

# Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik

Suchabfrage	<b>24.04.2024</b>
Thema	<b>Sozialversicherungen</b>
Schlagworte	<b>Verrechnungssteuer, Direkte Steuern, Krankenversicherung</b>
Akteure	<b>Keine Einschränkung</b>
Prozesstypen	<b>Verwaltungsakt</b>
Datum	<b>01.01.1990 - 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

Benteli, Marianne  
Caroni, Flavia  
Heidelberger, Anja

## Bevorzugte Zitierweise

Benteli, Marianne; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja 2024. *Ausgewählte Beiträge zur Schweizer Politik: Sozialversicherungen, Verrechnungssteuer, Direkte Steuern, Krankenversicherung, Verwaltungsakt, 1991 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern. [www.anneepolitique.swiss](http://www.anneepolitique.swiss), abgerufen am 24.04.2024.

# Inhaltsverzeichnis

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

# Abkürzungsverzeichnis

<b>EJPD</b>	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
<b>AHV</b>	Alters- und Hinterlassenenversicherung
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>FINMA</b>	Eidgenössische Finanzmarktaufsicht
<b>IV</b>	Invalidenversicherung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Inneren
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>KVG</b>	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
<b>OKP</b>	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
<b>IVG</b>	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
<b>IDA FiSo</b>	Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen"
<b>MVG</b>	Bundesgesetz über die Militärversicherung
<b>UVG</b>	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
<b>KVAG</b>	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
<b>KVAV</b>	Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung
<b>GE KVG</b>	Gemeinsame Einrichtung KVG
<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>	Medizinartarief-Kommission UVG

---

<b>DFJP</b>	Département fédéral de justice et police
<b>AVS</b>	Assurance-vieillesse et survivants
<b>OFAS</b>	Office fédéral des assurances sociales
<b>OFSP</b>	Office fédéral de la santé publique
<b>FINMA</b>	Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers
<b>AI</b>	Assurance-invalidité
<b>DFI</b>	Département fédéral de l'intérieur
<b>FMH</b>	Fédération des médecins suisses
<b>LAMal</b>	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
<b>AOS</b>	Assurance obligatoire des soins
<b>LAI</b>	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
<b>IDA FiSo</b>	Groupe de travail interdépartemental "perspectives de financement des assurances sociales"
<b>LAM</b>	Loi fédérale sur l'assurance militaire
<b>LAA</b>	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
<b>LSAMal</b>	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
<b>OSAMal</b>	Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale
<b>IC LAMal</b>	Institution commune LAMal
<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

#### Sozialversicherungen

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 24.09.1996  
MARIANNE BENTELI

Anfangs Herbst diskutierte der Bundesrat, gestützt auf den IDA-FiSo-Bericht, die **Weiterentwicklung der Sozialversicherungswerke**. Dabei vertrat er die Überzeugung, dass sich das schweizerische Sozialversicherungssystem bewährt hat und kein radikaler Systemwechsel erforderlich ist. Dennoch nahm er die finanziellen Entwicklungsperspektiven mit Sorge zur Kenntnis. Zur Ergänzung der von der Arbeitsgruppe vorgenommenen Analyse beschloss er deshalb, eine **Folgearbeitsgruppe IDA FiSo 2** einzusetzen. Sie soll die sozialen und finanziellen Auswirkungen beleuchten, die sich aus einem Aus- oder Abbau bestimmter Sozialversicherungsleistungen ergeben würden. Um den Prüfungsrahmen abzustecken, definierte der Bundesrat einen Katalog von Leistungen im Rahmen von AHV, IV, Kranken- und Arbeitslosenversicherung, bei denen Ausbau- oder Abbauelemente zu prüfen sind. Diese Elemente sind unter Annahme dreier finanzieller Szenarien (beschränkter Ausbau, Weiterführung des heutigen Leistungssystems, gezielter Leistungsabbau) zu beziffern. Im Rahmen seiner Grundsatzdiskussion beschäftigte sich der Bundesrat auch mit der Frage, welche Sozialversicherungsreformen bereits vor Abschluss der Arbeiten der IDA FiSo 2 an die Hand genommen werden sollten. Er kam dabei zum Schluss, dass die IV-Revision dringlich ist, und dass die EO-Revision sowie die Errichtung einer Mutterschaftsversicherung nicht weiter aufgeschoben werden sollten. Die Vorarbeiten zur 1. BVG-Revision seien weiterzuführen, um diese Reform gleichzeitig mit der 11. AHV-Revision vorlegen zu können.<sup>1</sup>

#### Krankenversicherung

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 15.06.1991  
MARIANNE BENTELI

Als erste Massnahme zur **Stärkung der Solidarität unter den Versicherten** verfügte das EDI im Sommer Mindestprämien für die Kollektivversicherungen, welche als Versicherer von Menschen im erwerbsfähigen Alter weniger Risiken tragen und dementsprechend niedrigere Prämien in Rechnung stellen können. Die vom EDI auf den 1.1.1992 festgelegten und nach Regionen und Orten abgestuften neuen Mindestprämien dürfen nur noch um höchstens 25% unter dem Minimaltarif der Einzelversicherungen liegen, was für die Angehörigen bestehender Kollektivversicherungen zu einem Prämienanstieg zwischen 20 und 50% führen dürfte.<sup>2</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 22.09.1998  
MARIANNE BENTELI

Das EDI war nicht bereit, das Vorgehen der Visana stillschweigend zu akzeptieren. Es genehmigte zwar den Rückzug, koppelte ihn aber an klare Auflagen. Unter anderem darf die Visana in den betroffenen acht Kantonen in den nächsten zehn Jahren **nicht mehr als Grundversicherer** auftreten und soll 25 Mio. Fr. aus ihren **Reserven** an jene Kassen abtreten, welche die abgeschobenen Versicherten übernehmen. Für Bundesrätin Dreifuss zeigte der Fall Visana aber auch die Stärke des neuen KVG. Dank dem Obligatorium in der Grundversicherung konnten alle von der Visana abgehalfterten Mitglieder ohne grössere Probleme in eine andere Kasse wechseln; unter dem alten Regime wären die Versicherten (mit Ausnahme der "guten Risiken") bei Bankrott, Teilauflösung oder Fusion einer Kasse unweigerlich auf der Strecke geblieben. Die Visana akzeptierte – wenn auch zähneknirschend – den zehnjährigen Ausschluss aus der Grundversicherung in den Rückzugskantonen, wehrte sich aber mit Zähnen und Klauen gegen die Herausgabe der Reserven und legte Rekurs beim Eidg. Versicherungsgericht ein.<sup>3</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 24.02.2000  
MARIANNE BENTELI

Der Bundesrat verbot den Krankenkassen, ihren Versicherten im Gegenzug zu höheren Franchisen derart grosse **Prämienrabatte** zu gewähren, dass diese je nach Gesundheitszustand die gewählte **Franchise** mehr als nur aufwiegen können. Der Solidaritätsaspekt (Personen mit gesundheitlichen Problemen können von dieser Entlastung nicht profitieren) wurde mit dieser Weisung höher gewertet als der volkswirtschaftliche Nutzen (Personen mit hohen Franchisen beziehen erfahrungsgemäss weniger Leistungen). Von den Bundesratsparteien kritisierte einzig die SVP diesen Entscheid als „Staatsinterventionismus“ und verlangte, die

Krankenkassen sollten frei über die Höhe der Prämienreduktionen bestimmen können.<sup>4</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 11.07.2000  
MARIANNE BENTELI

Zusammen mit elf anderen Behandlungen und Untersuchungen wurden Mitte Jahr die Kosten für die **Heroinabgabe in den Katalog der von den Krankenkassen** zu bezahlenden **Pflichtleistungen** aufgenommen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich das Volk in der Abstimmung vom Juni 1999 explizit für die ärztliche Verschreibung von Heroin ausgesprochen hat. Die Neuregelung umfasst alle medizinischen Leistungen, die in Zusammenhang mit der Abgabe von Heroin sowie dem bereits heute kassenpflichtigen Methadon resp. Buprenorphin (wie Methadon ein Ersatzstoff, jedoch mit kleinerem Suchtpotential) anfallen. Alle weiteren Begleitmassnahmen wie soziale Hilfe, Wohnungs- oder Arbeitsvermittlung sind davon getrennt und verursachen den Krankenkassen keine zusätzlichen Kosten. Diese Ausdehnung des Leistungskatalogs rief umgehend die SVP auf den Plan. Sie erklärte, wenn Bundesrätin Dreifuss weiterhin einer derart „kostentreibende“ Politik nachgehe, müsse man sich überlegen, dem EDI das Dossier zu entziehen und es entweder dem EJPD resp. dem Gesamtbundesrat oder dem Parlament zuzuweisen. Für ihre Entscheide fand Dreifuss hingegen die Unterstützung der restlichen Bundesratsparteien. Bei den traditionellen Von-Wattenwyl-Gesprächen im November wurde sie aber aufgefordert, zukünftig die **politischen Konsultationen zu intensivieren**, wenn es um Leistungen von grösserer Tragweite geht. Dabei wurde insbesondere an Präparate oder Behandlungen gedacht, die einen Wertestreit auslösen oder einen grösseren Kostenschub zur Folge haben könnten.<sup>5</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 06.09.2003  
MARIANNE BENTELI

Erstmals wurde eine **Krankenkasse von der Aufsichtsbehörde geschlossen**. Wegen gravierender organisatorischer und finanzieller Mängel entzog das BSV der **Accorda** auf Anfang 2004 die Betriebsbewilligung. Aber auch andere Krankenversicherer kämpften mit finanziellen Problemen. Neben der Accorda wiesen noch drei weitere der insgesamt 90 Kassen einen negativen Reservestand aus. Der Intras wurde deshalb eine vorgezogene Prämienhöhung im laufenden Jahr gestattet. Dass die **Reserven der Kassen** zum Teil weit unter das gesetzliche Minimum von 15% des Prämienvolumens gesunken sind, wurde nicht zuletzt der Politik angelastet. In der Ära Dreifuss/Piller waren die Versicherer ermuntert worden, Reserven abzubauen, um die Prämienhöhungen zu begrenzen, resp. waren ihnen nicht die Prämienhöhungen zugestanden worden, die sie als wirtschaftlich notwendig erachteten.<sup>6</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 01.01.2004  
MARIANNE BENTELI

Auf den 1. Januar wechselte die Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung innerhalb des EDI vom BSV ins **Bundesamt für Gesundheit** (BAG). Damit soll die Koordination der zentralen Fragen im Gesundheitsbereich innerhalb des Departements verbessert werden. Neuer Abteilungsleiter wurde Hans-Heinrich Brunner, der in den letzten zehn Jahren die Ärzteverbindung FMH präsiert hatte.<sup>7</sup>

**VERWALTUNGSAKT**  
DATUM: 01.01.2008  
ANJA HEIDELBERGER

Die **SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups)** ist das seit 2012 **gültige Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen und stationäre Leistungen in Geburtshäusern** und legt die Höhe der Entschädigung durch die OKP, beruhend auf diagnosebezogenen, gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen, fest. Die SwissDRG AG wurde im Januar 2008 von den Kantonen und den Tarifpartnern im Krankenversicherungsbereich als gemeinnützige Aktiengesellschaft gegründet; noch immer setzt sich der Verwaltungsrat aus Vertretenden der Kantone, der Spitäler und der Ärzteschaft sowie der Versicherungsverbände zusammen. Im Juli 2009 beantragte die SwissDRG beim Bundesrat die Genehmigung der gleichnamigen Tarifstruktur, welche seit 1. Januar 2012 schweizweit gilt.

Neben SwissDRG existieren auch weitere schweizweit einheitliche Tarifstrukturen zur Abrechnung von stationären Leistungen – im Unterschied zum TARMED, das auf ambulante Leistungen anwendbar ist. Die Leistungen im Bereich der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie werden demnach im Rahmen der Tarifstruktur **TARPSY** vergütet. Diese war ebenfalls von der SwissDRG AG entwickelt und vom Bundesrat auf den 1. Januar 2018 in Kraft gesetzt worden.

Die Tarifstruktur **ST Reha**, welche die Abrechnung der Kosten der stationären Rehabilitation regeln soll, befindet sich noch in der Entwicklung. Im März 2021 gab die

SwissDRG AG deren Fertigstellung bekannt und beantragte ihre Einführung per Anfang 2022.<sup>8</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 31.12.2013  
FLAVIA CARONI

Aufgrund der 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung, durch die sich die Beteiligung der Kantone an den Spitalkosten erhöht hatte, waren die **Spitalzusatzversicherungen** stark entlastet worden. Jedoch waren die Prämien für die Versicherten noch nicht entsprechend gesunken. Daher beschloss die Finma im Sommer des Berichtsjahres die Tarife sämtlicher Spitalzusatzversicherungen zu überprüfen, was sie selbst als aussergewöhnliche Massnahme bezeichnete. Ziel sei es, zu verhindern, dass die Versicherer missbräuchlich hohe Gewinne erzielten. Die Abklärungen der Finma führten schliesslich zu Ermahnungen an 22 Versicherer, ihre Prämien teils geringfügig, teils massiv zu senken.<sup>9</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 06.04.2017  
ANJA HEIDELBERGER

Mit dem am Anfang 2016 in Kraft getretenen Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und der dazugehörigen Verordnung KVAV schuf das Parlament eine **Aufsichtsbehörde über die Krankenversicherungen**. Eine solche war zuvor in verschiedenen Postulaten und Motionen gefordert worden. Die Aufsichtsbehörde bewilligt den Versicherungen zukünftig die Durchführung der sozialen Krankenversicherungen, sofern diese die notwendigen Anforderungen erfüllen. Unter anderem müssen sie ihren Sitz in der Schweiz haben, über ausreichendes Startkapital und über die erforderlichen Reserven verfügen, um jederzeit ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen zu können, und alle versicherungspflichtigen Personen aufnehmen. Die Versicherungen müssen die Prämientarife für die OKP der Aufsichtsbehörde zur Bestätigung vorlegen; diese prüft unter anderem, ob die Prämientarife den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, die Kosten decken und nicht zu übermässigen Reserven führen. Die Aufsichtsbehörde überwacht in der Folge die Durchführung der sozialen Krankenversicherung, zum Beispiel die Einhaltung der Bestimmungen des KVAG und des KVG, die einwandfreie Geschäftstätigkeit der Versicherungen sowie die Solvenz und die ordnungsmässige Verwaltung der Vermögenswerte durch die Versicherungen. Dazu erstatten die Versicherungen der Aufsichtsbehörde jährlich Bericht. Die Aufsichtsbehörde kann schliesslich, wenn nötig, der Versicherung die freie Verfügung über ihre Vermögenswerte untersagen und/oder ihr die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung entziehen. Neben den Krankenversicherungen wird die Aufsichtsbehörde auch die Unfallversicherungen im Bereich UVG, die Militärversicherung sowie die Gemeinsame Einrichtung KVG (GE KVG) überwachen. Die Aufsichtsbehörde erstellt jährlich einen Tätigkeitsbericht, mit dem sie gemäss eigenen Aussagen Transparenz über ihre Tätigkeit schaffen möchte.<sup>10</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 25.10.2017  
ANJA HEIDELBERGER

2017 machte sich eine vom EDI eingesetzte **Expertengruppe** daran, Determinanten der Steuerung des Mengenwachstums auszuwerten und rasch umsetzbare **kostendämpfende Massnahmen für die OKP** zu erarbeiten. Die Expertengruppe umfasste 14 Expertinnen und Experten mit medizinischem und gesundheitsökonomischem Hintergrund aus Forschung und Verwaltung aus Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz und wurde von alt-Ständerätin Verena Diener (glp, ZH) geleitet. Die Gruppe kritisierte insbesondere, dass die Effizienzanreize im Schweizer Gesundheitssystem nicht genühten und die beteiligten Akteure zu wenig in der Kostenverantwortung stünden. Darum würde der bestehende Spielraum zur Entwicklung von innovativen Kostenmodellen nicht genutzt. Das Ziel ihrer Vorschläge zur Kostendämpfung bestehe entsprechend darin, Fehlanreize zu beseitigen, wobei die vier grössten Kostenblöcke – Behandlungen in Arztpraxen, stationäre Spitalbehandlungen, Arzneimittel und spitalambulante Behandlungen – im Zentrum stünden.

Nach sechs Sitzungen schlug die Expertengruppe in ihrem Ende August 2017 verabschiedeten Bericht mit dem Titel «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» als Hauptmassnahmen vor, dass ein neues Steuerungsinstrument mit möglichen Sanktionsmassnahmen für verbindliche Zielvorgaben für das Kostenwachstum in der OKP geschaffen sowie ein Experimentierartikel für innovative Pilotprojekte eingeführt werden solle. Überdies schlugen die Experten 36 sekundäre Massnahmen vor, die in drei Gruppen gegliedert wurden: bestehende Massnahmen, geplante Massnahmen und Massnahmen der Expertengruppe. Etwa ein Drittel der von der Expertengruppe vorgeschlagenen

Massnahmen betraf bereits begonnene Projekte des Bundesrates, die entsprechend intensiviert werden sollten. Dazu gehören das Health Technology Assessment (HTA), die Stärkung der Qualität, die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich sowie das Referenzpreissystem bei Arzneimitteln. Neben den Zielvorgaben für das OKP-Wachstum und dem Experimentierartikel sollten neu unter anderem auch Pauschalen im ambulanten Bereich sowie eine regionale Spitalversorgungsplanung diskutiert werden. Insbesondere der Vorschlag eines Globalbudgets mit Kostendach für die OKP schlug in der Folge in den Medien hohe Wellen. Im Oktober 2017 nahm der Bundesrat vom Bericht Kenntnis.<sup>11</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 14.09.2018  
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2017 beauftragte der Bundesrat mit Bezug auf den Expertenbericht zu den kostendämpfenden Massnahmen für die OKP das EDI damit, neue Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der OKP vorzuschlagen und sich dabei an folgende Leitlinien zu halten: Alle Akteure sollen zur Dämpfung der Kosten beitragen und ihren Handlungsspielraum ausschöpfen, zudem soll die Transparenz durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verbessert werden. Des Weiteren sollen Anreize zur Mengenausweitung korrigiert werden. Die Tarifpartnerschaft soll aufrechterhalten werden; sollte sie sich jedoch als ergebnislos erweisen, soll der Bund subsidiär eingreifen.

Im September 2018 schickte der Bundesrat das **erste Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** in die Vernehmlassung. Das lang erwartete Projekt, das zahlreiche angenommenen Vorstösse aufnimmt, soll Einsparungen von mehreren hundert Millionen Franken mit sich bringen. Konkrete Auswirkungen auf die vergüteten Preise sollen durch ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente, welches durch einen Preisabschlag oder ein Meldesystem die Verschreibung von Generika verstärken soll, durch die Schaffung einer paritätisch zusammengesetzten nationalen Tariforganisation für den ambulanten Bereich sowie durch die Schaffung von Patientenpauschaltarifen, also Pauschalen im ambulanten Bereich beruhend auf einer einheitlichen Tarifstruktur, erzielt werden. Auch weitere Massnahmen sollten kostenrelevant sein: die Schaffung eines Experimentierartikels, wie er von Heinz Brand (svp, SZ) gefordert worden war und der es ermöglichen soll, ausserhalb des KVG innovative, kostendämpfende Pilotprojekte thematisch, zeitlich und räumlich eingegrenzt zu testen; eine Verpflichtung der Leistungserbringenden und Versicherungen, Massnahmen zur Korrektur von ungerechtfertigtem Mengen- und Kostenwachstum vorzulegen; das Versenden von Rechnungskopien an die Versicherten zur Rechnungskontrolle sowie ein Beschwerderecht von Versichererverbänden bei Verfügungen der Kantone bezüglich Spitäler, mit dem eine Überversorgung verhindert werden sollte.<sup>12</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>13</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 einreichen.<sup>14</sup>

VERWALTUNGSAKT  
DATUM: 21.08.2019  
ANJA HEIDELBERGER

Im August 2019 legte der Bundesrat seine **Botschaft zum ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** vor. Darin wollte er zwölf Kostendämpfungsmassnahmen umsetzen, von denen jedoch nur neun Gesetzesänderungen nach sich ziehen würden; bei den restlichen sah er auf Gesetzesstufe keinen Handlungsbedarf. Von den Gesetzesänderungen im ersten Paket seien alle Akteure des Gesundheitswesens betroffen, betonte der Bundesrat. Diese beträfen die Einführung des Experimentierartikels, zwingende Rechnungskopien der Leistungserbringenden an die Versicherten und die maximal mögliche Busse bei Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen. Des Weiteren solle eine Tariforganisation im ambulanten Bereich sowie eine Pflicht zu einheitlichen Tarifstrukturen für Patientenpauschaltarife bei ambulanten Behandlungen geschaffen werden. Die Leistungserbringenden und Versicherungen sollten verpflichtet werden, dem Bundesrat alle für die Festlegung der Tarife und Preise notwendigen Daten kostenlos zukommen zu lassen sowie in Verträgen zur Vereinbarung von Tarifen und Preisen Kostensteuerungsmassnahmen vorzusehen. Schliesslich sollte ein Referenzpreissystem für patentabgelaufene Medikamente sowie ein Beschwerderecht für Versichererverbände bezüglich Spitallisten geschaffen werden. Änderungen seien im KVG, im UVG, im MVG und im IVG geplant.<sup>15</sup>

- 
- 1) Presse vom 24.9. und 19.12.96; Interpellation Saudan (fdp, GE): Amtl. Bull. StR, 1996, S. 727 ff. vorberatende Kommission StR; NZZ, 7.9.96; Presse vom 23.10.96
  - 2) AS, 1991, S. 2546; Presse vom 15.6.91; NZZ, 14.11.91.
  - 3) Presse vom 18.9.98; NZZ, 22.9.98; Vorwurf, die Visana habe Reserven aus der Grund- in die Zusatzversicherungen transferiert; BZ, 19.10.98; BSV; Presse vom 3.12.98; Presse vom 28.8., 9.9. und 18.9.98.
  - 4) CHSS, 2000, S. 82 ff.; Presse vom 24.2. und 14.9.00.
  - 5) Presse vom 11.11.00; Presse vom 16.9.00; Presse vom 11.7. und 16.9.00; Presse vom 11.7. und 18.7.00; AZ, 4.10.00
  - 6) NZZ, 6.9. und 4.11.03.
  - 7) Presse vom 27.4.04; Bund und TA, 14.10.04.
  - 8) Dokumentation der SwissDRG AG zu TARPSY; Internetseite BAG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu ST Reha [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu SwissDRG [Stand 3.1.21]; Internetseite SwissDRG AG zu TARPSY [Stand 3.1.21]
  - 9) SGT, 18.4.13; SoZ, 18.8.13; SO, 29.9.13; AZ, 8.11.13.
  - 10) KVAG vom 26.9.14
  - 11) Bericht der Expertengruppe; Faktenblatt Expertengruppe; Medienmitteilung BAG vom 25.10.17; Medienmitteilung des Bundesrates vom 25.10.16
  - 12) Erste Massnahmen zur Kostendämpfung vom 29.3.18; Faktenblatt Referenzpreissystem vom 25.10.18; Kostendämpfungsmassnahmen BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BAG vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 14.9.18; Medienmitteilung BR vom 25.10.17; Medienmitteilung BR vom 29.3.18; Übersicht Kostendämpfungsmassnahmen vom 14.9.18
  - 13) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung
  - 14) Medienmitteilung ats-tms vom 12.7.19
  - 15) BBI 2019, S. 6071 ff.