

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	19.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Jeu d'argent, Assurance-maladie
Acteurs	Parti libéral-radical (PLR) FDP
Type de processus	Sans restriction
Date	01.01.1990 - 01.01.2020

Imprimer

Éditeur

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

Contributions de

Benteli, Marianne
Bühlmann, Marc
Caroni, Flavia
Heidelberger, Anja
Hohl, Sabine
Käppeli, Anita
Schneuwly, Joëlle
Schnyder, Sébastien

Citations préféré

Benteli, Marianne; Bühlmann, Marc; Caroni, Flavia; Heidelberger, Anja; Hohl, Sabine; Käppeli, Anita; Schneuwly, Joëlle; Schnyder, Sébastien 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Jeu d'argent, Assurance-maladie, Parti libéral-radical (PLR) FDP, 1993 - 2019*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 19.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Politique sociale	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	1
Médecins et personnel soignant	1
Assurances sociales	2
Assurance-maladie	3
Groupes sociaux	12
Politique familiale	12
<hr/>	
Partis, associations et groupes d'intérêt	12
Partis	12
Grands partis	12

Abréviations

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
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EL	Ergänzungsleistungen
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
FH	Fachhochschule
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)
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
HF	Höhere Fachschule
<hr/>	
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
DFI	Département fédéral de l'intérieur
PC	Prestations complémentaires
FMH	Fédération des médecins suisses
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
AOS	Assurance obligatoire des soins
USAM	Union suisse des arts et métiers
HES	Haute école spécialisée
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
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 Cantionales 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
ES écoles supérieures

Chronique générale

Politique sociale

Santé, assistance sociale, sport

Politique de la santé

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 17.07.1999
MARIANNE BENTELI

Im Gegensatz zur SP, welche der Ansicht ist, die Grundversicherung sei so auszugestalten, dass niemand für seine optimale Gesundheitsversorgung zusätzliche Leistungen braucht, verlangte die **FDP** in einem **Positionspapier**, es sei in erster Linie der Grundsatz der **Eigenverantwortung im Gesundheitswesen** zu stärken. Der nach wie vor über Kopfprämien zu finanzierende Leistungskatalog der Grundversicherung – heute eine „Luxuslösung“, wie Nationalrätin Heberlein (ZH) meinte – habe nur das Notwendigste zu decken; alles, was zum „Wunschbedarf“ gehört (beispielsweise die Komplementärmedizin), sei zusätzlich privat zu versichern; ein gezielter Verzicht auf staatliche Eingriffe, Preiskontrollen und Tarife soll dazu beitragen, das Übermass an Leistungen (insbesondere auch im Spitex-Bereich) zu Lasten der Krankenversicherung einzudämmen. Gemäss FDP sollen die Spitalsubventionen abgeschafft und die freiwerdenden Gelder zur Prämienverbilligung oder zur direkten Beteiligung an den Behandlungskosten der Grundversicherung verwendet werden. Der Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern wäre aufzulösen.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, Santéuisse und die Helsana eine ablehnende Haltung ein, die sie unter anderem mit dem Föderalismus oder im Falle von Santéuisse 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 Santéuisse 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

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 Leistungsabbau-szenarien 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.³

Assurance-maladie

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 07.10.1993
MARIANNE BENTELI

Der Nationalrat folgte in den Grundfragen der Gesetzesrevision (Obligatorium, Freizügigkeit beim Kassenwechsel, massvolle Ausdehnung des Leistungskatalogs, Aufhebung der Aussteuerung nach 720 Tagen, Prämiengleichheit 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, Standesregeln 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 Volksschammer 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.⁴

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.⁵

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.⁶

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 12.01.2004
MARIANNE BENTELI

Nur wenige Tage nach dem definitiven Scheitern der 2. Teilrevision des KVG im Nationalrat (Ende 2003) hatte Bundesrat Couchepin seinen Kollegen seine Vorschläge für das weitere Vorgehen unterbreitet. Er regte an, die Revision solle in zwei **Gesetzgebungspakete mit Einzelvorlagen** aufgeteilt werden, um allfällige unheilige Allianzen in Parlament und Öffentlichkeit möglichst zu vermeiden. Als dringlich einer Lösung bedürftig befand Couchepin die Bereiche Spitalfinanzierung, Risikoausgleich, Pflegefinanzierung und Beschränkung der zur Abrechnung über die Grundversicherung zugelassenen Arztpraxen. An einem Treffen Couchepins mit einer Delegation der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren Mitte Januar wurden neben diesen Themen auch die Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Prämienverbilligung, die Förderung von Managed Care und die Kostenbeteiligung der Versicherten diskutiert. Damit waren die Felder abgesteckt, in welchen der Bundesrat in den kommenden Monaten seine Lösungsvorschläge dem Parlament zu unterbreiten gedachte. Bei den ersten Von-Wattenwyl-Gesprächen der neuen Legislatur fand dieses kapitelweise Vorgehen die Zustimmung der Bundesratsparteien.

Der Ständerat nahm im Einvernehmen mit dem Bundesrat eine Motion Heberlein (fdp, ZH) (03.3644) an, welche die dringlichsten Reformpunkte auflistete. Im Nationalrat wurde eine analoge Motion (03.3673) der FDP-Fraktion bekämpft und deshalb noch nicht behandelt. In einer Studie über den Nutzen des Gesundheitswesens, die zeigen sollte, wie viel die existierende Gesundheitsversorgung den Bezüglern von Leistungen wert ist, kristallisierte sich heraus, dass die Prämienzahlenden am ehesten bei den Medikamenten zu Abstrichen bereit sind (Generika anstatt Originalpräparate), dass die freie Arztwahl aber sakrosankt bleibt. Eine Umfrage ergab zudem, dass die Schweizer

Stimmberechtigten keinen Leistungsabbau im Gesundheitswesen wollen, auch wenn viele immer mehr Mühe haben, ihre Prämien zu bezahlen.⁷

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 30.06.2005
MARIANNE BENTELI

Bei der Vorlage über die Spitalfinanzierung war das Ziel des Bundesrates, den dringlichen Bundesbeschluss von 2002 (Leistung des Sockelbeitrages durch die Kantone auch an Zusatzversicherte) in ordentliches Recht zu überführen und generell eine **dual-fixe Spitalfinanzierung** vorzuschreiben, bei der Kantone und Krankenversicherung je die Hälfte der Betriebs- und Investitionskosten der auf der Spitalliste eines Kantons aufgelisteten Spitäler und Kliniken übernehmen. Der vorberatenden **Kommission des Ständerates** ging dies zu wenig weit. Sie erarbeitete einen eigenen Vorschlag, der sich in wichtigen Punkten vom Entwurf des Bundesrates unterschied. Danach sollen alle Leistungen, ob ambulant oder stationär, ob in einem öffentlichen oder einem privaten Spital erbracht, nach dem gleichen Schlüssel finanziert werden: Grundsätzlich hätten die Krankenversicherungen 70% der Leistungen, die Kantone 30% zu bezahlen, wobei die Beiträge der Kantone via Krankenversicherungen an die Leistungserbringer flössen (**monistisches System**). Wie beim Vorschlag des Bundesrates sollen künftig nicht mehr die Spitalkosten, sondern Leistungen (Fallpauschalen) bezahlt werden. Das von der Ständeratskommission ohne Gegenstimme vorgeschlagene Modell beanspruchte, kostenneutral zu sein und keine Prämienerrhöhungen zur Folge zu haben.

Im Vorjahr hatte der Ständerat eine Motion (03.3644) Heberlein (fdp, ZH) für dringende Reformen im Gesundheitsbereich angenommen. Da die dort aufgeführten Punkte weitgehend in den Vorlagen zur KVG-Revision enthalten sind, lehnte der Nationalrat den Vorstoss ab; eine gleichlautende Motion (03.3673) der FDP-Fraktion wurde daraufhin zurückgezogen.⁸

MOTION
DATE: 19.09.2006
MARIANNE BENTELI

Mit seinem Einverständnis wurde der Bundesrat mit einer Motion Forster (fdp, SG) im Ständerat beauftragt, die Einführung einer **Säule 3c** zur freiwilligen und steuerbegünstigten Generierung eines Guthabens für die Finanzierung der individuellen (Langzeit-)Pflege im Alter zu prüfen und dem Parlament einen entsprechenden Umsetzungsvorschlag zu unterbreiten. Die Modalitäten dieser Säule 3c sollen sich an den Vorgaben der bereits bestehenden Säule 3a ausrichten. Die während einer limitierten Periode geäußerten zweckgebundenen Guthaben sollen sowohl für die Finanzierung der im eigenen Haushalt erbrachten Pflegeleistungen als auch für die Bezahlung von Pflegeheimkosten verwendet werden können. Trotz einem allgemeinen Missbehagen bezüglich Sozialpolitik über Steuererleichterungen, die oft in erster Linie den eher vermögenden Bevölkerungsschichten Vorteile bieten, wurde die Motion mit 21 zu 8 Stimmen überwiesen.

Im Nationalrat wurde eine gleich lautende Motion (06.3271) der FDP-Fraktion von Goll (sp, ZH) bekämpft und deshalb vorderhand der Diskussion entzogen. Mit 96:60 Stimmen gab der Nationalrat einer parlamentarischen Initiative (05.416) Fehr (sp, SH) für die Einführung einer Erbschafts- und Schenkungssteuer, deren Bundesertrag vollumfänglich für die Finanzierung der Langzeitpflege verwendet werden sollte, keine Folge.⁹

MOTION
DATE: 03.03.2011
SÉBASTIEN SCHNYDER

Le Conseil national a accepté une motion de la CSSSP-CE adoptée par le Conseil des Etats l'année précédente chargeant le Conseil fédéral de présenter des modifications de la LAMal et de soumettre des propositions concrètes pour mettre en œuvre **la stratégie qualité** et pour créer une institution indépendante financée par la LAMal dont le but est de procéder à des expertises relatives à la qualité et à l'économicité des prestations de l'assurance-maladie. Parallèlement, le Conseil des Etats a accepté une motion identique (10.3015) issue de la CSSSP-CN et adoptée par le Conseil national l'année précédente. Par ailleurs, le Conseil national a encore adopté deux motions du PLR (10.3450; 10.3451) acceptées l'année précédente par le Conseil des Etats chargeant le gouvernement d'élaborer les conditions-cadres au fonctionnement, d'une part, d'une organisation indépendante dont la tâche est d'évaluer la qualité du système de santé et, d'autre part, d'une agence chargée d'analyser l'impact économique des nouvelles technologies médicales. Les deux organismes ainsi créés doivent publier leurs résultats au public. Si le premier vise à coordonner la stratégie qualité au niveau national, le second vise à mesurer l'économicité et l'adéquation des prestations de manière systématique.¹⁰

Bereits im Vorjahr hatte die Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) zwei ähnlich lautenden parlamentarischen Initiativen der Sozialdemokratischen (11.473) und der FDP-Liberalen (12.446) Fraktion zur **raschen Einführung eines wirksamen Risikoausgleichs** Folge gegeben. Im Januar des Berichtsjahres stimmte auch ihre ständerätliche Schwesterkommission zu. Konkret wird ein verfeinerter Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen zur Eindämmung der Jagd nach guten Risiken gefordert, wie er als Teil der 2012 an der Urne gescheiterten Managed-Care-Vorlage unbestritten gewesen war. Dabei soll die Festlegung der geeigneten Indikatoren dem Bundesrat überlassen werden. Im Dezember beriet der Nationalrat die Initiativen als Erstrat in einer ausführlichen Debatte. Die Befürworter argumentierten, der aktuelle Risikoausgleich sei ungenügend, weshalb sich die Kosteneinsparungsbemühungen der Kassen auf Risikoselektion konzentrierten, anstatt darauf, mit den Leistungserbringern effiziente Behandlungslösungen auszuhandeln. Dies stehe dem eigentlich beabsichtigten Markt zwischen den Versicherern entgegen, verteuere das gesamte System und laufe dem Solidaritätsgedanken in der Krankenversicherung zuwider. Ein besserer Risikoausgleich könne ein solches Verhalten einschränken, wenn auch nicht völlig unterbinden. Eine Minderheit Bortoluzzi (svp, ZH) beantragte Nichteintreten. Der verfeinerte Risikoausgleich sei als Teil des Managed-Care-Pakets vom Volk abgelehnt worden und solle daher nicht wieder aufgegriffen werden. Die Wirksamkeit der 2012 eingeführten Berücksichtigung früherer Spitalaufenthalte zur Einschätzung des Krankheitsrisikos sei noch nicht eruiert, die Erfassung generiere bei den Versicherern einen erheblichen Verwaltungsaufwand und eine Anpassung ändere nichts an der starken Mengenausdehnung, welche das Hauptproblem des Krankenversicherungswesens sei, so die Minderheit. Nur eine konsequente Marktlösung könne Verbesserungen bringen, der Markt werde jedoch mit einem stärkeren Risikoausgleich gar noch eingeschränkt. Unterstützung fand diese Minderheit nur von der SVP-Fraktion. Der Rat beschloss denn auch mit grosser Mehrheit, auf die Vorlage einzutreten. In der Detailberatung verlangte eine Minderheit Bortoluzzi, unterstützt von der SVP, der FDP und der Hälfte der CVP, der Bundesrat habe eine Entwicklung von einem Risiko- zu einem Kostenausgleich zu verhindern. Er solle zur Entwicklung der Indikatoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko mit den Versicherern zusammenarbeiten und die Indikatoren einzeln einer Wirkungsanalyse unterziehen. Die Kommissionsmehrheit sah diese Elemente als selbstverständlich an und betonte, sie würden bei einer expliziten Festschreibung im Gesetz einen Fremdkörper darstellen und bei der Umsetzung für Verwirrung sorgen. Der Rat folgte jedoch mit 95 zu 89 Stimmen knapp der Minderheit. In der Gesamtabstimmung nahm er den Entwurf mit 137 zu 35 Stimmen bei 17 Enthaltungen an, wobei alle Nein-Stimmen und Enthaltungen auf Mitglieder der SVP-Fraktion entfielen. Die ständerätliche Beratung stand im Berichtsjahr noch aus.¹¹

Die Räte behandelten eine Motion der FDP-Liberalen Fraktion für eine **bessere Betreuung und mehr Effizienz im KVG**. Angesichts der Tatsache, dass die ungenügende Einhaltung der ärztlich verordneten Behandlungspfade – wie regelmässige Medikamenteneinnahme oder Physiotherapie – durch die Patientinnen und Patienten hohe Kosten von insgesamt rund 10% der gesamten Gesundheitsausgaben verursacht, strebt der Vorstoss an, im KVG die gesetzliche Grundlage für so genannte Case-Management-Programme zu schaffen. Die Case Manager betreuen die Patienten und Patientinnen eng bei ihrem Genesungsprozess und sollen so das Entstehen einer Kostenspirale durch ungenügende Befolgung der verschriebenen Therapiemassnahmen verhindern. Die Motion fordert, dass die Krankenkassen Anreize schaffen können sollen, welche den Beitritt zu solchen Programmen gerade für kostenintensive Kranke attraktiv macht. Der Bundesrat stellte sich gegen das Anliegen, mit dem Argument, entsprechende Vorschläge würden bereits diskutiert. Er anerkannte jedoch, dass eine vertiefte Debatte mit allen Akteuren nötig sei, um ein neues, ausgewogenes Projekt erarbeiten zu können. Der Nationalrat stimmte der Motion in der Frühjahrsession 2014 trotzdem mit 122 Stimmen aus dem bürgerlichen Lager gegen 54 Stimmen aus dem links-grünen Lager bei zwei Enthaltungen diskussionslos zu. Der Ständerat bestätigte diesen Entscheid in der darauf folgenden Sommersession mit 21 zu 9 Stimmen bei 7 Enthaltungen – ebenfalls ohne Debatte.¹²

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 kantonal 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.¹³

MOTION

DATE: 09.06.2015
FLAVIA CARONI

Nachdem der Nationalrat eine Motion Bourgeois (fdp, FR) für eine **Frist zur Genehmigung von Tarifverträgen** in der Frühjahrsession noch mit deutlicher Mehrheit angenommen hatte, beantragte die SGK-SR ihrem Rat in der Sommersession einstimmig die Ablehnung. Die Komplexität und Vielschichtigkeit von Tarifverträgen erlaube es nicht, innerhalb der geforderten Frist von zwei Monaten eine qualitativ angemessene Beurteilung vorzunehmen, so die Begründung, und ein dringender Handlungsbedarf sei nicht gegeben. Nachdem mit Eder (fdp, ZG) auch ein Parteikollege des Motionärs die Frist als zu kurz kritisiert und als „unrealistisch“ bezeichnet hatte, verwarf die kleine Kammer die Motion.¹⁴

INITIATIVE PARLEMENTAIRE

DATE: 07.04.2017
ANJA HEIDELBERGER

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

Im September 2017 schickte die SGK-NR den Vorentwurf in die Vernehmlassung. Dort stiess er bei der SVP, BDP und CVP, sechs Kantonen (AI, BL, NW, SG, UR, ZG), dem Gewerbeverband sowie einzelnen Leistungserbringern und Versicherern auf Zustimmung. Die FDP und GLP sowie vier Kantone (AG, GR, JU, ZH) stimmten zwar mehrheitlich zu, brachten aber auch Vorbehalte an. Die Befürworter lobten, dass die Vorlage die Eigenverantwortung der Versicherten sowie die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken stärke und zur Kostensenkung beitrage. Sie brachten jedoch verschiedene Verbesserungsvorschläge ein: die Beibehaltung von einjährigen Wahlfranchisen mit Option auf mehrjährige Verträge; eine zwei- anstatt dreijährige Mindestdauer der Franchisen; eine jährliche Möglichkeit, in höhere Franchisen zu wechseln sowie eine vorgängige Analyse der Auswirkungen eines solchen Systemwechsels. Trotz ihrer Zustimmung äusserten sie Zweifel, ob durch diese Änderung wirklich ein Effekt der Kostendämpfung beobachtet werden könne. Womöglich würden dadurch mehr Personen die Grundfranchise wählen und sich in der Folge weniger kostenbewusst verhalten. Allenfalls würden die Versicherten dadurch auch mehr Sozialhilfe oder Prämienverbilligungen benötigen, wodurch die Kosten für die Kantone stiegen.

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

Im April 2018 entschied die SGK-NR mit 11 zu 7 Stimmen bei 2 Enthaltungen, die Vorlage mit einer kleinen Änderung zu überweisen.¹⁵

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 Wartezeit von zwei Jahren, durch einen Nachweis der Qualität der Leistungserbringung sowie durch die Knüpfung der Tätigkeit zu Lasten der OKP an Auflagen erhöht werden. Die Versicherer sollen eine Organisation schaffen, welche über die Zulassungsgesuche entscheidet. Die dritte Interventionsebene beschreibt Massnahmen, die es den Kantonen erlauben, das Versorgungsangebot nach Bedarf zu regeln. Dazu gehören Höchstzahlen an zu Lasten der OKP im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zulassungseinschränkungen in Bereichen mit massivem Kostenanstieg.

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

Viel Kritik gab es für den Vorschlag, die Zulassungssteuerung den Versicherern zu übertragen. Dies wurde als erster Schritt zur Aufhebung des Vertragszwangs gewertet. Stattdessen solle die Zulassung von den Kantonen gesteuert werden, argumentierten zahlreiche Akteure. Mehrfach wurde zudem eine Verschärfung der Zulassungskriterien gefordert. Unter anderem sollen Ärztinnen und Ärzte mindestens drei Jahre an schweizerischen Bildungsstätten gearbeitet haben müssen und über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, bevor sie zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassen werden. CVP, FDP und SVP schlugen zudem vor, die Zulassungsbeschränkungen mittelfristig mit einer einheitlichen Leistungsfinanzierung zu verknüpfen.¹⁶

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 (cyp, AI; 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.¹⁷

MOTION
DATE: 07.03.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im März 2016 lancierte die FDP.Liberalen-Fraktion eine Offensive zum Thema «**Franchisen**», indem sie gleich drei entsprechende Motionen einreichte. Demnach sollten Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) sollten erhöht werden.

Die Möglichkeit einer **Anpassung der Franchisenhöhe** sei bereits in der aktuellen Rechtslage gegeben; dies sei denn auch die Begründung für die Regelung der Franchisenhöhe der OKP auf Verordnungsstufe. Damit aber die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst würden, solle der Bundesrat einen entsprechenden Mechanismus – zum Beispiel eine Bindung der Franchisenhöhe an die Lohn- und Preisentwicklung – vorsehen. Zur Stärkung der Eigenverantwortung und zur Entlastung des Gesundheitssystems soll zudem die **Maximalfranchise erhöht** oder eine neue maximale Franchisenstufe geschaffen werden. Dabei sei das zusätzlich übernommene finanzielle Risiko durch entsprechende Prämienrabatte auszugleichen. Dasselbe gelte für die Grundfranchise: Diese sei seit zwölf Jahren nicht angepasst worden, wodurch die positiven Anreize von höheren Franchisen – namentlich eine Steigerung des gesundheits- und kostenbewussten Verhaltens der Versicherten und eine Entlastung des Krankenkassensystems – nicht ausgenutzt werden könnten. Eine **Erhöhung der Grundfranchise** um CHF 100 bzw. CHF 200 würde zu Entlastungen von CHF 220 Mio. bzw. CHF 430 Mio. führen.

Der Bundesrat empfahl die drei Motionen grösstenteils aus denselben Gründen zur Ablehnung, die er bereits bei Beratung der Motion Landolt am gleichen Tag eingebracht hatte. So sei die Umsetzung der im Dezember 2016 angenommenen Motion Bischofberger in Arbeit, zudem sei die Kostenbeteiligung der Versicherten aufgrund zahlreicher Massnahmen wie der Verdoppelung der ordentlichen Franchise, der Anhebung des maximalen Selbstbehalts, dem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthalts und der Verteuerung der höchsten Franchise leicht stärker gestiegen als diejenige der Versicherer. Des Weiteren, so der Bundesrat, müssten auch die finanzielle Tragbarkeit und die Entwicklung der verfügbaren Einkommen berücksichtigt werden: Die Kostenbeteiligungen der Versicherten seien um 111 Prozent angestiegen, die Nominallöhne jedoch nur um 23.6 Prozent. Bezüglich der Grundfranchise verwies der Bundesrat auf einen Bericht von Volken, Bopp und Rüesch zur Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dieser habe gezeigt, dass grösstenteils Personen, die selten Gesundheitsleistungen beanspruchten, die Maximalfranchise wählten. Eine Erhöhung der Maximalfranchise würde folglich noch mehr gesunde Personen anziehen, die dadurch eine grössere Prämienreduktion erfahren würden, während die OKP dadurch nicht entlastet würde. Dies würde in der Folge zu einem «bedeutenden Prämienanstieg» führen. Schliesslich wolle der Bundesrat auch den Bericht zum Postulat Schmid-Federer über die Auswirkungen der Franchisenhöhe abwarten, weshalb er die Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung sistiert habe. Folglich empfehle er die drei Motionen zur Ablehnung, erklärte der Bundesrat weiter.

In der Frühjahrssession 2018 behandelte der Nationalrat die drei Motionen gemeinsam. Dabei betonte Regine Sauter (fdp, ZH) für ihre Fraktion den Hintergrund der Vorstösse:

Seit 1996 hätten sich die Bruttokosten zulasten der OKP mehr als verdoppelt. Ein Grund dafür liege darin, dass unnötige Leistungen beansprucht würden, da die eigene Kostenbeteiligung unerheblich sei. Mit den drei Motionen solle eine Verhaltensänderung beim Einzelnen erreicht und die Gesamtsolidarität gestärkt werden. Gesundheitsminister Berset verwies noch einmal auf die angenommene Motion Bischofberger, zu welcher der Bundesrat in Kürze eine Botschaft vorlegen werde, und bat den Rat darum, die drei Motionen, «qui ne nous mèneront pas plus loin», abzulehnen. Die grosse Kammer nahm die drei Vorstösse jedoch deutlich an: Die Zustimmung zur regelmässigen Anpassung der Franchisen (Mo. 16.3110) und zur Erhöhung der Maximalfranchise (Mo. 16.3112) schnitten mit 140 zu 53 Stimmen respektive mit 138 zu 55 Stimmen ähnlich gut ab. Kritischer zeigte sich der Rat bezüglich der Erhöhung der Minimalfranchise (Mo. 16.3111), die er mit 118 zu 75 Stimmen guthiess. Hier sprach sich neben der SP- und der Grünen-Fraktion, die bereits die beiden ersten Motionen abgelehnt hatten, auch die Mehrheit der CVP-Fraktion gegen die Änderung aus.¹⁸

ACTE ADMINISTRATIF
DATE: 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.¹⁹

MOTION
DATE: 05.03.2019
ANJA HEIDELBERGER

Wie bereits der Nationalrat behandelte auch der Ständerat die drei Motionen der FDP.Liberalen-Fraktion zur **regelmässigen Anpassung der Franchisenhöhe** (Mo. 16.3110), zur **Erhöhung der Maximalfranchise** (Mo. 16.3111) **sowie der Mindestfranchise** (Mo. 16.3112) in der Frühjahrssession 2019 gemeinsam. Dabei berücksichtigte er gleichzeitig auch die Motion Landolt (bdp, GL; Mo. 16.3084), die ebenfalls die Mindestfranchise erhöhen wollte. Dazu lagen dem Rat drei Kommissionsberichte vor, welche die Ablehnung aller vier Motionen empfahlen, da ihre Anliegen durch das Bundesratsgeschäft 18.036 allesamt bereits erfüllt würden. Einzig mit der Motion 16.3111 zur Erhöhung der Maximalfranchise zeigte sich die Kommission generell nicht einverstanden: Eine neue Stufe für die Maximalfranchise wäre aufgrund des dadurch entstehenden überproportionalen Rabatts problematisch und hätte Auswirkungen auf den Risikoausgleich. Der Ständerat folgte seiner Kommission stillschweigend in allen Punkten und lehnte alle vier Motionen ab.²⁰

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 16.05.2019
ANJA HEIDELBERGER

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 weitergeben 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 ausreicht, 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 des 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.²¹

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.²²

Partis, associations et groupes d'intérêt

Partis

Grands partis

Am 19. Januar fand eine gemeinsame Veranstaltung der Freisinnigen und der Liberalen in Genf statt. Die beiden Parteien berieten über die Initiative für eine Einheitskrankenkasse. Die FDP fasste die Nein-Parole zur Initiative mit 101:2 Stimmen. Am darauf folgenden Tag führte die FDP ihre Delegiertenversammlung alleine weiter. Diskutiert wurde das **Positionspapier „für eine wachsende Schweiz“**, in das folgende Forderungen Eingang fanden: Förderung der Ansiedlung von Spitzenunternehmen, Stärkung des Steuerwettbewerbs, Verbesserung des Innovationsschutzes und Schaffung eines Bundespatentgerichts, Deregulierung des Gesundheitssystems, Abbau von Handelshemmnissen, Vereinfachung von Bauvorschriften, Durchsetzung eines einheitlichen Beschaffungswesens, Konsolidierung der Schuldenbremse und Vereinfachung des Steuersystems mit der so genannten „Easy Swiss Tax“. Grosses Aufsehen erregte die Annahme eines Vorschlages der Genfer Freisinnigen mit 75 zu 43 Stimmen, die **direkte Bundessteuer abzuschaffen**. Die Parteileitung der FDP war über diesen Entscheid verärgert.²³

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 15.08.2011
ANITA KÄPPELI

PRISE DE POSITION ET MOTS D'ORDRE
DATE: 19.01.2007
SABINE HOHL

Die FDP gehörte im Berichtsjahr – nimmt man ihre **Parolenfassung** für die nationalen Volksabstimmungen zur Grundlage – bei fünf der zwölf Abstimmungen zu den Verlierern. Damit schnitt der Freisinn hinter der SVP, bei der die Parole sieben Mal nicht mit dem Abstimmungsausgang zusammenpasste, am zweitschlechtesten ab. Mitte Februar beschlossen die Delegierten ein Nein zur Ferieninitiative (mit 224 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen) und zur Buchpreisbindung (mit 248 zu 5 Stimmen bei 3 Enthaltungen). Für die Bausparinitiative und den Gegenentwurf zur Geldspiel-Initiative hatte die Konferenz der Kantonalpräsidenten bereits vorher ein Ja empfohlen und für die Zweitwohnungsinitiative ein Nein beschlossen. Bei der Bausparinitiative wichen allerdings vier Kantonalsektionen ab und die Buchpreisbindung wurde von den Jungfreisinnigen bekämpft, die zusammen mit anderen Jungparteien das Referendum ergriffen hatten. Zu einem parteiinternen Schlagabtausch kam es Ende April aufgrund der Managed Care-Vorlage, zu der die Delegierten in Bern schliesslich mit 222 zu 75 Stimmen die Ja-Parole fassten, eine Opposition, die sich in drei abweichenden Kantonalsektionen manifestieren sollte. Zwei abweichende Kantonsempfehlungen gab es auch bei der zweiten HEV-Initiative, die von der Konferenz der Kantonalpräsidenten im März zur Annahme empfohlen worden war. Einstimmig war das Nein gegen die Staatsvertragsinitiative. Ein Nein empfahl die Delegiertenversammlung mit 173 zu 3 Stimmen bei drei Enthaltungen Ende Juni auch für die Initiative „Schutz vor Passivrauchen“. Wiederum hatte die Kantonalpräsidentenkonferenz bereits vor der Abgeordnetenversammlung den Gegenvorschlag zur Initiative „Jugend und Musik“ sowie die Initiative „Sicheres Wohnen im Alter“ zur Ablehnung empfohlen. Während es bei der von den Delegierten abgelehnten Passivraucherinitiative keine abweichenden kantonale Empfehlungen gab, fassten bei den beiden anderen Vorlagen je fünf Kantonssektionen eine von der Mutterpartei abweichende Parole. Für Wirbel sorgte dabei die Drohung der Ständerätin Christine Egerszegi (AG) aus der Kantonalpartei auszutreten, wenn diese nicht ein Ja für die von ihr unterstützte Musikvorlage empfehle. Für das Tierseuchengesetz wurde Ende Oktober die Ja-Parole beschlossen.²⁴

-
- 1) Presse vom 17.7.99; SoZ, 18.7.99; NZZ, 31.8.99; LT, 8.4.99
 - 2) BBI 2019, S. 8015 ff.; Ergebnisbericht Vernehmlassung
 - 3) NZZ, 5.7.97; Presse vom 23.12.97; CHSS, 1998, S. 35 ff.
 - 4) 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.
 - 5) Presse vom 9.11.96; Parteitag der SP; Presse vom 18.11.96.
 - 6) 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.
 - 7) Presse vom 15.1., 14.1., 26.2., 25.3. und 20.5.04; AB SR, 2004, S. 217; AB NR, 2004, S. 485; Presse vom 18.3.04; Presse vom 24.9.04.
 - 8) Presse vom 30.6.05; AB NR, 2005, S. 144 f.
 - 9) AB SR, 2006, S. 661 ff.; AB NR, 2006, S. 994 ff. und S. 1572.
 - 10) BO CE, 2011, p. 183 s.
 - 11) BBI, 2013, S. 7801 ff.; AB NR, 2013, S. 1987 ff.
 - 12) AB NR, 2014, S. 114; AB SR, 2014, S. 551 f.
 - 13) 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
 - 14) AB SR, 2015, S. 459 f.
 - 15) Ergebnisbericht Vernehmlassung; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.9.17; Medienmitteilung SGK-NR vom 20.4.18; Medienmitteilung SGK-NR vom 7.4.17
 - 16) Erläuternder Bericht vom 5.7.17; Vernehmlassungsbericht vom 9.5.18
 - 17) Begleitschreiben zur Vernehmlassung vom 28.6.17; Ergebnisbericht zur Vernehmlassung vom 1.12.17
 - 18) AB NR, 2018, S. 273 f.; Volken, Bopp und Ruesch (2014)
 - 19) Ergebnisbericht zur Vernehmlassung
 - 20) AB SR, 2019, S. 14; Bericht SGK-SR (16.3110) vom 17.1.19; Bericht SGK-SR (16.3111) vom 17.1.19; Bericht SGK-SR (16.3112) vom 17.1.19
 - 21) BBI 2019, S. 5397 ff.; BBI 2019, S. 5925 f.; Vernehmlassungsbericht vom 29.4.19
 - 22) BBI, 2011, S. 6551 f.; NZZ, 5.7.11
 - 23) TA, 20.1. und 23.1.07; AZ, NZZ und TG, 22.1.07.
 - 24) NZZ, 13.2., 23.4., 25.6. und 29.10.12; TA, 22.8.12; Egerszegi; AZ, 23.8. und 25.8.12.