

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	23.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Assurance-maladie
Acteurs	Parti démocrate-chrétien (PDC; -2020)
Type de processus	Sans restriction
Date	01.01.1965 - 01.01.2022

Imprimer

Éditeur

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

Contributions de

Benteli, Marianne
Bernath, Magdalena
Bühlmann, Marc
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Hohl, Sabine
Käppeli, Anita
Meyer, Luzius
Müller, Eva
Rohrer, Linda
Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien

Citations préféré

Benteli, Marianne; Bernath, Magdalena; Bühlmann, Marc; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Hohl, Sabine; Käppeli, Anita; Meyer, Luzius; Müller, Eva; Rohrer, Linda; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Assurance-maladie, Parti démocrate-chrétien (PDC; -2020), 1993 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne.
www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 23.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Politique sociale	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	1
Médecins et personnel soignant	1
Médicaments	2
Assurances sociales	3
Assurance-maladie	6
Groupes sociaux	16
Politique familiale	16
<hr/>	
Partis, associations et groupes d'intérêt	16
Partis	16
Grands partis	16

Abréviations

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
ALV	Arbeitslosenversicherung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EL	Ergänzungsleistungen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
EO	Erwerbsersatzordnung
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
FH	Fachhochschule
OAK BV	Oberaufsichtskommission Berufliche Vorsorge
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz
IDA FiSo	Interdepartementale Arbeitsgruppe "Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen"
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste der OKP
FRC	Fédération romande des consommateurs (Konsumentenschutz der Romandie)
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
CNG	Christlichnationaler Gewerkschaftsbund (Vorgänger von Travail.suisse)
KVAG	Krankenversicherungsaufsichtsgesetz
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete
KKA	Konferenz der Kantonalen Ärztesellschaften
CLASS	Gesundheitsdirektorenkonferenz der lateinischen Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
KAE	Kurzarbeitsentschädigung
ÜL	Überbrückungsleistung
HF	Höhere Fachschule
<hr/>	
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
AC	assurance-chômage
DFI	Département fédéral de l'intérieur
SEFRI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation
CrEDH	Cour européenne des droits de l'homme
PC	Prestations complémentaires
FMH	Fédération des médecins suisses

SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
APG	allocations pour perte de gain
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
HES	Haute école spécialisée
CHS PP	Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz (Fédération des consommateurs en Suisse alémanique)
IDA FiSo	Groupe de travail interdépartemental "perspectives de financement des assurances sociales"
LiMA	Liste des moyens et appareils de AOS
FRC	Fédération romande des consommateurs
RIP	Réduction individuelle de primes
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
CSC	Confédération des syndicats chrétiens de Suisse (Prédécesseur de Travail.suisse)
LSAMal	Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie
SAB	Groupement suisse pour les régions de montagne
CCM	Conférence des Sociétés Cantonales de Médecine
CLASS	Conférence latine des affaires sanitaires et sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS)
FSP	Fédération Suisse des Patientes
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
RHT	Indemnité en cas de réduction de l'horaire de travail
PT	Prestation transitoire
ES	écoles supérieures

Chronique générale

Politique sociale

Santé, assistance sociale, sport

Politique de la santé

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 05.10.2002
MARIANNE BENTELI

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

Médecins et personnel soignant

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 14.08.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Zu dem am 20. Mai 2019 in **Vernehmlassung** gegebenen Vorentwurf der SGK-NR **zum indirekten Gegenvorschlag der Pflegeinitiative** gingen bis zum 14. August 2019 insgesamt 152 Stellungnahmen ein. Während die Vorlage von weiten Kreisen grundsätzlich befürwortet wurde, nahmen drei Kantone (SZ, ZG und ZH), die SVP, Economiesuisse, Santésuisse und die Helsana eine ablehnende Haltung ein, die sie unter anderem mit dem Föderalismus oder im Falle von Santésuisse mit einem fehlenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf begründeten.

Bezüglich der einzelnen Massnahmen, die von der Kommission vorgeschlagen worden waren, zeigte sich, dass insbesondere die Beiträge der Kantone zu den Ausbildungsleistungen der Spitäler, Pflegeheime und Spitexorganisationen im Allgemeinen sehr gut aufgenommen wurden – dies unter anderem von der GDK, 18 Kantonen, von allen Parteien (ausser der SVP), dem SGV, dem Centre Patronal, aber auch von den Gewerkschaftsdachverbänden, den Leistungserbringenden, Berufsverbänden und Bildungseinrichtungen sowie von Curafutura und drei der Santésuisse angehörigen Versicherern.

Nicht unterstützt wurden von der GDK und 14 Kantonen indes Beiträge für Auszubildende in der Krankenpflege an einer HF oder FH. Dabei stellte für sie vor allem die Verpflichtung der Kantone ein Problem dar; einer Kann-Formulierung würden sie jedoch zustimmen. Mit Ausnahme der FDP.Liberalen und der SVP befürworteten neben allen Parteien auch die Gewerkschaften, alle Leistungserbringende, Berufsverbände und Bildungsinstitutionen die Ausbildungsbeiträge. Gespalten zeigten sich die Versicherer.

Ebenfalls umstritten war die Begrenzung der Gültigkeitsdauer des Gesetzes auf acht

Jahre. Während die GDK, 17 Kantone wie auch vier Parteien, die Gewerkschaften, der SGV und eine Mehrheit der Leistungserbringenden sich dagegen aussprachen, weil sie eine zeitliche Limitierung nicht für wirksam hielten, resp. der Ansicht waren, dass das Problem des Fachkräftemangels innerhalb dieses Zeitrahmens nicht gelöst werden könne, unterstützten diejenigen Versicherer, die dem Gegenvorschlag positiv gegenüberstanden, eine solche Begrenzung.

Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sprach sich für eine gesetzliche Verankerung von bestimmten Leistungen, welche die Pflegefachpersonen selbstständig durchführen dürfen, aus. Es wurden allerdings einige Änderungsvorschläge angebracht. So war es der GDK und 17 Kantonen wichtig, dass Pflegefachkräfte nicht nur in der Lage seien, die pflegerische Grundversorgung in eigener Verantwortung durchzuführen, sondern diese für limitierte Zeiträume selbst auch delegieren zu können. Curafutura, Swica und Visana befürworteten die Einräumung der neuen Kompetenzen, forderten aber eine Vereinbarung der Modalitäten zwischen den Versicherern und den Pflegeverbänden. Die FDP, Die Liberalen, die GLP und der SGV wollten, dass ein Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen werden müsse. Gutgeheissen wurde die Kompetenzerweiterung im Bereich der Grundpflege von der FMH, für den Bereich der psychiatrischen Grundpflege hingegen sprach sie sich dagegen aus.

Für die beiden Dachverbände der Versicherer, Curafutura und Santésuisse, hatten Leistungsaufträge, die verbindliche Regelungen über die zu erbringenden Ausbildungsleistungen enthalten, im KVG keinen Platz. Bei den Kantonen war die Mehrzahl der Auffassung, dass sie selbst über diese Regelung verfügen können sollten. Leistungserbringende und Berufsverbände wünschten sich eine Verknüpfung solcher Leistungsaufträge mit den von den Kantonen erteilten Betriebsbewilligungen.

Was die Einführung der Vertragsfreiheit von Pflegefachleuten betrifft, so stiess diese bei den meisten Kantonen, den Gewerkschaften, Leistungserbringenden, Berufsverbänden wie auch bei Curafutura und der Visana nicht auf offene Ohren. Wenn es hingegen nach Santésuisse ginge, müssten, falls die Kompetenzen der Pflegefachfrauen und -männern erweitert würden, der Vertragszwang gelockert oder eine Einzelvereinbarung zwischen den Versicherern und den Pflegevertretern getroffen werden.

Die Pflicht, einen Gesamtarbeitsvertrag abzuschliessen, fand abgesehen von den Gewerkschaften, linksgrünen Parteien und Bildungsinstitutionen keine Unterstützung.²

Médicaments

Mit zwei Motionen wollte die CVP-Fraktion Einfluss auf die **Medikamentenkosten** nehmen. Sie beantragte einerseits (Mo. 05.3015), die **Spezialitätenliste** sei dahingehend abzuändern, dass die obligatorische Krankenversicherung nicht mehr verpflichtet sei, Heilmittel für Bagatellerkrankungen abzugelten. Der Bundesrat erklärte dazu, die Positivliste der krankenkassenpflichtigen Medikamente werde momentan vom BAG kritisch durchleuchtet; der Begriff der geringfügigen gesundheitlichen Störung sei aber zu ungenau und eigne sich nicht für eine Abgrenzung. Der Nationalrat nahm die Motion dennoch mit 104 zu 71 Stimmen an. Der Ständerat schloss sich dann der Argumentation des Bundesrates an und lehnte sie diskussionslos ab. Andererseits berief sich die CVP auf zwei Standesinitiativen der Kantone Genf und Wallis, welche der Ständerat im Vorjahr zwar definitiv abgeschrieben, in deren Anschluss er aber eine vom Nationalrat noch nicht behandelte Motion angenommen hatte, welche den Bundesrat beauftragt, eine Regelung vorzuschlagen, die Klarheit schafft über die Transparenz und das zulässige Ausmass von Rabatten, die im Rahmen der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten gewährt werden. Während der Auftrag des Ständerates allgemein formuliert ist, gibt die CVP-Motion verbindliche Leitlinien vor. Aus diesem Grund beantragte der Bundesrat Ablehnung, weil er abwarten möchte, wie sich die Praxis entwickelt, konnte sich aber nicht gegen den Nationalrat durchsetzen, der mit 95 zu 60 Stimmen der Meinung war, hier müsse rasch gehandelt werden.³

MOTION
DATE: 19.03.2007
MARIANNE BENTELI

Assurances sociales

Assurances sociales

Kurz vor Weihnachten stellte das EDI den zweiten Bericht der interdepartementalen Arbeitsgruppe Finanzierung der Sozialversicherung (**IDA-FiSo-2**) der Öffentlichkeit vor. Nachdem der erste Bericht die finanziellen Folgen der Weiterführung des geltenden Leistungssystems in den Jahren 2010 und 2025 dargestellt hatte, wurden mit dem zweiten Bericht die **möglichen Aus-, Um- oder Abbauszenarien im Leistungsbereich** dargestellt. IDA-FiSo-1 war im Vorjahr zum Schluss gelangt, dass im Jahre 2010 15,3 Mia. Fr. mehr nötig sind, um die heutigen Sozialleistungen inklusive Mutterschaftsversicherung zu finanzieren. Der Bundesrat hatte IDA-FiSo-2 daraufhin den Auftrag erteilt, anhand von **drei Szenarien** darzustellen, was getan werden müsste, um den Mehrbedarf auf 9 Mia. Fr. zu beschränken, welche Massnahmen die Fortführung des Status quo fordert und welche die Erhöhung der Ausgaben auf 18 Mia. Fr. Der IDA-FiSo-2-Bericht zeigte den Gestaltungsraum innerhalb der einzelnen Sozialversicherungszweige auf sowie die Auswirkungen für das ganze System, die Versicherten und die Wirtschaft. Bei allen Varianten wurde mit einem finanziellen Mehrbedarf gerechnet.

Sowohl die bürgerlichen Parteien und die Arbeitgeber auf der einen, als auch die SP und die Gewerkschaften auf der anderen Seite sahen sich von den Schlussfolgerungen des Berichtes in ihren Ansichten bestätigt. Die FDP fand, dass jetzt weder ein Ausbau noch die Schliessung von Lücken im sozialen Netz möglich sei. Sie forderte den Bundesrat auf, für die mittel- und langfristigen Aspekte der Finanzierung der Sozialwerke zu einem Gespräch am runden Tisch einzuladen. Die SVP verlangte ein Sanierungspaket, das auf der Leistungsseite zwingende Korrekturen vornehme. Die Arbeitgeber vertraten die Auffassung, dass nur das Szenario "gezielter Abbau" wirtschaftsverträglich sei, und dass im jetzigen Zeitpunkt die Einführung einer Mutterschaftsversicherung nicht zur Diskussion stehen könne. Gegen jeglichen Ausbau war auch der Schweizerische Gewerbeverband; er verlangte unter anderem ein einheitliches Rentenalter von mindestens 65 Jahren, eine Kürzung der Bezugsdauer bei der Arbeitslosenversicherung sowie Kostendämpfungen im Gesundheitswesen.

Ganz andere Schlüsse zogen SP und Gewerkschaften aus dem Bericht. Für die Sozialdemokraten zeigte dieser, dass kein Bedarf für Leistungsabbauzenarien im Sozialversicherungsbereich bestehe und auch ein Moratorium wirtschaftspolitisch nicht zu rechtfertigen sei. Aus dem Bericht sei zudem ersichtlich, dass die Politik in der Ausgestaltung der sozialen Schweiz der nächsten Jahrzehnte einen sehr grossen Spielraum habe. Für den Christlichnationalen Gewerkschaftsbund (CNG) stellte der Bericht eine gute Ausgangslage dar, um die Auseinandersetzungen über die künftige Ausgestaltung der Sozialwerke zu versachlichen. Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) hingegen bezeichnete den Bericht als mangelhaft. Er liste unzählige Abbauvorschläge auf und beschränke sich dabei auf die Bezifferung der möglichen Einsparungen. Dabei hätten die Experten vergessen, die Folgen für die Betroffenen darzulegen. SP und SGB verlangten die rasche Realisierung der Mutterschaftsversicherung und der Ruhestandsrente.

Einmal mehr zwischen den Fronten versuchte sich die CVP zu positionieren. Die Partei sprach sich sowohl gegen den Abbau als auch gegen den Ausbau, sondern für den Umbau der Sozialversicherungen auf dem Niveau der heutigen Sozialleistungsquote sowie für eine Mutterschaftsversicherung aus. Sie kritisierte aber, die Arbeitsgruppe sei von zu optimistischen Arbeitslosenquoten (maximal 3,5%) ausgegangen. Sparpotential ortete sie in mehr Eigenverantwortung und in der Missbrauchsbekämpfung.⁴

Jahresrückblick 2020: Sozialversicherungen

Über den Themenbereich «Sozialversicherungen» berichteten die Medien im Jahr 2020 deutlich weniger als in den Vorjahren (ersichtlich in Abbildung 2 der APS-Zeitungsanalyse 2020). Jedoch war die Berichterstattung zu Beginn des Jahres noch vergleichsweise stark (vgl. Abbildung 1); zu diesem Zeitpunkt dominierte die Frage nach den **Überbrückungsleistungen** und damit nach der **Schaffung einer neuen Sozialversicherung**. Diese Frage wurde bis zum Ende der Sommersession 2020 geklärt, als das Parlament die Vorlage in der Einigungskonferenz und somit noch vor der Abstimmung über die Begrenzungsinitiative, die Corona-bedingt auf Ende September hatte verschoben werden müssen, bereinigte. Das von Mitgliedern der SVP angestrebte

fakultative Referendum kam nicht zustande. Neu erhalten somit Ausgesteuerte ab 60 Jahren ÜL, wenn sie mindestens 20 Jahre, fünf davon ab dem Alter von 50 Jahren, in die AHV einbezahlt haben, ihr Erwerbseinkommen mindestens 75 Prozent des AHV-Höchstbeitrags betrug und ihr Reinvermögen unterhalb der EL-Vermögensschwelle liegt.

Nach diesem Anfangsinteresse an den Sozialversicherungen geriet die Thematik aufgrund der Corona-Pandemie stark in den Hintergrund. Zwar wurden die Kurzarbeitsentschädigung sowie der Erwerbsersatz als zwei der drei Hauptmassnahmen zur Abfederung der Auswirkungen der Pandemie (neben den Corona-Krediten) wichtiger als jemals zuvor, dies widerspiegelte sich jedoch nicht in der entsprechenden medialen Berichterstattung (siehe Abbildung 1). Darüber hinaus wirkte sich Corona auch stark auf die Debatte im Krankenversicherungsbereich sowie bezüglich der finanziellen Lage des AHV-Ausgleichsfonds und der Pensionskassen aus.

Besonders viele Neuerungen gab es im Jahr 2020 bei der **Arbeitslosenversicherung (ALV)**. Noch vor Ausbruch der Pandemie bereinigte das Parlament die Vorlage zur Vereinfachung der Bestimmungen zur Kurzarbeit im Arbeitslosenversicherungsgesetz und sah darin unter anderem vor, dass der Bundesrat bei schwieriger Konjunktur die Höchstbezugsdauer für Kurzarbeitsentschädigung (KAE) verlängern kann. Aufgrund des Abbruchs der Frühjahrsession konnte die Schlussabstimmung zum Gesetz erst in der Sommersession durchgeführt werden. Als der Bundesrat während der ersten Corona-Welle entschied, **zur Abfederung der Pandemie unter anderem auf Kurzarbeitsentschädigungen zu setzen**, stützte er sich in seiner Verordnung somit noch auf die bisherigen Gesetzesbestimmungen. Von diesen bundesrätlichen Corona-Massnahmen zur ALV fiel insbesondere die Ausdehnung des Zugangs zu KAE auf zusätzliche Kategorien von Erwerbstätigen, etwa auf nicht kündbare Temporärangestellte, Lehrlinge oder arbeitgeberähnliche Angestellte ins Gewicht. Damit die ALV die Massnahmen finanzieren konnte – bei Überschuldung der ALV tritt ihre Schuldenbremse in Kraft, wodurch die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge im Folgejahr erhöht werden müssen –, sprach das Parlament auf Antrag des Bundesrates in der ersten Nachmeldung zum Nachtrag I zum Voranschlag 2020 eine Zusatzfinanzierung von CHF 6 Mrd. und erhöhte diese im Nachtrag IIa um weitere CHF 14.2 Mrd. Diese Zusatzfinanzierung bedurfte jedoch einer Änderung des AVIG, welche National- und Ständerat in der Herbstsession 2020 guthiessen.

Neben den KAE setzte der Bundesrat zur Bewältigung der Pandemie auch auf **Erwerbsersatz**, dessen Einsatz er ebenfalls in einer Verordnung regelte. Neu sollten nicht nur Dienstleistende der Schweizer Armee und Mütter nach der Geburt in den Genuss von EO kommen, sondern temporär und unter gewissen Bedingungen auch Selbständigerwerbende, sofern ihr Betrieb vom Bund geschlossen wurde, sie sich in ärztlich verordnete Quarantäne begeben mussten oder wegen Betreuungsaufgaben ihrer Arbeit nicht nachgehen konnten. Betreuungsaufgaben wegen Schulschliessungen konnten überdies auch Angestellte geltend machen. Für diese Massnahme genehmigte das Parlament einen Nachtragskredit über CHF 4 Mrd., zumal auch der EO-Fonds nur flüssige Mittel von CHF 1 Mrd. aufwies.

Diskutiert wurde im Bereich der **Krankenversicherungen** vor allem darüber, wer die hohen Corona-Kosten im Gesundheitswesen übernehmen soll: Zwar wurden für die Krankenkassen für das Jahr 2020 wegen Corona tiefere Kosten erwartet, zumal zeitweise alle nicht dringlichen Behandlungen untersagt worden waren, teuer würden hingegen ebendiese Ausfälle von Behandlungen für die Spitäler werden.

Unabhängig von der Corona-Pandemie waren Bundesrat und Parlament im Krankenversicherungsbereich sehr aktiv, insbesondere bei den Massnahmen zur Kostendämpfung, von denen sie sich eine Eindämmung des Prämienanstiegs erhofften. Das erste Massnahmenpaket teilte die SGK-NR vor der ersten Ratsbehandlung im Mai 2020 in zwei Teile auf: In einem ersten Schritt sollten im Teilpaket 1a die weniger umstrittenen Aspekte behandelt werden, wobei sich bei den Behandlungen rasch zeigte, dass es im Gesundheitsbereich beinahe keine unumstrittenen Aspekte gibt. Entsprechend begann der Nationalrat noch vor Abschluss dieses Teilpakets mit der Behandlung des Teilpakets 1b mit den als umstrittener eingeschätzten Massnahmen. Gleichzeitig führte der Bundesrat zwischen August und November 2020 auch eine Vernehmlassung zum zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung durch, dessen Hauptmassnahme die Einführung einer Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP darstellt. Da auch die von der CVP in der Zwischenzeit erfolgreich eingereichte eidgenössische Initiative «Für tiefere Prämien» eine Kostenbremse im Gesundheitswesen forderte, schlug der Bundesrat das zweite Massnahmenpaket als indirekten Gegenvorschlag zur CVP-Initiative vor.

Auch der Prämien-Entlastungs-Initiative der SP stellte der Bundesrat mit der Vorlage zu den individuellen Prämienverbilligungen einen indirekten Gegenvorschlag zur Seite. Darin beantragte er als Reaktion auf die stetige Senkung der IPV-Beiträge durch die Kantone, die entsprechenden Kantonsbeiträge an die kantonalen Bruttokosten sowie an die verbleibende Prämienbelastung zu knüpfen. Auch diesen Gegenvorschlag schickte er in der Folge in die Vernehmlassung. Mit der KVG-Ergänzung über die Vollstreckung der Prämienzahlungspflicht der Versicherten, dem Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung standen auch zwei auf parlamentarischen Initiativen basierende Gesetzesvorlagen kurz vor oder am Anfang der parlamentarischen Beratung, während bei der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS) 2020 keine Fortschritte erzielt werden konnten. Abgeschlossen wurde hingegen die Vorlage zur Zulassung von Leistungserbringenden in der Sommersession 2020, mit welcher die bisher zeitlich befristete Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden permanent geregelt wurde. In der Wintersession 2020 einigten sich die Räte auch auf neue Regelungen zur Vergütung des Pflegematerials.

Der Themenbereich **Altersvorsorge** erhielt im Jahr 2020 von den Medien deutlich weniger Aufmerksamkeit als in den Vorjahren. Dies hing sicherlich einerseits damit zusammen, dass anders als in den Jahren 2017 (Altersvorsorge 2020) und 2019 (STAF) keine eidgenössische Abstimmung zu diesem Thema stattfand. Andererseits überdeckte auch in diesem Themenbereich die Corona-Berichterstattung verschiedene, durchaus berichtenswerte Ereignisse. So machte der Bundesrat bezüglich der Reform der beruflichen Vorsorge einen Schritt vorwärts. Nachdem der Arbeitgeberverband, Travail.Suisse und der Gewerkschaftsbund im Juli 2019 ihren Kompromissvorschlag für die BVG-Revision präsentiert hatten, wurden bald von allen Seiten Kritik und Alternativvorschläge laut, insbesondere bezüglich des Rentenzuschlags im Umlageverfahren. Dennoch entschied sich der Bundesrat Ende November 2020 in der Botschaft zum neu als «BVG 21» betitelten Geschäft, am Kompromiss der Sozialpartner festzuhalten.

Wenige Aktivitäten gab es bezüglich der Revision der AHV. Zwar begann die SGK-SR im August 2020 die Vorberatung der Vorlage zur Stabilisierung der AHV (AHV 21), diese dauerte jedoch aufgrund vertiefter Abklärungen so lange, dass die Vorlage im Jahr 2020 noch nicht im Plenum beraten werden konnte.

Für zwei Volksinitiativen zur Altersvorsorge – für die Volksinitiative «Berufliche Vorsorge – Arbeit statt Armut» sowie für die Volksinitiative «für eine generationengerechte Altersvorsorge (Vorsorge Ja – aber fair)» – verstrichen die Sammelfristen im Jahr 2020 unbenutzt. Zudem wurde im Februar 2020 die Volksinitiative «Für ein besseres Leben im Alter (Initiative für eine 13. AHV-Rente)» durch den Gewerkschaftsbund lanciert. Einiges zu reden wird zukünftig auch ein Urteil des EGMR geben, der die Schweiz wegen unzulässiger Ungleichbehandlung von Witwen und Witvern rügte: Das Gericht kritisierte, dass ein verwitweter Vater nur eine Rente erhält, bis seine Kinder volljährig sind, während verwitwete Mütter ein Leben lang eine Rente erhalten.

Doch auch das Thema «Altersvorsorge» blieb von der Corona-Pandemie nicht unberührt. So verloren sowohl der AHV-Ausgleichsfonds als auch die Pensionskassen durch den Corona-bedingten Aktiensturz viel Geld. Die OAK BV berichtete im Mai 2020, dass der Deckungsgrad der Pensionskassen durchschnittlich um 6 Prozent auf 105.6 Prozent gefallen war, vermeldete dann aber im Laufe des Jahres wieder steigende Zahlen: Ende September 2020 lag der durchschnittliche Deckungsgrad bereits wieder bei 110.2 Prozent. Auch das BSV erwartete mittelfristig nur geringe Folgen durch die Pandemie – es nutzte für seine Prognose gemäss NZZ aber auch positivere Wirtschaftsprognosen als die restliche Bundesverwaltung. Ein grosses, nicht nur Corona-bedingtes Problem im Rahmen des BVG löste der Bundesrat Anfang Juli, als er der Auffangeinrichtung BVG erlaubte, Gelder bis CHF 10 Mrd. aus dem Freizügigkeitsbereich zinslos und unentgeltlich bei der Bundestresorie anzulegen. Da Freizügigkeitsguthaben nicht mit Negativzinsen belastet werden dürfen, war eine sichere Anlage der Gelder aufgrund der Negativzinsen zuvor kaum möglich gewesen.

Schliesslich schloss das Parlament in der Sommersession 2020 auch die **Weiterentwicklung der IV** erfolgreich ab. Mit der Vorlage hatte der Bundesrat beabsichtigt, die bisher noch unzureichende Wiedereingliederung bei Kindern, Jugendlichen und Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Entgegen anfänglicher Entscheide des Nationalrats, die Kinderrenten zu senken und die Kinderrenten in «Zulage für Eltern» oder «Zusatzrente für Eltern» umzubenenen, entschied sich das Parlament zum Schluss, auf beide Massnahmen zu verzichten.⁵

Assurance-maladie

Der Nationalrat folgte in den Grundfragen der Gesetzesrevision (Obligatorium, Freizügigkeit beim Kassenwechsel, massvolle Ausdehnung des Leistungskatalogs, Aufhebung der Aussteuerung nach 720 Tagen, Prämienungleichheit von Mann und Frau, Jungen und Alten in der Grundversicherung, gezielte Prämienverbilligungen der öffentlichen Hand, Zulassung neuer Versicherungsformen) Bundes- und Ständerat, nahm aber auch die Vorschläge der Kartellkommission in wesentlichen Punkten auf. So sollen wettbewerbshindernde Bestimmungen in Verbandsstatuten, Landesregeln und Tarifverträgen ausdrücklich verboten werden. Anders als der Ständerat wollte der Nationalrat bei der Aushandlung der Tarifverträge den Patientenorganisationen zumindest ein Anhörungsrecht einräumen.

Die Gesetzesvorlage sieht – ähnlich wie der befristete Bundesbeschluss von 1991 über Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung – vor, dass Versicherer mit einem unterdurchschnittlichen Bestand an Frauen oder älteren Personen Ausgleichsbeiträge zugunsten von Versicherern mit einem entsprechend überdurchschnittlichen Anteil zu leisten haben. Bundes- und Ständerat wollten diese Bestimmung auf zehn Jahre beschränken, da sich ihrer Meinung nach bis dahin die Risikostrukturen aufgrund der vollen Freizügigkeit der Versicherten angeglichen haben sollten. Der Nationalrat zeigte sich hier skeptischer und strich deshalb die Befristung.

Beim Katalog der ausserordentlichen Massnahmen zur Kosteneindämmung kehrte der Nationalrat insofern zum bundesrätlichen Vorschlag zurück, als er das Instrument der Globalbudgetierung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zulassen wollte. Zudem erteilte er dem Bundesrat die Kompetenz, kantonale Massnahmen bei der Globalbudgetierung zu koordinieren. Bei der Zulassungsbeschränkung für Leistungserbringer schloss sich die Volkssammer hingegen dem Ständerat an und lehnte diese ab.

Im Bereich der gezielten Prämienverbilligungen durch Beiträge der öffentlichen Hand – vorerst 3 Mia Fr. während vier Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes – folgte der Nationalrat ebenfalls dem Bundesrat und setzte die kantonalen Beiträge auf mindestens die Hälfte des gesamten Bundesbeitrages fest. Der Ständerat hatte hier die Kantone weniger streng in die Pflicht nehmen wollen. Anders als Bundes- und Ständerat beschloss der Nationalrat allerdings, den Kantonen das System, nach dem die Prämienverbilligungen vorzunehmen sind, nicht vorzuschreiben. Damit kam er dem Wunsch der Kantone nach administrativer Vereinfachung entgegen.

In einem heiklen Punkt der Vorlage, der Regelung der Direktabgabe von Medikamenten durch die Ärzte (Selbstdispensation) stellte sich der Nationalrat hinter die ursprüngliche Vorlage und damit gegen den Ständerat und entschied, die Selbstdispensation zulasten der Krankenversicherung solle durch eine bundesrätliche Verordnung und nicht auf kantonaler Ebene geregelt werden. Neuland betrat die grosse Kammer mit der Bestimmung, dass sich die Krankenversicherer inskünftig in Zusammenarbeit mit anderen Stellen auch auf dem Gebiet der generellen Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung engagieren und dafür je obligatorisch versicherte Person einen vom Bundesrat festgesetzten jährliche Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung erheben sollten. Wie bereits im Ständerat hatte auch im Nationalrat ein Antrag aus Kreisen der SP, der CVP und der LdU/EVP-Fraktion auf Einbeziehung der Taggeldversicherung in die soziale Krankenversicherung keine Chance. Ebenfalls abgelehnt wurde ein Antrag der Mehrheit der vorberatenden Kommission, welcher vorschreiben wollte, dass auch in den Zusatzversicherungen eine Abstufung der Prämien nach Geschlechtern unzulässig sei.

Der Nationalrat nahm das revidierte Krankenversicherungsgesetz mit 113 zu 40 Stimmen klar an. Die Vorlage wurde von der AP aus grundsätzlichen Überlegungen bekämpft. Eine Mehrheit der FDP-Fraktion sprach sich wegen der Ausdehnung der Globalbudgetierung auf den ambulanten Bereich und wegen des unbefristeten Risikoausgleichs ebenfalls dagegen aus.⁶

INTERPELLATION / QUESTION

DATE: 18.03.1996

MARIANNE BENTELI

Die immer deutlicher werdenden **Vollzugsprobleme beim revidierten KVG** gaben in der Frühjahrsession der eidgenössischen Räte Anlass zu **zahlreichen Vorstössen**. In drei **dringlichen Interpellationen** stellten die Fraktionen der CVP, SP und SVP im Nationalrat eine Reihe von Fragen. Diese betrafen vorab die Prämienentwicklung sowie die kantonalen Prämienverbilligungen (D.Ip. 96.3019 und 96.3025). Von sozialdemokratischer Seite wurde Dringlichkeitsrecht gefordert, um die Kantone zur vollen Ausschöpfung des Prämienverbilligungsvolumens zu zwingen. In der Debatte stimmte zwar die Mehrheit des Rates mit der auch von Bundesrätin Dreifuss geäußerten Meinung überein, dass es nach kaum drei Monaten verfrüht wäre für eine fundierte Kritik des neuen Gesetzes, da insbesondere die teilweise erst geplanten Mechanismen zur Kostendämpfung mehr Zeit bräuchten, um ihre Wirkung zu entfalten. Unwiderrspochen blieb demgegenüber die Feststellung, dass das Gesetz überstürzt – d.h. ohne ausreichende Vorbereitungs- und Anpassungszeit – eingeführt worden sei. Zu vielen unbestimmten Begriffen fehle noch die authentische Interpretation, was zu weiterer Verunsicherung beitrage.⁷

AUTRE

DATE: 09.11.1996

MARIANNE BENTELI

Die Krankenversicherung war auch das Hauptthema der **von-Wattenwyl-Gespräche** der vier Bundesratsparteien vor der Wintersession. Die Spitzen von CVP, FDP, SP und SVP waren sich einig, dass trotz Missbehagen in der Bevölkerung das neue KVG nicht schon wieder revidiert werden sollte. Einmal mehr wurde festgestellt, dass man vor dem Inkrafttreten des Gesetzes den Vollzugaufwand unterschätzt habe. Daraus leiteten die Parteien allerdings unterschiedliche Forderungen ab. Während die SP darauf pochte, dass die Kantone die Prämienverbilligungsbeiträge des Bundes vermehrt auslösen und allenfalls dazu gezwungen werden müssten, setzten sich die Bürgerlichen für Zurückhaltung bei der Erweiterung des Leistungsangebots in der Grundversicherung ein und erwogen allenfalls eine Erhöhung der Franchisen. Bundesrätin Dreifuss versprach, das BSV werde inskünftig die Prämien der Krankenkassen nicht nur buchhalterisch kontrollieren, sondern auch für mehr Transparenz bei der Tarifgestaltung sorgen. Sie drohte jenen Kantonen, welche die Bundesbeiträge nicht voll ausschöpfen mit einer Intervention des Bundes, falls nicht mindestens jene Personen in den Genuss von Verbilligungen kämen, denen dies in der Abstimmungskampagne versprochen worden sei.⁸

INITIATIVE PARLEMENTAIRE

DATE: 25.09.1997

MARIANNE BENTELI

Die grosse Kammer unterstützte ebenfalls eine **parlamentarische Initiative** Gysin (fdp, BL), welche verlangt, die **SUVA sei als Krankenversichererin zuzulassen**. Heute erlaubt das KVG den Zugang zur obligatorischen Grundversicherung nur den nicht-gewinnorientierten Krankenkassen und den dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstellten Privatversicherern. Vom Marktzutritt der SUVA erhoffte sich eine Mehrheit des Nationalrates einen heilsamen Druck auf die Prämien, da die SUVA ihre "Case-management"-Erfahrung bei der Unfallversicherung möglicherweise auf die Krankenversicherung übertragen könnte. Die Ratsminderheit befürchtete dagegen, die SUVA würde mit 1,8 Millionen UVG-Versicherten ihre starke Marktposition als Wettbewerbsvorteil ausnützen, umso mehr, als zu ihren Versicherten vor allem berufstätige Personen und damit "gute Risiken" gehören. Eine CVP-Minderheit der vorberatenden Kommission reichte vergebens eine Motion mit dem Ziel ein, die als Gegenstück zur KVG-Zulassung die Aufhebung des Teilmonopols der SUVA im UVG-Bereich verlangte (Mo. 97.3391).⁹

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE

DATE: 26.01.2002

MARIANNE BENTELI

Die **FDP** präsentierte ihre Rezepte für eine Gesundung des Krankenversicherungssystems. Mit mehr Wettbewerb und mehr Verantwortung des Einzelnen möchte sie tiefere Prämienbelastungen erreichen. Sie setzt dafür auf ein Drei-Säulen-Konzept mit **Eigenverantwortung**, Basis- und Zusatzversicherung. Die Mindestfranchise soll einkommensabhängig je nach Einkommen von 230 auf 400 Fr. angehoben, der Selbstbehalt von 10% auf 20% erhöht werden und maximal 1000 Fr. im Jahr betragen. Damit will die FDP verhindern, dass wegen Bagatellerkrankungen ein Arzt aufgesucht wird. In der Grundversicherung soll der Zugang zum Spezialarzt nur noch nach einer Konsultation beim Hausarzt möglich sein. Als wichtiges Element erachtet die FDP auch die Aufhebung des Vertragszwangs zwischen Versicherern und Leistungserbringern. Zudem verlangte sie die Einsetzung eines „nationalen Gesundheitsrates“, eines Führungsorgans von Bund, Kantonen und weiteren Partnern im Gesundheitswesen. Die **CVP** meldete sich ebenfalls zu Wort. Für sie lautet das Zauberwort „**monistische Spitalfinanzierung**“, ein Systemwechsel der vom Ständerat im Vorjahr bei der 2. KVG-Revision bereits eingeläutet wurde. Dabei würden die Kantone

nur noch die Leitplanken für die Gesundheitsversorgung festlegen und das Zahlen der Spitalleistungen den Krankenkassen überlassen. Dank der Entschlackung der Finanzströme könnte der Vertragszwang zwischen Versicherern und Ärzten auch im Spitalbereich aufgehoben werden. Die freiwerdenden Kantonsmittel sollen zur Verbilligung der Kinderprämien, zur Äufnung eines Hochrisikopools und zur direkten Mitfinanzierung der Krankenkassen verwendet werden.¹⁰

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 03.03.2005
MARIANNE BENTELI

Die SGK des Nationalrats beantragte dem Plenum, grundsätzlich dem Modell des Ständerates für eine **Prämienverbilligung für Familien mit niedrigem oder mittlerem Einkommen** zu folgen (Halbierung der Prämien für Kinder und Jugendliche in Ausbildung), wobei es den Kantonen überlassen sein soll, die Einkommensgrenzen zu bestimmen. Der Rat hatte aufgrund eines Nichteintretensantrags Zisyadis (pda, VD) vorerst über das Eintreten auf die Vorlage zu entscheiden. Zisyadis kritisierte das vorgeschlagene Modell und wollte die Prämien für Kinder und Jugendliche gänzlich abschaffen. Der Rat beschloss mit 141 zu 3 Stimmen Eintreten. Erfolglos mit 137 zu 14 Stimmen blieb auch ein Antrag der grünen Fraktion, der die Kinderprämien ganz streichen und die Prämie für Jugendliche zwischen 18 bis 25 Jahren auf höchstens 50% der Erwachsenenprämie beschränken wollte. Zur **Finanzierung** der zusätzlichen Prämienverbilligung beschritt die grosse Kammer einen anderen Weg als der Ständerat. Demnach sollten die Bundesbeiträge an die Kantone für 2006 um CHF 80 Mio. erhöht werden (auf CHF 2,5 Mrd.) und dann jährlich dem Kostenanstieg der grundversicherten Leistungen angepasst werden. Die Vorlage wurde in der Gesamtabstimmung mit 124 zu 24 Stimmen angenommen. In der Differenzbereinigung hielt der Ständerat ohne Opposition an seiner Haltung beim Finanzierungsbeschluss fest. Die Kommissionssprecherin erläuterte, dass mit dem Ständeratsmodell in den Jahren 2006 und 2007 mehr Bundesbeiträge bereitgestellt werden als mit dem Vorschlag des Nationalrates. Mit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA), frühestens 2008, sei dann so oder so eine andere Lösung zu finden. Der Nationalrat schloss sich daraufhin diskussionslos dem Ständerat an.

Mit einem überwiesenen Postulat beauftragte Rossini (sp, VS) den Bundesrat, so rasch wie möglich ein wissenschaftlich fundiertes Monitoring- und Evaluationsmodell einzuführen, mit dem sich beurteilen lässt, wie sich die Prämienverbilligung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung für Versicherte mit bescheidenem Einkommen auswirkt. Die Kantone befürchteten, dass die vom Parlament bewilligten zusätzlichen CHF 200 Mio. nicht ausreichen könnten, um das Vorhaben zu finanzieren.

An ihrer Delegiertenversammlung sprach sich die CVP einmal mehr für Gratis-Kinderprämien aus.¹¹

MOTION
DATE: 12.06.2009
LINDA ROHRER

Eine Motion der CVP forderte den Bundesrat auf, **Massnahmen zur Kosteneindämmung** bei den Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Bereichen der ambulanten Spitalbehandlungen, der Medikamentenpreise und der Preise von diagnostischen und therapeutischen Mitteln und Gegenständen zu treffen. Überdies sollte der Bundesrat eine Höchstgrenze für die Sicherheitsreserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung festsetzen. Der Bundesrat empfahl den ersten Teil der Motion (über die Kosteneindämmungen) anzunehmen, da er seit Langem entschlossen sei, in diesen Bereichen weitere Anstrengungen zu unternehmen. Eine Plafonierung der Reserven lehnte er jedoch ab. Der Nationalrat folgte dem Bundesrat und nahm den ersten Teil der Motion an und lehnte den zweiten Teil ab.¹²

MOTION
DATE: 20.09.2010
LUZIUS MEYER

Eine Motion der Fraktionen von CVP, EVP und GLP forderte dringliche Massnahmen gegen den **Anstieg der Prämien** in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Nationalrat hatte im Vorjahr bereits die ersten drei Ziffern der Motion angenommen. Dabei ging es erstens um den kontinuierlichen Anstieg der Tarife für ambulante Spitalbehandlungen, zweitens um die hohen Preise von Medikamenten und drittens um die hohen Preise von diagnostischen und therapeutischen Mitteln und Gegenständen. Ziffer 4 der Motion hatte der Nationalrat gemäss Empfehlung des Bundesrates abgelehnt. Diese bezog sich auf eine Höchstgrenze für die Sicherheitsreserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Der Ständerat folgte nun dem Nationalrat und den Empfehlungen von Kommission und Bundesrat und nahm ebenfalls Ziffer 1 bis 3 der Motion an und lehnte Ziffer 4 ab.¹³

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 16.08.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

L'initiative populaire fédérale « **Financer l'avortement est une affaire privée** – Alléger l'assurance-maladie en radiant les coûts d'interruption de grossesse de l'assurance de base » a abouti avec 109'597 signatures valables. Le texte prévoit des exceptions en cas de viol et de danger pour les femmes enceintes. Elle a été lancée par des conservateurs chrétiens principalement membres de l'UDC, du PDC, du PLR, de l'UDF et du PEV estimant qu'il y a un potentiel d'économie de 20 millions de francs annuellement sur l'enveloppe de 6,4 milliards des coûts de la santé et un besoin de responsabilisation individuelle. La gauche et le PLR se sont montrés hostiles à l'initiative estimant qu'elle met en danger l'égalité face aux soins. En début d'année, une motion Föhn (udc, SZ) de même teneur avait été rejetée par le Conseil national avec une majorité de 84 voix contre 55, la majorité du groupe UDC et un tiers du groupe PDC l'avait soutenue.¹⁴

MOTION
DATE: 11.09.2013
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat überwies mit knapper Mehrheit eine Motion der CVP/EVP-Fraktion für ein **hausarztfreundliches Tarifsysteem** zur Beratung an den Ständerat. Der Vorstoss verlangt diverse Anpassungen des Systems, um die Hausarztmedizin besserzustellen und so dem drohenden Hausärztemangel auf dem Land zu begegnen. So sollen unter anderem regional differenzierte Tarmed-Taxpunktswerte ermöglicht werden. Der Bundesrat hatte sich aus verschiedenen Gründen gegen die Motion ausgesprochen, insbesondere da in verschiedenen Bereichen bereits Arbeiten zur Aufwertung der Grundversorgung im Gange seien.¹⁵

MOTION
DATE: 04.03.2014
FLAVIA CARONI

Die kleine Kammer lehnte in der Frühjahrsession 2014 ohne Debatte eine Motion der CVP-EVP-Fraktion für ein **hausarztfreundliches Tarifsysteem** ab, welche die grosse Kammer im Vorjahr noch angenommen hatte. Der Rat folgte damit seiner Kommissionsmehrheit und dem Bundesrat, welche betonten, seit der Einreichung der Motion sei im entsprechenden Bereich bereits einiges unternommen bzw. angedacht worden.¹⁶

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 22.03.2014
FLAVIA CARONI

Die **politischen Kampagnen** zur Abstimmung über die Volksinitiative „Für eine öffentliche Krankenkasse“ vom 28. September 2014 begannen schon bald nach der parlamentarischen Beratung in der Frühjahrsession und zogen sich mit grosser Intensität bis zum Abstimmungstermin hin. Die Argumentationslinien verliefen entlang denen in den Räten, wobei sich medial die häufige Beschäftigung der Bevölkerung mit dem Thema in ihrem Alltagsleben und gleichzeitig ein grosser Bedarf nach Faktenwissen abzeichneten. Zahllose Politikerinnen, Gesundheitsexperten, Kadermitglieder der Kassen und Journalistinnen äusserten sich in Interviews, Podien und Kolumnen. Auffallend stark mobilisierte das Thema in der Romandie, die sich bei Volksinitiativen mit ähnlichen Forderungen in der Vergangenheit bereits offener für einen Systemwechsel gezeigt hatte als die Deutschschweiz. Verschiedene Details gaben Anlass zu Diskussionen. So ortete zu Beginn der Kampagne das Gutachten eines St. Galler Rechtsprofessors, in Auftrag gegeben von der Initiativgegnerschaft, einen Fehler im Initiativtext: Da der Text kantonale einheitliche Prämien verlange, wären in Zukunft keine Rabatte für junge Erwachsene und insbesondere keine Kinderprämien mehr möglich. Auch Rabatte bei Hausarzt- oder Telemedizin-Modellen und bei hohen Franchisen wären laut dem Gutachten nicht mehr erlaubt. Die Initianten widersprachen: Es sei zu einer Unklarheit aufgrund ungenauer Übersetzung des ursprünglich in französischer Sprache eingereichten Initiativtexts durch die Bundeskanzlei gekommen. Bei genauer Übersetzung müsse es heissen: „Für jeden Kanton wird eine Prämie festgelegt“, während in der geltenden Übersetzung von einer „einheitlichen“ Prämie die Rede ist. Auch die Höhe der durch die öffentliche Kasse realisierbaren Einsparungen sorgte für Diskussionsstoff. Während die Befürworter von einer Milliarde – mittel- bis langfristig gar von drei Milliarden – sprachen, hielten die Gegner dagegen, man könne höchstens von CHF 350 Mio. an Einsparungen im administrativen Bereich ausgehen, viel wahrscheinlicher jedoch von nur CHF 100 Mio. Bereits im Frühling 2013 hatte sich das Gegner-Komitee „Alliance Santé“ konstituiert, dem rund 100 Parlamentsmitglieder, Vertreter der Leistungserbringer, die beiden grossen Krankenversichererverbände Santésuisse und Curafutura, Patienten- und Konsumentenschutzverbände, der Versicherungs-, der Gewerbe- und der Bauernverband sowie der Pharmaverband Interpharma angehörten. Zwischen Juni und August 2014 formten sich zudem diverse kantonale Komitees. Die Ärzteschaft, der in Abstimmungen zum Gesundheitswesen ein grosser Einfluss zugeschrieben wird, bildete einen Spezialfall: Einige Verbände, unter ihnen der Verband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, schlossen sich dem Ja-Komitee an, da sie sich von der Einheitskasse eine Minderung des eigenen

administrativen Aufwands, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten und eine bessere Koordination der Behandlungen erhofften. Andere, darunter der Spitalverband H+, befürchteten ein Staatsmonopol in der Medizin mit allfälliger Leistungsrationierung und schlossen sich dem Nein-Lager an. Der Dachverband FMH beschloss aufgrund der internen Divergenzen schliesslich Stimmfreigabe. Seitens der Parteien beschlossen nebst der SP die Grünen, die EVP und die CSP die Ja-Parole, alle anderen grossen Parteien sprachen sich für ein Nein aus. Travail.Suisse schloss sich dem Ja-Lager an. Einige Aufmerksamkeit erhielt die schwierige Rolle des Gesundheitsministers Berset, der im Abstimmungskampf das Nein des Bundesrates zur Initiative seiner eigenen Partei vertreten musste – eine Rolle, die er dem allgemeinen Tenor nach gut erfüllte. Deutlich umstrittener war die Rolle der Krankenversicherer im Abstimmungskampf. Durch ihre Verbände waren sie im Nein-Komitee vertreten und steuerten drei der fünf Millionen Franken zum Kampagnenbudget bei, viele engagierten sich aber auch direkt gegen die Volksinitiative. Bereits früh publizierten diverse Kassen in ihren auflagenstarken Kundenmagazinen Artikel gegen die öffentliche Krankenkasse oder boten in Interviews prominenten Mitgliedern des Nein-Lagers eine Plattform. Vom Initiativkomitee ernteten die Kassen damit umgehend Kritik: Sie würden das Gebot der objektiven, verhältnismässigen und zurückhaltenden Information krass verletzen, das für sie als mit öffentlichen Bundesaufgaben betraute Organe in gleicher Weise wie für staatliche Behörden gelte. Die Kassen hielten dagegen, sie würden auch befürwortenden Stimmen Platz in ihren Publikationen einräumen; zudem würden sie das Geschäft durch und durch kennen und hätten damit die Pflicht, über die Konsequenzen der Initiative zu informieren. Im Juli wurde im Kanton Bern eine Abstimmungsbeschwerde gegen sieben Kassen beim Regierungsrat eingereicht; diese hätten durch ihre nicht objektive und unsachliche Information in ihren Publikationen die Abstimmungsfreiheit verletzt. Der Beschwerdeführer wurde von der SP juristisch unterstützt. Wenige Tage darauf folgten Abstimmungsbeschwerden in den Kantonen Waadt, Genf, Basel-Stadt und Tessin. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die kantonalen Behörden nicht zuständig sind: Da die Beanstandungen kantonsübergreifende Aspekte betreffen, führe der Rechtsmittelweg direkt ans Bundesgericht, so die jeweiligen Antworten. Das daraufhin mit zwei Stimmrechtsbeschwerden angerufene oberste Gericht stellte knapp drei Wochen vor der Abstimmung fest, die Krankenkassen seien bei der vorliegenden Abstimmung nicht zur sonst erforderlichen Neutralität verpflichtet, da die Vorlage sie in qualifizierter Weise betreffe. Eine sachliche Argumentation und Zurückhaltung beim Einsatz von Werbemitteln und finanziellen Ressourcen könnten dennoch erwartet werden. Das Gericht zweifelte diese Sachlichkeit bei einzelnen Publikationen zwar an. Es führte aber aus, da der Abstimmungskampf intensiv geführt werde und auch das Ja-Lager ausreichend zu Wort käme, würden die Äusserungen der Krankenkassen das Abstimmungsergebnis nicht wesentlich beeinflussen. Auf diverse Punkte der Beschwerden war das Gericht gar nicht eingetreten, da diese als nicht ausreichend begründet angesehen wurden.¹⁷

MOTION
DATE: 09.09.2014
FLAVIA CARONI

Der Nationalrat beriet eine Motion der CVP-EVP-Fraktion zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes, um die **gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalbehandlungen** einzuführen. Durch den medizinischen Fortschritt könnten heute zunehmend Eingriffe ambulant ausgeführt werden, welche früher eine stationäre Unterbringung der Patientinnen und Patienten erfordert hatten. Diese volkswirtschaftlich sehr erwünschte Entwicklung führe jedoch zu einer Verlagerung von Kosten zu den Krankenversicherern, die im ambulanten Bereich alleinige Kostenträger sind, während im stationären Bereich eine Aufteilung zwischen Krankenversicherern und den Kantonen besteht. Neu sollten beide Arten von Leistungen nach der gleichen Tarifstruktur abgerechnet und die Kosten zwischen Kassen und Kantonen geteilt werden, so die Forderung. Zudem sollten nur jene Behandlungen überhaupt in Spitälern vorgenommen werden, für die ein Spitalaufenthalt vonnöten sei. Der Bundesrat gab an, das Anliegen im Kern zu befürworten. Jedoch sei in diesem Bereich eine vertiefte Diskussion und Zusammenarbeit mit den Kantonen notwendig, welche aktuell im Gange sei. Er wolle die Resultate dieses Prozesses abwarten, die Motion sei daher abzulehnen. Die grosse Kammer folgte dem bundesrätlichen Antrag nicht: Abgesehen vom Votum der Fraktionssprecherin und des Gesundheitsministers Berset verzichtete sie auf eine Debatte und hiess die Motion mit 92 zu 35 Stimmen bei aussergewöhnlichen 45 Enthaltungen gut. Zu den Befürwortern gehörten die GLP und die bürgerlichen Fraktionen mit Ausnahme der FDP, zu den Gegnern die FDP-Liberale und die Grüne Fraktion, während sich die SP-Fraktion annähernd geschlossen der Stimme enthielt.¹⁸

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.¹⁹

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 Ärztesellschaften (KKA) und die meisten kantonalen und regionalen Ärztesellschaften 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.²⁰

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 28.07.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2017 schickte der Bundesrat eine Änderung des KVG in die Vernehmlassung. Da der Anstieg der Gesundheitskosten – jährlich steigen die Vergütungen von medizinischen Leistungen durch die OKP pro Kopf um etwa 4 Prozent – nicht nur durch demografische Faktoren erklärt werden könne, sondern auch auf eine Mengenausweitung zurückzuführen sei, wollte der Bundesrat die **Franchisen regelmässig an die Kostenentwicklung der OKP anpassen**. Durch diese Massnahme, wie sie durch die Motion Bischofberger (cvp, Al; Mo. 15.4157) angeregt worden war, könne die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt werden, erklärte der Bundesrat. Konkret sollen alle Franchisen um CHF 50 erhöht werden, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro Person mehr als dreizehnmal höher sind als die ordentliche Franchise. Damit soll das maximale Verhältnis von 1:12 zwischen der Höhe der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten, wie es bei Einführung des KVG und bei der letzten Erhöhung der Franchisen vorgelegen hatte, gewahrt werden. Somit werden die Zeitabstände der Franchisenerhöhungen von der Kostenentwicklung in der OKP abhängig gemacht. Der Bundesrat rechnete damit, dass eine Bruttokostenhöhe von CHF 3'900 eine erste automatische Erhöhung der Franchisen im Jahr 2020 nötig machen würde.

In der Vernehmlassung, die zwischen Juni und Oktober 2017 stattfand, meldeten sich 65 Organisationen zu Wort. Die Mehrheit der Organisationen – darunter 14 Kantone, die meisten teilnehmenden Parteien (CVP, FDP, GLP und SVP), economiesuisse und der SGV sowie die Verbände der Leistungserbringer – stimmte der Vorlage vorbehaltlos zu. Gelobt wurden insbesondere die Stärkung der Eigenverantwortung und die erwartete dämpfende Wirkung auf den Leistungsbezug.

Auf Ablehnung stiess die Vorlage auf linker Seite: Unter anderem die SP, die Grünen und der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB), aber zum Beispiel auch der Schweizerische Gehörlosenbund und Inclusion Handicap sowie sieben Kantone (BE, FR, NE, SO, TI, VD, VS) lehnten die entsprechende Änderung des KVG ab. Kritisiert wurde, dass durch die Änderung mehr Personen von der Sozialhilfe abhängig würden und dass dadurch sowie durch die höheren Ausgaben der EL die Kosten für Kantone und Gemeinden anstiegen. Die Kritiker der Vorlage bezweifelten überdies, dass die Änderung tatsächlich zu einer Senkung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen würde: Bei den Versicherten mit der Grundfranchise, auf die sich eine Franchisenerhöhung am stärksten auswirke, würde eine Erhöhung um CHF 50 kaum ins Gewicht fallen, da sie bereits sehr hohe Kosten hätten. Somit würden diese auch kaum ihr Verhalten ändern. Stattdessen untergrabe die Vorlage die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken – wurde kritisiert –, weil diejenigen bestraft würden, die Leistungen beanspruchen müssten.²¹

Zusammenfassung

«Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» (Kostenbremse-Initiative) und indirekter Gegenvorschlag (BRG 21.067)

In ihrer Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» (Kostenbremse-Initiative) verlangte die CVP bzw. später die Mitte-Partei, dass die von der OKP übernommenen Kosten maximal in Übereinstimmung mit der Gesamtwirtschaft und mit den durchschnittlichen Löhnen ansteigen dürfen. Ansonsten müssten Bund und Kantone Kostensenkungsmassnahmen ergreifen. Der Bundesrat erachtete eine solche Kostenbremse als zu starr und verwies stattdessen auf die im zweiten Massnahmenpaket enthaltenen Kostenziele, die er als indirekten Gegenvorschlag zur Initiative präsentierte. Demnach sollten in verschiedenen OKP-Bereichen Kostenziele definiert werden, deren Nichteinhaltung die Prüfung korrigierender Massnahmen durch Bund, Kantone und Tarifpartner nach sich ziehen würde. Der Nationalrat schwächte die vom Bundesrat vorgeschlagenen Zielvorgaben für die maximale Kostenentwicklung der OKP ab, strich die Schaffung von Kostenblöcken und ergänzte die Kostenziele um Qualitätsziele, was der Ständerat in der Folge guthiess. Beide Räte nahmen daraufhin den indirekten Gegenvorschlag an und empfahlen die Initiative zur Ablehnung.

Chronologie

Beginn der Unterschriftensammlung
Zustandekommen der Initiative
Bundesrätliche Botschaft und indirekter Gegenvorschlag
Nationalrat empfiehlt die Initiative zur Ablehnung und schwächt den Gegenvorschlag ab
Ständerat verlängert die Behandlungsfrist der Initiative und schafft Differenzen bei Detailfragen
Nationalrat beginnt die Differenzbereinigung
Parlament bereinigt den indirekten Gegenvorschlag und empfiehlt die Initiative zur Ablehnung

Anfang 2018 kündigte CVP-Präsident Gerhard Pfister an, dass seine Partei eine Initiative **«Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» (Kostenbremse-Initiative)** für eine Kosten- und Prämienbremse bei den Krankenkassen lancieren werde. Da gemäss Expertinnen und Experten ein Fünftel der Gesundheitskosten ohne Qualitätsverlust eingespart werden könnte, bekannte Massnahmen aber nicht umgesetzt würden, brauche es nun klare Vorgaben in der Verfassung, erklärte Pfister. Demnach soll eine Kostenbremse eingeführt werden, gemäss welcher sich die von der OKP übernommenen Kosten maximal in Übereinstimmung mit der Gesamtwirtschaft und mit den durchschnittlichen Löhnen entwickeln darf. Als Übergangsbestimmung soll festgelegt werden, dass Bund und Kantone Massnahmen zur Kostensenkung ergreifen müssen, wenn das Wachstum der durchschnittlichen Kosten pro Versicherten und Jahr zwei Jahre nach Annahme der Initiative das Wachstum der Nominallöhne um mehr als einen Fünftel übersteigt und die Tarifpartner keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung beschlossen haben. Die Sammelfrist für die Vorlage dauert von Oktober 2018 bis April 2020.

Die Medien zeigten sich eher kritisch gegenüber der Initiative. Kritisiert wurde insbesondere, dass die Initiative zwar die populäre Forderung von tieferen Kosten aufnehme, jedoch nichts über die dafür notwendigen Massnahmen aussage. In der Folge wurde entsprechend darüber diskutiert, wie diese Massnahmen aussehen könnten. Würden solche Regelungen auf eine Rationierung der Gesundheitsleistungen hinauslaufen? Würden Leute zukünftig monatelang auf ihre Operationen warten müssen oder müssten Arztpraxen schliessen, wenn sie ein bestimmtes Kontingent an Leistungen aufgebraucht hätten? Andere Stimmen betonten jedoch, dass eine Kostenbremse dringend nötig sei und die Initiative womöglich den Druck auf die Politik steigern und dadurch eine Möglichkeit darstellen könnte, das Kostenwachstum zu stoppen.²²

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.²³

Das neue **Bundesgesetz über die Datenweitergabe der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** soll präzisieren, zu welchem Zweck und in welcher Form Krankenversicherungen Daten dem BAG übermitteln müssen. Generell sollen die Daten aggregiert weitergegeben werden, lediglich dort, wo dies nicht ausreicht, sollen anonymisierte Individualdaten transferiert werden. Bisher erhielt das BAG anonymisierte Individualdaten über alle Versicherten in der OKP (Efind-Daten) sowie Daten über Prämien und Behandlungskosten (Efind2). Neu sollen aber auch Individualdaten über die Kosten pro Leistungsart und Leistungserbringenden (Efind3), Medikamente (Efind5) und MiGeL (Efind6) weitergeleitet werden können, wobei letztere zwei Datensätze ursprünglich nicht Teil dieser Vorlage waren. Eine Minderheit Stöckli (sp, BE) der SGK-SR hatte jedoch beantragt, sie ebenfalls aufzunehmen. Damit soll die Kostenentwicklung überwacht sowie Entscheidungsgrundlagen zu ihrer Eindämmung entwickelt, eine Wirkungsanalyse sowie Entscheidungsgrundlagen bezüglich des Gesetzes und des Gesetzesvollzugs erstellt und die Evaluation des Risikoausgleichs sowie die Erfüllung der Aufsichtsaufgaben nach dem KVAG ermöglicht werden. Zudem würde die bisher bestehende Verknüpfung von KVAG und KVG bezüglich der Datenlieferpflicht gelöst.

In der Vernehmlassung stiess die Vorlage auf grossen Anklang bei den Kantonen und der GDK. Einer Mehrheit von ihnen war es wichtig, dass das BAG über die notwendigen Daten verfügt; wo die aggregierte Form nicht ausreichte, müssten entsprechend Individualdaten geliefert werden. Nur so sei eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen möglich. Geteilter Meinung waren die Parteien. Die SP zeigte sich gegenüber der Zielsetzung der Vorlage – der Herstellung von Verhältnismässigkeit bei der Datenweitergabe – skeptisch, da sie es für unerlässlich halte, dass der Bund über die notwendigen Daten verfüge. Die CVP begrüsst die Vorlage weitgehend, während FDP und SVP bezweifelten, dass dem Anliegen der Initiators mit dieser Vorlage genügend Rechnung getragen werde, da zu viele Ausnahmen für die Nutzung von Individualdaten gemacht worden seien. Diese Meinung teilten Curafutura und Santésuisse. Der SGB und das Centre Patronal sowie die Konsumentenverbände SKS und FRC begrüsst hingegen die Vorlage und betonten, es brauche diese Angaben zur Verhinderung der Kostensteigerung; die Daten sollten aber anonymisiert und in genügend grosser Anzahl übermittelt werden, um eine individuelle Zuordnung verhindern zu können.

Im August 2019 nahm der Bundesrat Stellung zur Vorlage, die die Kommission nach der Vernehmlassung ohne materielle Änderungen präsentiert hatte. Er begrüsst die Bemühungen der Kommission zur Klärung der gesetzlichen Grundlagen, zumal auch die Expertengruppe zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen Daten im Bereich der OKP für eine effektive Steuerung durch den Bund als notwendig erachtet habe. Er lobte, dass der Entwurf durch die Präzisierung der Aufgaben, für welche die Versicherungen Daten liefern müssen, und durch die Trennung von KVG und KVAG thematisch kohärenter werde. Die von der Kommissionsmehrheit aufgenommenen Punkte erachte er dabei als «absolutes Minimum» und beantragte folglich Zustimmung zum Entwurf. Da ohne die Daten zu Medikamenten und MiGeL aber zahlreiche wichtige Fragen nicht beantwortet werden könnten, sprach er sich überdies für den Minderheitsantrag aus. Der Entwurf beschneide aber die Rechte des Bundes gemäss der KVV im Bereich der Daten zu Tarmed, erklärte er, weshalb er sich vorbehielt, diesbezüglich noch einmal ans Parlament zu gelangen.²⁴

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 04.06.2020
ANJA HEIDELBERGER

Anfang März 2020 gab die CVP bekannt, dass sie ihre Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» (**Kostenbremse-Initiative**) mit 119'000 Unterschriften der Bundeskanzlei überreicht habe. Mit der Initiative zwingt man das Parlament und die anderen Parteien zum Handeln, betonte CVP-Nationalrat Stefan Müller-Altermatt (cvp, SO). Die NZZ sah hingegen eher den Bundesrat in der Pflicht, da die Initiative Parallelen zum zweiten Kostendämpfungspaket, das die Regierung in Kürze vorlegen wolle, beinhalte. Folglich spekulierte die NZZ, dass der Bundesrat die Initiative entweder als erfüllt erachten könnte oder aber ihr das Bundesratsgeschäft als indirekten Gegenvorschlag entgegenstellen könnte. So kam es dann im Mai 2020 auch: Noch bevor die Bundeskanzlei aufgrund des Corona-bedingten Fristenstillstands das Zustandekommen der Initiative bestätigen konnte, gab der Bundesrat bekannt, das zweite Kostendämpfungspaket als indirekten Gegenvorschlag zur Initiative behandeln zu wollen. Im Juni 2020 konnte die Bundeskanzlei schliesslich auch über das formelle **Zustandekommen der Initiative** mit 103'761 gültigen Unterschriften informieren.²⁵

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 23.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 legte der Bundesrat dem Parlament die **Änderung des KVG bezüglich der Vergütung des Pflegematerials** vor. Ziel der Vorlage war es, in Übereinstimmung mit einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3710) eine einheitliche Vergütung für Pflegematerial, das von der betroffenen Person selbst oder von Laien angewendet wird, und von Pflegematerial, das von Pflegefachpersonen angewendet wird, einzuführen. 2017 hatte das Bundesverwaltungsgericht die Position des Bundesrates bestätigt, wonach gemäss dem bestehenden Gesetz die von Pflegefachpersonen verwendeten Materialien Bestandteil der Pflegeleistung seien und nicht separat verrechnet werden dürften. Die von den Versicherten selbst angewendeten Materialien seien hingegen separat von der OKP zu übernehmen.

Neu sollen die Materialien in drei Kategorien gegliedert werden: Die Kategorie A enthält einfache Verbrauchsmaterialien mit direktem Bezug zu den Pflegeleistungen (z.B. Handschuhe) sowie Material und Gegenstände zum Mehrfachgebrauch für verschiedene Patientinnen und Patienten (z.B. Blutdruckmessgeräte), diese sollen auch zukünftig gemäss den Regeln der Pflegefinanzierung von OKP, Versicherten und Kantonen bezahlt werden. Zur Kategorie B gehören Mittel und Gegenstände für die Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit gemäss MiGeL (z.B. Verbandmaterial), diese werden neu unabhängig von der anwendenden Person durch die OKP finanziert. Auch die Materialien der Kategorie C, Mittel und Gegenstände, die nicht von der versicherten Person selbst oder durch eine nichtberuflich mitwirkende Person verwendet werden können (z.B. Heimventilation), werden von der OKP übernommen.

Die Vorlage soll eine Entlastung für Gemeinden und Kantone in der Höhe von jährlich CHF 65 Mio. mit sich bringen und stattdessen die Gesamtkosten der OKP um 0.2 Prozent erhöhen. Da die Höhe des Bundesbeitrags an die Prämienverbilligung 7.5 Prozent der OKP-Bruttokosten beträgt, steigt auch der entsprechende Bundesbeitrag um CHF 4.9 Mio.

Zwischen Dezember 2019 und Februar 2020 fand die **Vernehmlassung** zur Vergütung des Pflegematerials statt. Dabei gingen 126 Stellungnahmen ein. Die Kantone und mit ihnen die GDK sowie die Leistungserbringenden sprachen sich für die Änderung aus. Auch die CVP, EVP, FDP, GLP und SP zeigten sich mehrheitlich zufrieden, äusserten jedoch teilweise Vorbehalte, insbesondere bezüglich der Kostenverlagerung zur OKP. Die SVP lehnte die Vorlage ab, da sie dadurch eine Mengenausweitung ohne qualitative Verbesserung der Pflegeleistungen befürchtete. Auch die Versichererverbände lehnten die Vorlage ab, da sie die höheren Kosten fürchteten.

In der Herbstsession 2020 behandelte der **Nationalrat** die Vorlage. Hatte sich die SVP im Rahmen der Vernehmlassung als einzige Partei noch gegen die KVG-Änderung ausgesprochen, stimmte auch sie der Gesetzesänderung nun zu: Einstimmig mit 189 zu 0 Stimmen nahm der Nationalrat die Vorlage an.²⁶

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 19.05.2021
ANJA HEIDELBERGER

In Erfüllung einer Motion der SGK-SR (Mo. 18.4091) legte der Bundesrat im Mai 2021 die **Botschaft zum Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit** in der OKP und den Zusatzversicherungen vor. Wie von der Motion vorgesehen, soll der Bundesrat im Sinne der Selbstregulierung Branchenlösungen der Krankenversicherungen im Bereich der Vermittlertätigkeit allgemeinverbindlich erklären können, wenn sie von Versicherungen eingereicht werden, die mindestens zwei Drittel aller Versicherten in der Schweiz abdecken.

Dadurch würden die Bestimmungen auch für Versicherungen, die der Vereinbarung nicht beigetreten sind, obligatorisch. Solche Regelungen sind vorgesehen bezüglich eines Verbots der Telefonwerbung bei Personen, die nie bei der fraglichen Versicherung versichert waren, bezüglich der Ausbildung der Vermittlerinnen und Vermittler, einer Einschränkung ihrer Entschädigungen und der Notwendigkeit von unterschriebenen Beratungsprotokollen.

Zwischen Mai und September 2020 hatte der Bundesrat dazu eine **Vernehmlassung** durchgeführt, bei der 84 Stellungnahmen eingingen. Vollständig einverstanden mit dem Gesetz zeigten sich 13 Kantone (AI, AR, BE, BL, NE, NW, OW, SO, TG, TI, UR, VS, ZG), die CVP sowie der Schweizerische Verband der Versicherungsgeneralagenten. Vollständig abgelehnt wurde sie von Economiesuisse und dem Gewerbeverband, dem Schweizerischen Konsumentenforum kf und verschiedenen Versicherungsbrokern. Die übrigen Akteure anerkannten jeweils den Regulierungsbedarf, empfanden den Entwurf aber als zu weitgehend (FDP, SVP, Bauernverband, Centre Patronal und verschiedene Versicherer sowie Curafutura und Santésuisse) respektive als zu wenig weitgehend (Kantone AG, BS, GE, JU, LU, VD; SP, Grüne, Gewerkschaftsbund, Konsumentenverbände FRC und SKS, Ombudsstelle Krankenversicherung).

Die Organisationen, welchen der Entwurf zu weit ging, kritisierten insbesondere die Definition der Vermittlertätigkeit, bei der der Bundesrat neben den externen auch die internen Vermittlerinnen und Vermittler berücksichtigt. Kritisiert wurde auch das vorgesehene Sanktionssystem und der vorgeschriebene Ausbildungsstandard, da dieser nicht durch das SBFJ überprüft werde. Zudem wurde die Notwendigkeit eines neuen Gesetzes von verschiedenen Teilnehmenden verneint und eine Beeinträchtigung der Wettbewerbsfähigkeit von kleinen Versicherungen befürchtet. Weiterführende Forderungen waren hingegen eine Muss- statt einer Kann-Bestimmung zum Abschluss einer Vereinbarung sowie die Schaffung einer subsidiären Kompetenz des Bundesrates, wenn die Versicherungen keine gemeinsame Vereinbarung erzielen.²⁷

Groupes sociaux

Politique familiale

Mitte August war die von christlich-konservativer Seite lancierte Volksinitiative „**Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache** – Entlastung der Krankenversicherung durch Streichung der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs aus der obligatorischen Grundversicherung“ zustande gekommen.²⁸

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 15.08.2011
ANITA KÄPPELI

Partis, associations et groupes d'intérêt

Partis

Grands partis

Zu den eidgenössischen Abstimmungen beschloss die CVP die selben Parolen wie die FDP und blieb damit ebenfalls bei **allen 13 Vorlagen bundesratstreu**. Die meisten kantonalen Abweichungen von der Mutterpartei ergaben sich beim Krankenversicherungsgesetz, welches 12 Kantonalsektionen ablehnten. Die Alpeninitiative befürworteten sieben, vorwiegend innerschweizerische Kantonalsektionen.²⁹

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 03.12.1994
EVA MÜLLER

Im November schlug die CVP als letzte Bundesratspartei neue Massnahmen für die **Reform der Krankenversicherung** vor. Die Spitäler müssten von den Kantonen gelöst und zu unabhängigen Unternehmen werden. Die Kantone hingegen sollten die Kassen entlasten, indem sie Einzelfälle von über 100'000 Fr. und die Kosten für die Reduktion der Kinderprämien übernähmen. Der aktuelle Leistungskatalog sei durch eine vom BSV unabhängige Zulassungsbehörde zu überprüfen.³⁰

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 20.11.2001
MAGDALENA BERNATH

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 24.10.2005
MAGDALENA BERNATH

Im Oktober verabschiedeten die Christlichdemokraten in Sitten (VS) ein 20-Punkte-Programm **„Für stabile Prämien und das Ende der Kostenexplosion“ bei der Krankenversicherung**. Unter anderem verlangten sie individuelle Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten, Fallkostenpauschalen für Spitäler, Anreize, um die Versicherten zu einem kostenbewussten Verhalten zu motivieren (z.B. tiefere Selbstbehalte bei konsequenter Verwendung von Generika und bei der Behandlung durch Ärztenetze), die Abschaffung der Krankenkassenprämien für Kinder und, zur Finanzierung der Pflegekosten, die Schaffung eines Gemeinschaftsdiensts als Alternative zum Militärdienst.⁵¹

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 20.01.2007
SABINE HOHL

An ihrer Delegiertenversammlung in Sursee am 20. Januar beschloss die CVP ihre Wahlplattform. Wichtige Postulate im kurz gehaltenen „Wahlvertrag“ der CVP waren die steuerliche Entlastung der Familien, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf und das Recht auf ausserfamiliäre Kinderbetreuung. Gefordert wurden in der Wahlplattform zudem ein „Jugendförderungs- und Jugendschutzgesetz“ sowie ein obligatorischer Menschenrechtsunterricht an den Schulen. Im Bereich Integration waren wichtige Punkte in der Wahlplattform die Förderung des Spracherwerbs von Kindern ausländischer Herkunft und der obligatorische Besuch von Klassenlagern sowie des Turn- und Schwimmunterrichts. Die CVP gab sich zudem ein **stärkeres ökologisches Profil**. So waren im Wahlvertrag unter anderem folgende umweltpolitische Forderungen enthalten: Verbot von Dieselfahrzeugen ohne Partikelfilter, Importzölle für „Benzinfresser“, Verschärfung der technischen Vorschriften für Haushaltsgeräte, höhere Abgaben für den Transitschwerverkehr, Verbindlicherklärung des Minergiestandards für Neubauten und Totalsanierungen bis 2012, Förderung von Alternativenergien und Ausbau der Wasserkraft. Die Option neuer Kernkraftwerke hielt sich die Partei ausdrücklich offen. Der Wahlvertrag war wenig umstritten und wurde mit 218:1 Stimmen verabschiedet. Zudem befassten sich die CVP-Delegierten auch mit der Initiative für eine Einheitskrankenkasse, zu der sie mit 262 zu 5 Stimmen die Nein-Parole beschlossen.⁵²

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 21.01.2012
MARC BÜHLMANN

Parteiinterne Gräben zeigten sich bei den **Parolenfassungen** zu den nationalen Abstimmungen. Für die Bausparinitiative fasste der CVP-Vorstand lediglich knapp mit 15:13 Stimmen die Ja-Parole. Gleich zwölf Kantonalsektionen wichen allerdings von dieser Empfehlung, die den Delegierten nicht zur Abstimmung vorgelegt wurde, ab. Mit 93 zu 81 Stimmen empfahlen die Delegierten Ende Februar die Buchpreisbindung. Auch hier wichen nicht weniger als 13 Kantonalsektionen ab. Eindeutig fielen hingegen das Nein der Delegierten für die Zweitwohnungsinitiative und das Ja zum Gegenvorschlag für die Geldspiel-Initiative aus. Auch bei der Krankenversicherungsrevision (Managed Care), für die sich die Delegierten Ende April mit 106:47 Stimmen aussprachen, kam es zu acht abweichenden Empfehlungen der Kantonalsektionen. Vier kantonale Sektionen widersetzten sich zudem der gleichentags mit 103:27 Stimmen gefassten Nein-Parole zur Initiative „Eigene vier Wände dank Bausparen“. Das einstimmig gefasste Nein zur Initiative „Staatsverträge vors Volk“ wurde hingegen von allen Kantonalsektionen mitgetragen. Auch für die Abstimmungen im September kam es noch einmal zu parteiinternen Abweichungen. Zwar folgten alle Kantone der Ende August in Basel gefassten Ja-Empfehlung zum Bundesbeschluss über die Jugendmusikförderung, das Nein zur Volksinitiative „Sicheres Wohnen im Alter“ wurde jedoch von drei und das Nein zur Initiative „Schutz vor Passivrauchen“ von zwei Kantonalsektionen überstimmt. Das Ende Oktober ohne Gegenstimmen gefasste Ja zum Tierseuchengesetz fand schliesslich keinerlei kantonale Opposition.⁵³

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

2) BBl 2019, S. 8015 ff.; Ergebnisbericht Vernehmlassung

3) AB NR, 2007, S. 383 f.; AB NR, 2007, S. 383; AB SR, 2007, S. 1106.

4) NZZ, 5.7.97; Presse vom 23.12.97; CHSS, 1998, S. 35 ff.

5) APS-Zeitungsanalyse 2020 – Sozialversicherungen

6) Amtl. Bull. NR, 1993, S. 1725 ff., 1820 ff., 1852 ff., 1883 ff. und 1897 ff.; Presse vom 6.10.-10.10.93., SoZ, 26.9.93; Bund, 1.10. und 8.10.93.

7) Amtl. Bull. NR, 1996, S. 388 f.; Ausführungen des BR in Amtl. Bull. NR, 1996, S. 645 und 1896 f.; Stellungnahme von zwei Spitzenbeamten des BSV: CHSS, 1996, Nr. 2, S. 85 ff.; Presse vom 27.3.96; Ww, 4.4.96; Kritik der Ombudsstelle: BaZ und NQ, 24.4.96; Postulat Jöri und Motion Zisyadis: Amtl. Bull. NR, 1996, S. 419 ff.; Prämienzuschub: CHSS, 1996, Nr. 6, S. 317 ff.

8) Presse vom 9.11.96; Parteitag der SP; Presse vom 18.11.96.

9) Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1743 ff.

10) Presse vom 26.1.02; NZZ, 20.6.02; Presse vom 27.2.02; Presse vom 17.5.02; Presse vom 29.1.02; Presse vom 31.5.02.

11) AB NR, 2005, S. 118 ff., 287 f., 471 und 1975; AB SR, 2005, S. 115 f. und 393; NZZ, 2.4.05; Presse vom 24.10.05.

12) AB NR, 2009, S. 1280.

13) AB SR, 2010, S. 833 f.

- 14) FF, 2011, p. 6065 s. ; BO CN, 2011, p. 660 ss. ; presse du 5.7.11.
- 15) AB NR, 2013, S. 1319 f.
- 16) AB SR, 2014, S. 21 f.
- 17) LZ, 5.07.14; SO, 2.3.14; NZZ, 22.3.14; SO, 23.3.14; BZ, 9.5.14; BaZ, NZZ, 24.5.14; NZZ, 30.6.14; Lib, 1.7.14; NZZ, 10.7.14; BZ, 21.7.14; 24H, 23.7.14; NZZ, 29.7.14; CdT, 9.8.14; NZZ, 10.9.14; TA, 15.9.14
- 18) AB NR, 2014, S. 1395 f.
- 19) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17
- 20) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18
- 21) Begleitschreiben zur Vernehmlassung vom 28.6.17; Ergebnisbericht zur Vernehmlassung vom 1.12.17
- 22) BBI 2018, S. 6339 f.; APZ, LMD, TA, 6.1.18; NZZ, 17.2.18; LT, NZZ, TA, 23.4.18
- 23) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung
- 24) BBI 2019, S. 5397 ff.; BBI 2019, S. 5925 f.; Vernehmlassungsbericht vom 29.4.19
- 25) BBI 2020, S. 4772 f.; Medienmitteilung BK vom 4.6.20; Medienmitteilung CVP vom 10.3.20; NZZ, TA, 11.3.20; AZ, 8.4.20; NZZ, 22.5.20; TA, 5.6.20
- 26) AB NR, 2020, S. 1785 ff.; BBI 2020, S. 4825 ff.
- 27) BBI, 20211478; Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung
- 28) BBI, 2011, S. 6551 f.; NZZ, 5.7.11
- 29) Parolen 1994
- 30) Presse vom 20.11.01.
- 31) Presse vom 24.10.05.
- 32) NZZ, 12.1. und 22.1.07; AZ, LT und TA, 22.1.07.
- 33) TA, 21.1.12; SoBli, 22.2.12; NZZ, 23.2.12; Presse vom 23.4.12; NZZ, 27.8. und 29.10.12; zu den Abstimmungen vgl. auch die jeweiligen Kapitel und die Tabelle im Anhang.