kosten für die Prämienzahlenden in gleichem Verhältnis sinken**. Bereits bei der Spitalfinanzierung 2012 sei der erhoffte dämpfende Effekt auf die Prämien ausgeblieben, mit dieser Regelung solle dieser deshalb sichergestellt werden, forderte die Minderheitensprecherin – jedoch vergeblich. Mit 30 zu 11 Stimmen lehnte der Ständerat den Antrag ab, Kommissionssprecher Ettlín hatte argumentiert, dass die Prämien automatisch sinken müssten, da sie «den Gesundheitskosten eines Kantons entsprechen müssen».

In der Folge sprach sich die kleine Kammer in der **Gesamtabstimmung** mit 29 zu 6 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für den Entwurf aus. Die ablehnenden Stimmen und Enthaltungen stammten hauptsächlich von Mitgliedern der SP- und der Grünen-Fraktion.¹²

VOLKSINITIATIVE
DATUM: 30.11.2022
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2022 beriet der **Ständerat den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates zur Prämien-Entlastungs-Initiative der SP**. Die Initiative selbst sollte erst in einem zweiten Schritt beraten werden, um den Initiantinnen und Initianten die Möglichkeit zu geben, die Initiative in der Zwischenzeit zurückzuziehen. Erich Ettlín (mitte, OW) stellte dem Rat den Gegenvorschlag vor und betonte, dass der Bundesrat damit die Kantone in die Pflicht nehmen wolle – für den Bund würde die Vorlage denn auch keine neuen Verpflichtungen mit sich bringen. Bei den Kantonen, namentlich der FDK und der GDK, sei die Vorlage jedoch auf Widerstand gestossen; die FDK lehne Initiative und Gegenvorschlag ab, während die GDK «nur» Verbesserungen am Gegenvorschlag verlange. Die SGK-SR habe in der Folge einige Änderungen vorgenommen, sei bei ihrem Entwurf aber nahe an der bundesrätlichen Version geblieben. Zur Beratung dieser Details gelangte der Ständerat jedoch nicht. Zuvor hatte

er einen **Einzelantrag Würth (mitte, SG) auf Nichteintreten** zu beraten. Bevor man über Verbesserungen am Gegenvorschlag diskutiere, solle man überlegen, «ob das geltende System wirklich revisionsbedürftig» sei, argumentierte Würth. Das aktuelle System sei im Rahmen der NFA geschaffen worden, wobei man den Kantonen bezüglich Prämienverbilligungen absichtlich viel Spielraum gelassen habe, zumal sie die sozialpolitische Situation – etwa alternative sozialpolitische Massnahmen, Einkommensverteilung, Gesundheitskosten und Prämienlast – am besten kennen würden. Wollte man die Regeln zur IPV erneut ändern, solle man das durch eine Entflechtung der Aufgaben von Bund und Kantonen tun, nicht durch eine noch stärkere Verflechtung, wie sie der Gegenvorschlag beinhalte. Zudem seien die Kantonsbeiträge aufgrund der Finanzkrise zwar deutlich gesunken, in den letzten Jahren aber wieder angestiegen. Auch Jakob Stark (svp, TG) zeigte sich vom Gegenvorschlag des Nationalrats nicht begeistert, er erachtete diesen als «dirigistisch-zentralistische Lösung [...], die den Kantonen den Spielraum nimmt».

Für Eintreten sprachen sich hingegen Marina Carobbio Guscetti (sp, TI) und Paul Rechsteiner (sp, SG) aus. Bei der Schaffung des KVG habe man das Versprechen gegeben, dass aufgrund der Prämienverbilligungen niemand mehr als 8 Prozent des Einkommens für die Krankenkassenprämien aufbringen müsse – quasi als «Korrektiv der Kopfprämien» (Rechsteiner). Durch die Änderung im Rahmen der NFA sei das System dysfunktional geworden, weil die Kantone keine Mindestbeiträge mehr leisten müssten. Heute liege der Anteil der Krankenkassenprämien bei durchschnittlich 14 Prozent des Einkommens, in Extremfällen gar bei 20 Prozent. Mit der Initiative und dem Gegenvorschlag wolle man nun zum damaligen System zurückkehren.

Gesundheitsminister Berset rief dem Rat den Kontext des Projekts in Erinnerung, nämlich die Initiative, «[qui] aurait des conséquences financières assez importantes pour la Confédération», die also bei Annahme grosse finanzielle Auswirkungen für den Bund hätte. In den letzten Jahren seien die Beiträge der Kantone an die Prämienverbilligungen – wie von der Initiative kritisiert – stark auseinandergegangen, daher sei es nötig, hier wieder für mehr Konvergenz zu sorgen.

Mit 22 zu 20 Stimmen sprach sich der Ständerat jedoch **gegen Eintreten** aus. Geschlossen für Eintreten stimmten die Mitglieder der SP- und der Grünen-Fraktion, gespalten zeigte sich die Mitte-Fraktion. Geschlossen oder fast geschlossen gegen Eintreten votierten die Mitglieder der SVP- und der FDP-Fraktion.¹⁵

1) AB SR, 2020, S. 112; Bericht SGK-SR vom 11.2.20 (Mo. 18.3977)

2) AB SR, 2020, S. 213 f.

3) AB SR, 2021, S. 122 ff.; Bericht SGK-SR vom 22.2.21

4) AB SR, 2021, S. 122 ff.; Bericht SGK-SR vom 22.2.21

5) AB SR, 2021, S. 657 ff.

6) AB SR, 2021, S. 833 f.

7) AB SR, 2021, S. 832 f.; Bericht SGK-SR vom 31.8.21

8) AB SR, 2021, S. 1276 ff.

9) AB SR, 2022, S. 692 f.; CdT, LT, TA, 14.9.22

10) AB SR, 2022, S. 781 ff.; TA, 19.9.22; CdT, 21.9.22; NZZ, 29.9.22

11) AB NR, 2022, S. 1575 ff. (22.9013); AB NR, 2022, S. 1585 (22.3793); AB NR, 2022, S. 1586 (22.3816); AB SR, 2022, S. 903 ff. (22.9013); AB SR, 2022, S. 915 (22.3863); AB SR, 2022, S. 916 f. (22.3802); AB SR, 2022, S. 917 (22.3801)

12) AB SR, 2022, S. 1114 ff.

13) AB SR, 2022, S. 1103 ff.