

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	18.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Coûts de la santé
Acteurs	Humbel, Ruth (cvp/pdc, AG) NR/CN
Type de processus	Sans restriction
Date	01.01.1965 - 01.01.2021

Imprimer

Éditeur

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

Contributions de

Heidelberger, Anja
Schneuwly, Joëlle

Citations préféré

Heidelberger, Anja; Schneuwly, Joëlle 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Coûts de la santé, 2011 – 2020*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 18.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Politique sociale	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	3
Médicaments	3
Assurances sociales	4
Assurance-maladie	4

Abréviations

EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
FK-NR	Finanzkommission des Nationalrats
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EU	Europäische Union
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
WHO	World Health Organization
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
BJ	Bundesamt für Justiz
EL	Ergänzungsleistungen
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung
IPV	Individuelle Prämienverbilligung
WBK-NR	Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur des Nationalrats
EFAS	Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
EPD	Elektronisches Patientendossier
Fedpol	Bundesamt für Polizei

AELE	Association européenne de libre-échange
CSSS-CE	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats
CdF-CN	Commission des finances du Conseil national
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
OFSP	Office fédéral de la santé publique
UE	Union européenne
DFI	Département fédéral de l'intérieur
OMS	Organisation mondiale de la Santé
CSIAS	Conférence suisse des institutions d'action sociale
OFJ	Office fédéral de la justice
PC	Prestations complémentaires
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
AOS	Assurance obligatoire des soins
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
RPT	Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches
RIP	Réduction individuelle de primes
CSEC-CN	Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national
EFAS	Financement uniforme des prestations dans le domaine ambulatoire et stationnaire
DEP	Dossier électronique du patient
Fedpol	Office fédéral de la police

Chronique générale

Politique sociale

Santé, assistance sociale, sport

Santé, assistance sociale, sport

Jahresrückblick 2019: Gesundheit, Sozialhilfe und Sport

RAPPORT
DATE: 31.12.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

2019 befasste sich das Parlament mit zahlreichen Geschäften zu Schweizer Gesundheitspolitik, Sport und Sozialhilfe. Besonders relevant waren bezüglich **gesundheitspolitischer Themen** die Diskussionen um das **elektronische Patientendossier (EPD)**. Dieses soll 2020 in allen Regionen der Schweiz verfügbar sein, weshalb 2019 dazu einige Vorstösse behandelt wurden. So wurde ein Postulat Wehrli (fdp, VD; Po. 18.4328), welches Auskunft über die bereits ergriffenen und die noch zu ergreifenden Massnahmen verlangte, um die Umsetzung des EPD und dessen Nutzung zu fördern, vom Nationalrat angenommen. Ebenfalls Ja sagte die grosse Kammer zu einer Motion der SGK-NR (Mo. 19.3955). Diese hatte den Anschluss sämtlicher am Behandlungsprozess beteiligter Gesundheitsfachpersonen an das EPD zum Ziel und wird nun in einem nächsten Schritt im Stöckli behandelt. Mit dem im Juni 2019 verabschiedeten Bundesratsgeschäft zur **«Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im KVG»** (BRG 15.083) sollen zudem die Qualität der erbrachten Leistungen im Gesundheitsbereich verbessert, die Patientensicherheit nachhaltig erhöht und die Steigerung der Kosten in der OKP abgeschwächt werden.

In Sachen **Spitäler** standen 2019 die Kosten im Gesundheitswesen im Mittelpunkt. Unter anderem intendierte Verena Herzog (svp, TG) mittels Motion, **gemeinwirtschaftliche Leistungen dem öffentlichen Beschaffungsrecht zu unterstellen** (Mo. 16.3842). Denn durch eine Ausschreibungspflicht für gemeinwirtschaftliche Leistungen und der damit verbundenen Transparenz könne man nicht nur Kosten reduzieren, sondern auch an Effizienz gewinnen, erklärte die Motionärin. 2018 hatte der Nationalrat dieser Vorlage zugestimmt, der Ständerat gab ihr in der Herbstsession 2019 allerdings einen Korb. Mit einem **Selbstkostenanteil**, der beim **Aufsuchen der Spitalnotfallstation** (und beim ambulanten Praxisbesuch) entrichtet werden soll, wollten sowohl Thomas Weibel (glp, ZH; Pa.lv. 17.480) als auch Thomas Burgherr (svp, AG; Pa.lv. 17.452) der Kostenentwicklung entgegenwirken, die Eigenverantwortung der Patientenschaft stärken und den Spitalnotfall entlasten. Die grosse Kammer gab in der Wintersession 2019 der parlamentarischen Initiative Weibel, nicht aber der Initiative Burgherr Folge. Des Weiteren nahm das Stöckli als Zweitrat eine Motion der SGK-NR bezüglich **Referenztarifen für ausserkantonale Behandlungen** an (Mo. 18.3388). Damit wollte die Kommission sicherstellen, dass die Kantone für Behandlungen ihrer Einwohnerinnen und Einwohner ausserhalb des Wohnkantons nicht weniger bezahlen würden als innerhalb. Bezüglich Ärzteschaft reichte Bea Heim (sp, SO; Mo. 18.3107) eine Motion zur **Offenlegung der Honorare von Ärztinnen und Ärzten** in einer leitenden Position ein. Transparenz sei notwendig, um falsche Anreize, unnötige Eingriffe und hohe Kosten für die OKP zu verhindern, so Heim. Die Motion wurde im März 2019 von der grossen Kammer gutgeheissen und an die kleine Kammer überwiesen.

Rund um das **Pflegepersonal** waren die **Pflegeinitiative und der indirekte Gegenvorschlag** ein wichtiges Thema. Gefordert wurden unter anderem die Sicherstellung von genügend diplomierten Pflegefachleuten und eine Kompetenzerweiterung im Bereich der direkten Abrechnung von Pflegeleistungen zu Lasten der OKP. In der Wintersession empfahl der Nationalrat in Übereinstimmung mit dem Bundesrat die Ablehnung der Initiative und gab dem von der SGK-NR ausgearbeiteten indirekten Gegenvorschlag mit einigen kleinen Änderungen Folge. Anders als seine Kommission wollte er beispielsweise nicht, dass eine Vereinbarung zwischen Pflegefachpersonen und Krankenkasse für die Abrechnung der Pflegenden über die OKP generell nötig ist.

Im Frühling 2019 verabschiedete das Parlament eine **Änderung des Heilmittelgesetzes** (BRG 18.081), die aufgrund zweier neuen EU-Verordnungen zur Erhöhung von Sicherheit und Qualität von Medizinprodukten nötig geworden war, damit die Schweizer Patientenschaft weiterhin von allen europäischen Produkten profitieren kann und die Hersteller keinen Wettbewerbsnachteil erfahren. Qualität und Behandlungssicherheit waren ebenfalls Gegenstand eines Postulates Stahl (svp, ZH; Po. 19.3382), das den Bundesrat dazu aufforderte, die Bedingungen zur Ermöglichung eines **Versandhandels**

nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel zu überprüfen. Weiter stimmte der Nationalrat in der Sommersession einer Motion Humbel (cvp, AG; Mo. 19.3005) zur Kostenvermeidung bei der **Urteilung von den Medikamenten der Kategorie C in die Kategorie B** zu und überwies sie an den Ständerat. Antibiotika und ihre Resistenz wurden 2019 mittels zweier Vorstösse thematisiert. Zum einen sprach sich der Nationalrat als Erstrat für eine Motion Graf (gp, BL; Mo. 19.3861) aus, die den Bundesrat damit beauftragte, seine One-Health-Strategie mit der Erforschung von Antibiotikaresistenzen zu ergänzen, um so eine Vorgehensweise zur Bekämpfung ihrer Ursachen ausarbeiten zu können. Zum anderen reichte Claude Béglé (cvp, VD, Po. 19.3860) ein Postulat zur «Förderung der Erforschung und der Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel» ein, welches allerdings im Rat nicht auf Anklang stiess. Im Herbst 2019 beschäftigte sich das Stöckli mit einer Motion Müller (fdp, LU; Mo. 19.3743), mit der die **Eliminierung von Hepatitis** in ein nationales Programm zu sexuell und durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten integriert werden soll.

Auch über **Tabakwaren** wurde 2019 angeregt diskutiert. So befasste sich der Ständerat erneut mit dem **Bundesgesetz über Tabakprodukte**, nachdem 2016 ein erster Entwurf an den Bundesrat zurückgewiesen worden war. Das Gesetz soll in erster Linie dazu dienen, Teenager, aber auch die Gesamtbevölkerung vor den negativen Auswirkungen des Tabakkonsums zu schützen. In den Medien war hingegen insbesondere das Thema «E-Zigaretten» zentral. Dieses fand auch seinen Weg ins Parlament; im Ständerat wurde über eine tiefere Besteuerung von elektronischen Zigaretten diskutiert (Mo. 19.3958 der SGK-SR). Vor dem Hintergrund der 2017 eingereichten Motionsserie zu **wissenschaftlichen Pilotversuchen mit Cannabis** trat der Nationalrat im Dezember 2019 auf die vom Bundesrat vorgeschlagene Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ein (BRG 19.021). Neben E-Zigaretten berichteten die Medien auch ausführlich über die umstrittene Auswahl des Tabakkonzerns **Philip Morris als Hauptsponsor des Schweizer Pavillons an der Weltausstellung 2020** in Dubai. Nachdem der Schweiz für diesen Entscheid viel Unverständnis entgegengebracht worden war und sich gar die WHO zu Wort gemeldet hatte, erklärte Aussenminister Ignazio Cassis Ende Juli, dass man die Partnerschaft nicht weiterführen werde.

Trotz grosser Aufmerksamkeit in den Medien – dieses Thema ist mitverantwortlich für den Peak des Gesundheitsthemas im Juli 2019 – kaum Eingang ins Parlament fand dieses Jahr die Frage der **Sterbehilfe**. Aufgegriffen wurde von den Zeitungen vor allem der Gerichtsprozess rund um Erika Preisig und den assistierten Suizid bei psychisch kranken Personen.

Die mediale Berichterstattung zu **sportlichen Themen** war im Juni 2019 besonders intensiv. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in diesem Monat nicht nur das Eidgenössische Turnfest in Aarau stattfand, sondern auch ein Formel-E-Rennen in Bern ausgetragen wurde, das bei der Bevölkerung auf Widerstand stiess und anlässlich dem eine Velo-Demonstration durchgeführt wurde. Zudem wurde die durch die Fussball-Weltmeisterschaft der Frauen ausgelöste Diskussion um die Gleichstellung der Geschlechter in dieser Sportart ebenfalls von den Schweizer Medien aufgenommen. Im Parlament wurden bezüglich Sport zwei Vorlagen zu **Sportzentren respektive zu der Finanzierung ihres Betriebs** diskutiert. So nahmen beide Räte eine Motion Engler (cvp, GR, Mo. 18.4150) an, welche beabsichtigte, dem Bund eine Mitfinanzierungsrolle beim Trainings- und Wettkampfbetrieb auf Sportanlagen nationaler Bedeutung zukommen zu lassen. Im Dezember 2019 sagte die kleine Kammer Ja zu einem weiteren Postulat Engler (Po. 19.4044), das einen Bericht zur Realisierung von drei bis vier Wintersportzentren anstelle eines nationalen Schneesportzentrums forderte. Silva Semadeni (sp, GR), die in Vergangenheit eine referendumsfähige Gesetzesgrundlage zur Bundesmilliarde für Sion 2026 schaffen wollte, reichte 2018 eine parlamentarische Initiative ein, um die **Unterstützung Olympischer Spiele** im Allgemeinen einem fakultativen Referendum zu unterstellen (Pa.lv. 18.445). In einem ersten Schritt gab die WBK-NR diesem Geschäft im Juni 2019 Folge. Im Gebiet der **Dopingpolitik** überwies der Nationalrat eine Motion Bourgeois (fdp, FR; Mo. 19.3667) an den Ständerat, die die Prüfung der Errichtung einer Koordinationsstelle für Dopingfragen beim Fedpol zum Gegenstand hatte.

Im Bereich **Sozialhilfe** interessierten sich die Medien insbesondere für die **Höhe der Sozialhilfebeiträge**, über die in verschiedenen Kantonen diskutiert wurde. Als erster Kanton stimmte Bern im Mai in einer Volksabstimmung über entsprechende Kürzungen ab. Hätte sich das Stimmvolk für die Revision des Sozialhilfegesetzes ausgesprochen, so hätte der neue Grundbetrag die Empfehlung der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (Skos) deutlich unterschritten. Von Bedeutung war dieser Entscheid auch für

die anderen Kantone, da man sich vor einem «Domino-Effekt» und «Sozialhilfe-Tourismus» fürchtete. Gemäss Einschätzungen des Tagesanzeigers von Anfang Oktober verlor die Forderung nach dem Nein in Bern in anderen Kantonen und Städten an Unterstützung.¹

Politique de la santé

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 27.09.2019
JOËLLE SCHNEUWLY

Wie von der SGK-NR empfohlen, schrieb der Nationalrat die parlamentarische Initiative Humbel (cvp, AG) zur **Durchsetzung von Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung** im September 2019 ab, da die Forderungen des Vorstosses durch das Geschäft «KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» (Pa.lv. 15.083) erfüllt worden seien.²

Médicaments

POSTULAT
DATE: 14.12.2012
ANJA HEIDELBERGER

Eine Klärung der möglichen **Aufgaben von Apotheken in der medizinischen Grundversorgung** verlangte Ruth Humbel (cvp, AG) im September 2012 in einem Postulat vom Bundesrat. Da das Selbstdispensationsverbot, also das Verbot für Ärztinnen und Ärzte, die verschriebenen Medikamente selbst zu verkaufen, sich nicht konsequent umsetzen lasse, sollten Apothekerinnen und Apotheker im Hinblick auf den sich abzeichnenden Mangel an Hausärzten gewisse Leistungen wie Impfungen oder Messungen selbst durchführen können. Der Bundesrat solle daher aufzeigen, wie das Tätigkeitsgebiet von Apothekerinnen und Apothekern ausgebaut werden könne und welche Folgen eine solche Änderung auf deren Aus- und Weiterbildung sowie auf die Vergütungsmodelle hätte.

Der Bundesrat beantragte das Postulat zur Annahme und erklärte sich bereit, die «strategisch optimierte Nutzung der pharmazeutischen Fachkompetenz in der Grundversorgung» darzulegen. Im Dezember 2012 nahm der Nationalrat den Vorstoss stillschweigend an.³

RAPPORT
DATE: 12.10.2016
ANJA HEIDELBERGER

Im Oktober 2016 veröffentlichte der Bundesrat den **Bericht zur Positionierung der Apotheken in der Grundversorgung** in Erfüllung der Motion Humbel (cvp, AG). Darin stellte er fest, dass zwingend eine interdisziplinäre Sichtweise auf die Positionierung der Apothekerinnen und Apotheker in der Grundversorgung nötig sei, welche die koordinierte Versorgung und das Synergiepotenzial zwischen verschiedenen Berufsgruppen einbeziehe.

Als Grundlage für den Bericht diente dem Bundesrat eine Situationsanalyse. Darin sah er die Rolle der Apothekerinnen und Apotheker in der OKP in einem niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem – besonders wichtig bei leichten Erkrankungen, für Personen ohne Hausärztin oder Hausarzt und für Behandlungen ausserhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen – sowie in der Nutzung ihrer pharmazeutischen Kompetenz zur Qualitätssteigerung in der Arzneimitteltherapie. Letzterem diene die Revision des Heilmittelgesetzes, mit der die Abgabekompetenzen der Apothekerinnen und Apotheker auf gewisse verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Vorliegen eines ärztlichen Rezeptes erweitert werden sollten. Zudem würde den Apotheken eine Funktion als Beobachtungs-, Beratungs- und Koordinationsstelle im Präventionsbereich zukommen, was zum Beispiel bereits in der NCD-Strategie des BAG umgesetzt werde.

Doch auch langfristig sollten die Fähigkeiten der Apothekerinnen und Apotheker stärker genutzt werden, etwa in Modellen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf individueller Patientenebene, zum Beispiel bei Patientinnen und Patienten mit Asthma oder Diabetes. Der Bundesrat betonte jedoch, dass solche Modelle der Zusammenarbeit der Eigeninitiative und Akzeptanz der Leistungserbringenden bedürfe, der Bund indes nur die Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene optimieren könne, zum Beispiel durch eine wissenschaftliche Begleitung von erfolgsversprechenden Pilotprojekten.⁴

Neue Möglichkeiten zur **Abgeltung von Apothekerleistungen** durch die OKP wollte Erich Ettlín (cvp, OW) im September 2018 mit einer Motion schaffen. Neu sollten auch kostendämpfende Apothekerleistungen ohne Medikamentenabgabe sowie die Beteiligung an OKP-mitfinanzierten kantonalen oder nationalen Präventionsprogrammen abgegolten werden. Denn auch solche Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker führten zu erheblichen Einsparungen in der OKP, erklärte der Motionär. Mit Verweis auf den Bericht zum Postulat Humbel (cvp, AG; Po. 12.3864) und auf seine Antwort auf die parlamentarische Initiative Joder (svp, BE; Pa.lv. 11.418) betonte der Bundesrat in seiner Stellungnahme die Gefahr einer Mengenausweitung durch das Anliegen. Dennoch empfahl er die Motion zur Annahme und erklärte, er werde sie im Rahmen der Motion SGK-NR (Mo. 18.3387), die Abrechnungsmöglichkeiten für nichtärztliche Leistungserbringende bei Leistungen in Früherkennung, Prävention und Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten fordert, prüfen.

In der Wintersession 2018 behandelte der Ständerat die Motion. Dabei bat der Motionär den Bundesrat darum, bei Annahme nicht nur die Anliegen der Motion der SGK-NR zu prüfen, sondern insbesondere auch eine Abgeltung von Apothekerleistungen, welche die «Behandlungen mit ärztlich verschriebenen Arzneimitteln wirtschaftlicher und effizienter» machten, Präventionsleistungen, die Apothekerinnen und Apotheker sinnvoller erbringen könnten als Ärzte, sowie Impfungen in Apotheken. Gesundheitsminister Berset erklärte sich bereit, die vom Motionär angesprochenen Änderungen zu prüfen, liess aber das Ergebnis dieser Prüfung offen. Er stellte jedoch in Aussicht, dass das Projekt als Teil der Koordination der Pflege mit dem zweiten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bereits 2019 in die Vernehmlassung gehen könnte.⁵

Assurances sociales

Assurance-maladie

Zusammenfassung

Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS; Pa.lv. 09.528)

Im Jahr 2009 verlangte Ruth Humbel (damals cvp, AG) in einer parlamentarischen Initiative die Einführung einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitskosten, EFAS genannt. 2011 gaben beide Gesundheitskommissionen der Initiative Folge, woraufhin die SGK-NR bis 2019 einen Entwurf erarbeitete. Dieser sah vor, dass die Krankenversicherungen zukünftig alle ambulanten und stationären Behandlungen vergüten, wobei sich die Kantone landesweit einheitlich zu mindestens 22.6 Prozent an den Bruttoleistungen der Versicherungen beteiligen. Umstritten war in der folgenden Parlamentsberatung einerseits die Rolle der Kantone – die Höhe ihrer Beteiligung an den Kosten, aber auch ihre zukünftigen Kompetenzen im Gesundheitsbereich –, andererseits die Frage, ob auch die Kosten der Langzeitpflege in EFAS integriert werden sollen. Nachdem der Ständerat Letzteres als zwingende Bedingung für eine Unterstützung der Kantone in die Vorlage aufgenommen und der Nationalrat dem etwas widerwillig zugestimmt hatte, debattierten die beiden Räte zahlreiche Detailfragen zur Ausgestaltung der zukünftigen Finanzierung im Gesundheitswesen, konnten sich bis vor der Wintersession 2023 jedoch noch nicht in allen Punkten einigen.

Chronologie

Parlamentarische Initiative und Zustimmung der Kommissionen
Vorentwurf der SGK-NR
Vernehmlassung
Entwurf der SGK-NR
Stellungnahme des Bundesrates
Debatte im Erstrat
Berichte zum Einbezug der Pflegeleistungen
Debatte im Zweirat: Der Ständerat integriert die Pflegekosten
Start des Nationalrats ins Differenzbereinigungsverfahren

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 18.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

Mit einer parlamentarischen Initiative wollte Ruth Humbel (cvp, AG) die **Einführung eines monistischen Finanzierungssystems für die Gesundheitsleistungen (EFAS)** erreichen. Demnach soll die öffentliche Hand zukünftig Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, den Risikoausgleich, Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie die Prämienverbilligung finanzieren. Die Krankenversicherungen sollen hingegen für die Finanzierung aller stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG zuständig sein. Dadurch sollten die Fehlanreize im Gesundheitssystem, die durch die unterschiedliche Finanzierung des ambulanten und stationären Bereiches entstünden, korrigiert werden, ohne dass die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Gelder verlören, argumentierte die Motionärin. Dies würde den Handlungsspielraum der Kantone zum Beispiel bei der integrierten Versorgung chronisch kranker, polymorbider Menschen vergrössern und den Krankenversicherern eine freie Prämienfestsetzung erlauben.

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 14 zu 10 Stimmen bei 1 Enthaltung Folge. Nachdem ihre Schwesterkommission den Vorstoss im April desselben Jahres noch sistiert hatte, weil sie der Motion Brändli (svp, GR; 09.3546) folgend zuerst die Ausarbeitung eines Vorschlags durch den Bundesrat abwarten wollte, stimmte die SGK-SR im November 2011 dem Beschluss ihrer Schwesterkommission mit 7 zu 1 Stimme zu. In der Folge entschied sich die mit der Erarbeitung eines Entlassentwurfs beauftragte Subkommission «KVG» der SGK-NR, die laufenden Arbeiten im Rahmen des Nationalen Dialogs Gesundheitspolitik abzuwarten. In deren Rahmen sollten zwischen 2012 und 2018 verschiedene wissenschaftliche Studien zum entsprechenden Thema durchgeführt werden. Aus diesem Grund und wegen der starken Auslastung der Subkommission legte die Kommission 2013, 2015 und 2017 je einen Antrag auf Verlängerung der Behandlungsfrist um zwei Jahre vor, welche der Nationalrat jeweils genehmigte.⁶

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 18.02.2011
ANJA HEIDELBERGER

Eine **Prämienbefreiung für Kinder** verlangte Ruth Humbel (cvp, AG) in ihrer Anfang März 2010 eingereichten parlamentarischen Initiative. Da die aktuelle Regelung der Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung kompliziert und mit grossem administrativem Aufwand verbunden sei, sei es einfacher, effizienter und solidarischer, Kinder unter 18 Jahren von den Krankenkassenprämien zu befreien – also prämienfrei zu versichern. Junge Erwachsene bis 25 Jahre sollen eine reduzierte Erwachsenenprämie bezahlen müssen, verlangte die Initiatorin zudem.

Im Februar 2011 gab die SGK-NR der Initiative mit 16 zu 8 Stimmen Folge – gleichzeitig mit der parlamentarischen Initiative Leutenegger Oberholzer (sp, BL; Pa.Iv. 10.414), mit der zusätzlich zu den Kindern auch junge Erwachsene von der Prämienlast befreit werden sollten.

Im September 2011 stimmte auch die SGK-SR dem Folgegebeben mit 5 zu 4 Stimmen zu. Sie empfahl jedoch ihrer Schwesterkommission, die nun einen Vorschlag ausarbeiten sollte, die rund neun Prämienprozente, die durch eine Streichung der Kinderprämien zukünftig fehlen würden, nicht einfach auf die Prämien der Erwachsenen aufzuschlagen, sondern über die individuellen Prämienverbilligungen zu finanzieren. Die Kommission des Ständerates beschränkte die Prämienbefreiung jedoch auf Kinder, der parlamentarischen Initiative Leutenegger Oberholzer erteilte sie mit 6 zu 2 Stimmen (bei 1 Enthaltung) eine Abfuhr. Letzterem Entscheid folgte kurze Zeit später auch die SGK-NR. Im August 2014 erteilte die Kommission ihrer Subkommission «KVG» den Auftrag, einen kostenneutralen Vorschlag zur Initiative Humbel auszuarbeiten. Im Oktober 2015 stand die Vorlage der Kommission, die zudem eine ähnliche Forderung der parlamentarischen Initiative Rossini (sp, TI; Pa.Iv. 13.477) aufnahm, bereit. Mehr zur Behandlung der Vorlage findet sich hier.⁷

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 16.03.2016
ANJA HEIDELBERGER

In der Frühjahrsession 2016 behandelte der Ständerat als Erstrat eine Revision der **Bestimmungen mit internationalem Bezug im KVG**, die unter anderem die Anliegen der Motionen Kuprecht (12.4098) und Humbel (12.4224) aufnahm. Dabei ging es hauptsächlich darum, bisher auf Verordnungsstufe festgehaltene Bestimmungen in ordentliches Recht zu überführen. Erstens soll die Zusammenarbeit in grenznahen Regionen im Gesundheitswesen verstärkt werden, indem die zuvor in Verordnungen festgehaltenen Grundlagen für die Pilotprojekte in den Grenzregionen von Basel und St.Gallen in ordentlichen Gesetzen verankert werden. Die Pilotprojekte sehen die

Möglichkeit der Kostenübernahme von im grenznahen Ausland erbrachten Leistungen vor. Diese haben sich gemäss der Botschaft des Bundesrates bewährt und gezeigt, dass dadurch weder Mengenausweitungen noch ein Qualitätsabbau oder Lohndumping zu befürchten seien. Dass die interessierten Grenzkantone und Versicherer beim Bund eine entsprechende Bewilligung beantragen müssen, stellt zudem sicher, dass eine solche Kooperation nicht gegen ihren Willen zustande kommen kann. Zweitens sollen in Zukunft bei stationären Behandlungen von Grenzgängern aus EU- und Efta-Staaten, die in der Schweiz versichert sind, nur noch höchstens die Tarife der Listenspitäler des Kantons, zu dem sie einen Anknüpfungspunkt haben – üblicherweise der Erwerbskanton – übernommen werden. Damit soll eine Bevorzugung gegenüber in der Schweiz lebenden Personen, bei denen diese Regelung heute schon gilt, eliminiert werden. Zudem sollen, drittens, die gesetzlichen Grundlagen für die Handlungsmöglichkeiten der Versicherer bei einer Nichtbezahlung von Prämien- und Kostenbeteiligungen von in der Schweiz versicherten Personen aus dem EU-/Efta-Raum so ergänzt werden, dass Regelungen in der Verordnung über die Krankenversicherung eine gesetzliche Grundlage erhalten. Um eine Benachteiligung von Gleichversicherten zu verhindern, soll die OKP schliesslich viertens in Zukunft im ambulanten Bereich die Tarife aller Leistungserbringer in der ganzen Schweiz vergüten und nicht mehr nur höchstens den Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort einer versicherten Person gilt. Diese Änderungen stiessen mehrheitlich auf grossen Anklang. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), die SGK-SR und schliesslich auch der Ständerat (mit 41 zu 0 Stimmen) stimmten der Vorlage einstimmig zu.⁸

MOTION
DATE: 04.05.2017
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2017 reichte Bea Heim (sp, SO) eine Motion ein, mit der sie dafür sorgen wollte, dass **Eltern Schuldner der nichtbezahlten Krankenkassenprämien ihrer Kinder** bleiben, auch wenn Letztere volljährig werden. Gemäss einem Urteil des Bundesgerichts aus dem Jahr 2008 (9C_660/2007) müssten zwar die Eltern die Prämien ihrer Kinder bezahlen, Schuldner seien aber die Kinder, wodurch diese bei Erreichen der Volljährigkeit für die versäumten Prämien betrieben werden können. Solche Betreibungen könnten jungen Erwachsenen den Einstieg ins Berufsleben erschweren oder diesen je nach Berufswunsch – etwa als Treuhänderin oder Rechtsanwältin – gar verhindern, betonte die Motionärin.

In seiner Stellungnahme präziserte der Bundesrat die Situation gemäss dem Bundesgerichtsurteil: Da die Eltern die OKP im Namen ihrer Kinder abschliessen, seien Letztere Prämien Schuldner; die Eltern hafteten jedoch solidarisch mit ihren Kindern. Der Bundesrat erklärte, er sehe keine «zweckmässige Massnahme», wie das Ziel der Motionärin erreicht werden könne. So habe das Parlament im Rahmen der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG; Pa.lv. 10.407) darauf verzichtet, die Individualprämien durch Familienprämien zu ersetzen, mit denen dieses Problem hätte umgangen werden können. Würde aber den Versicherern untersagt, Versicherte für Prämien schulden, die entstanden sind, als sie minderjährig waren, zu belangen, würden die Versicherer gegenüber anderen Gläubigern, zum Beispiel gegenüber Verkäufern von Konsumgütern, benachteiligt. Dies widerspreche der Bevorzugung der Prämienforderungen durch die Krankenkassen gegenüber anderen Gläubigern bei Konkursen. In der Zwischenzeit habe – so der Bundesrat weiter – die direkte Auszahlung der Prämienverbilligungen an die Versicherer das Problem deutlich entschärft. Zudem habe das BAG die Krankenversicherer angewiesen, in solchen Fällen zukünftig «primär auf die Eltern zurückzugreifen».⁹

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 09.05.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2018 legte der Bundesrat dem Parlament die **Botschaft zur Neuregelung der Zulassung von Leistungserbringenden** vor, welche die zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkung der Leistungserbringenden ablösen soll. Die Vorlage will die Anforderungen an die Leistungserbringenden erhöhen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen steigern und den Kantonen ein Kontrollinstrument für das Leistungsangebot in die Hand geben. Aufgrund der Vernehmlassungsantworten hatte der Bundesrat in der Zwischenzeit einige Änderungen an der Vorlage vorgenommen: Neu sollen die Kantone für die Zulassungssteuerung und die Aufsicht über die Einhaltung der Auflagen zuständig sein, nicht mehr die Versicherer. Zudem wurde die zweijährige Wartefrist für die Leistungserbringenden vor Zulassung zur Leistungserbringung im Rahmen der OKP durch eine mindestens dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte ersetzt.

Im Sommer 2018 beriet die SGK-NR die Botschaft des Bundesrats und trat ohne Gegenstimme auf die Vorlage ein. Sie ersetzte insbesondere einige Kann- durch Muss-

Bestimmungen und erweiterte den Geltungsbereich der Regelungen auf den ambulanten Spitalbereich. Ärztinnen und Ärzte sollen sich zur Zulassung zur OKP einer zertifizierten Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen. Zudem soll ein Register über die ambulant tätigen Leistungserbringenden die Transparenz erhöhen. Die Kommission verabschiedete ihren Vorschlag mit 16 zu 4 Stimmen bei 3 Enthaltungen.

In der Wintersession 2018 folgte die Erstbehandlung der Vorlage im **Nationalrat**. Ruth Humbel (cvp, AG) und Raymond Clottu (svp, NE) präsentierten sie dem Rat, der ohne Gegenantrag auf die Vorlage eintrat. Unbestritten waren die Änderungen der Kann-Formulierungen; erste Diskussionen gab es zur Frage, ob Leistungserbringende für die Zulassung zur OKP zwei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte und ein Jahr an einem Spital mit Grundversorgung – wie es die Kommission wollte – oder drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte – wie es eine Minderheit Humbel vorschlug – gearbeitet haben müssen. Hier wurde diskutiert, ob es sinnvoller sei, dass frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte – häufig Spezialistinnen und Spezialisten – auch als Grundversorgende gut ausgebildet seien, oder ob es relevanter sei, dass sie länger in ihrem Spezialgebiet arbeiteten. Mit 170 zu 12 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) entschied sich der Rat in dieser Frage für die Minderheit und somit für eine stärkere Spezialisierung der Leistungserbringenden.

Besonders umstritten war die Frage, ob die Kantone die Möglichkeit erhalten sollen, den Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringenden aufzuheben, solange Unter- und Obergrenzen an Ärztinnen und Ärzten nicht erreicht werden. Diesen Vorschlag der Kommission lehnte eine Minderheit Ruiz (sp, VD) ab. Stattdessen wollte sie den Kantonen die Möglichkeit geben, andere Zulassungskriterien zu definieren. Der Rat folgte jedoch gegen den Widerstand der SP- und der Grünen-Fraktion sowie einzelner Mitglieder anderer Fraktionen mit 126 zu 57 Stimmen (bei einer Enthaltung) mehrheitlich der Kommissionsmehrheit. Ähnliche Lager zeigten sich auch bei der Frage, ob den Versicherern und den Versichererverbänden ein Beschwerderecht bezüglich Bandbreiten und Höchstzahlen zustehen soll oder nicht. Die Mehrheit des Nationalrats sprach sich mit 120 zu 59 Stimmen (bei 5 Enthaltungen) für ein solches Beschwerderecht aus.

Schliesslich lösten auch die Übergangsbestimmungen lange Diskussionen aus. So war sich der Rat nicht einig, ob das Inkrafttreten des Gesetzes an die Inkraftsetzung der Änderung des KVG bezüglich EFAS geknüpft werden soll oder nicht. Eine Minderheit Gysi (sp, SG) sprach sich gegen eine solche Koppelung aus, da EFAS sehr umstritten sei und die Änderung der Zulassungssteuerung aufgrund ihrer Wichtigkeit nicht aufgeschoben werden solle. Dass es zu einer solchen Verknüpfung gekommen sei, führte Gysi auf das Lobbying der Krankenversicherungen zurück. Obwohl auch der Gesundheitsminister den Nationalrat bat, auf eine Verknüpfung der beiden Themen zu verzichten, stimmte der Nationalrat mit 123 zu 53 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) im Sinne der Kommissionsmehrheit für eine Verknüpfung. Mit 128 zu 40 Stimmen bei 13 Enthaltungen nahm der Nationalrat die Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Die Nein-Stimmen stammten allesamt aus dem links-grünen Lager, jedoch entschieden sich zehn Parlamentarierinnen und Parlamentarier der SP sowie zwei der Grünen und einer der SVP, sich der Stimme zu enthalten.¹⁰

MOTION
DATE: 19.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Einstimmig beabsichtigte die SGK-NR im Mai 2018, **sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG zu ermöglichen**. Mit einer Motion wollte sie erreichen, dass Leistungen im Rahmen von Patientensteuerungsprogrammen im KVG vergütet werden können, solange die Programme auf klar definierte Patientengruppen beschränkt sind, zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung führen sowie zwischen Leistungserbringern und Versicherern vereinbart wurden. Im Gegensatz zur Unfallversicherung seien solche Leistungen im KVG begrenzt, so dass nichtärztliche Koordinations- und Beratungsleistungen sowie wirksame nichtkassenpflichtige Leistungen nicht abgerechnet werden könnten, erklärte die Kommission. Um dies zu erreichen, hatte die Kommission die entsprechenden Forderungen der parlamentarischen Initiative Humbel (cvp, AG; Pa. lv. 17.441) in eine Kommissionsmotion aufgenommen, worauf Humbel ihre Initiative zurückgezogen hatte. Im Nationalrat erklärte die frühere Initiantin, dass eine solche Regelung insbesondere chronisch kranken Patientinnen und Patienten zum Beispiel im Rahmen von Disease-Management-Programmen nützen würde. Nachdem sich zuvor auch der Bundesrat für eine Annahme der Motion ausgesprochen hatte, folgte ihm der Nationalrat in der Herbstsession 2018 stillschweigend.¹¹

MOTION
DATE: 28.09.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Juni 2018 reichte Ruth Humbel (cvp, AG) eine Motion ein, die zum Ziel hatte, **integrierte Versorgungsmodelle durch ihre Abgrenzung von einseitigen Listenangeboten ohne koordinierte Behandlung** zu stärken. Dafür brauche es eine entsprechende Definition der integrierten Versorgungsnetze als Gruppe von Leistungserbringenden, die sich «zum Zweck einer Koordination der medizinischen Versorgung zusammenschliessen» und bei denen eine über die ganze Behandlungskette gesteuerte Behandlung der Patientinnen und Patienten, der Zugang zu allen Leistungen der OKP sowie zu zusätzlichen, darüber hinausgehenden Leistungen sichergestellt seien. Zudem müssten bei integrierten Versorgungsnetzen die Zusammenarbeit, der Datenaustausch, die Qualitätssicherung und die Vergütung der Leistungen durch einen Vertrag zwischen dem Versorgungsnetz und den Versicherungen geregelt sein. Eine solche Definition sei nötig, weil die integrierte Versorgung zwar Teil des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen sei, der Begriff bisher jedoch nirgends definiert werde. Nachdem der Bundesrat die Motion zur Annahme empfohlen hatte, stimmte ihr der Nationalrat in der Herbstsession 2018 stillschweigend zu.¹²

MOTION
DATE: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2018 beriet der Ständerat die Motion Brand (svp, GR) bezüglich eines **Masterplans für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030**. Zuvor hatte die SGK-SR erklärt, dass sie die Kernforderungen der Motion zwar befürworte, diese aber durch den Bericht der Expertengruppe über Kostendämpfungsmassnahmen in der OKP und das erste Massnahmenpaket des Bundesrates bereits als erfüllt erachte. Der Ständerat behandelte die Motion Brand zusammen mit den Motionen Humbel (cvp, AG) zu Pilotversuchen im KVG (Mo. 17.3827) und zu einem differenzierten Preisfestsetzungssystem bei den Arzneimitteln (Mo. 17.3828), da alle mit dem ersten Kostendämpfungspaket des Bundesrates in Zusammenhang stehen. Stillschweigend lehnte er alle drei Motionen ab – sie alle sind damit vom Tisch.¹³

MOTION
DATE: 12.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

In der Wintersession 2018 lehnte der Ständerat die Motion Humbel (cvp, AG) zur Ermöglichung von **Pilotversuchen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** stillschweigend ab. Zuvor hatte die SGK-SR zwar den Nutzen des Anliegens zur Kostenreduktion anerkannt, erachtete das Ziel der Motion jedoch als bereits im ersten Massnahmenpaket des Bundesrates zur Kostenreduktion in der OKP erfüllt.¹⁴

MOTION
DATE: 14.12.2018
ANJA HEIDELBERGER

Im Rahmen der Änderung des Medizinalberufegesetzes und des Heilmittelgesetzes und basierend auf dem neuen Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung übertrug das Parlament den **Apothekerinnen und Apothekern zusätzliche Aufgaben zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung** in der medizinischen Grundversorgung. Im September 2018 verlangte Ruth Humbel (cvp, AG) in einer Motion, dass diese neuen Leistungen und Aufgaben nun auch im KVG abgebildet werden sollten und in der Folge auch in einem Tarifvertrag zwischen Apothekerinnen und Apothekern und den Krankenversicherungen geregelt werden könnten. Der Bundesrat lehnte eine einseitige, unbegrenzte Erweiterung der durch die OKP übernommenen Leistungen aufgrund der zu befürchtenden Mengenausweitung ab. Er kläre aber im Rahmen einer Motion der SGK-NR (Mo. 18.3387) ab, wie nichtärztliche Leistungserbringende weitergehende Leistungen zulasten der OKP erbringen könnten als bisher. Im Rahmen dieser Prüfung beantragte er die Annahme der Motion Humbel, wobei ihm der Nationalrat in der Wintersession 2018 stillschweigend zustimmte.¹⁵

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 11.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Mittelpunkt der Revision des KVG bezüglich der **Zulassung von Leistungserbringenden** in der Herbstsession 2019 durch den Nationalrat stand ein **Rückkommensantrag** der SGK-NR, der von ihrer ständerätlichen Schwesterkommission gutgeheissen worden war. Sowohl Nationalrat als auch Ständerat hatten in der ersten Behandlungsrunde den bundesrätlichen Vorschlag zur Schaffung von Auflagen für die Leistungserbringenden in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit und die Qualität durch die Aufsichtsbehörde gutgeheissen. Damit habe man gemäss Kommissionssprecherin Ruth Humbel (cvp, AG) jedoch Koordinationsprobleme mit der Vorlage «Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit» und Zuständigkeitskonflikte zwischen Kantonen und Tarifpartnern geschaffen. Gemäss letzterer Vorlage sei der Bund für die Regulierung der Krankenversicherungen und die Tarifpartner für die Durchführung von Qualitätskontrollen zuständig. Statt den Kantonen mit der Zulassungsvorlage nun

ebenfalls noch Kontrollaufgaben und somit eine zusätzliche Aufsichts- und Sanktionierungskompetenz zu geben, sollten sie ausschliesslich für die gesundheitspolitische Zulassung von Ärztinnen und Ärzten sowie für deren Zulassung zur OKP zuständig sein, während die Wirtschaftlichkeits- und Kosteneffizienzprüfung durch die Tarifpartner erfolgen solle. Dagegen wehrte sich eine Minderheit Heim (sp, SO) heftig. Barbara Gysi (sp, NR) betonte für die SP-Fraktion, dass diese Änderung aufgrund eines Rechtsgutachtens und des Lobbyings von Curafutura eingereicht worden sei. «Dieses Rückkommen ist nichts anderes als der Versuch, einen Teil der Macht – die Sanktionsmöglichkeiten, den Einfluss und die Steuerungsmöglichkeiten – bei den Kantonen wieder zu streichen und ihn den Versicherungen zuzuschieben», kritisierte sie. Dies wecke die Gefahr, dass die Versicherungen die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrem Kostendenken unterordneten. Wenn die Kantone zudem neu über die Zulassung der Leistungserbringenden entscheiden könnten, gemäss Verfassung für die Gesundheitsversorgung verantwortlich seien und diese zukünftig aufgrund von EFAS auch mitfinanzieren müssten, sollten sie auch die Umsetzung der Qualitätsvorgaben beaufsichtigen können. Zudem habe die Verwaltung den Koordinationsbedarf zwischen den zwei Vorlagen überprüft und in Abklärung mit dem Bundesamt für Justiz kleinere Ergänzungen vorgeschlagen. Auch Bundesrat Berset erachtete diese vorgeschlagenen kleineren Korrekturen als ausreichend, um die entsprechenden Koordinationsprobleme zu beheben. Dennoch sprach sich der Rat – bei 27 nicht teilnehmenden Personen – mit 122 zu 49 Stimmen für die Änderung aus. Die ablehnenden Stimmen stammten von der SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay vom MCG und Marianne Streiff-Feller und Nik Gugger von der EVP.

Auch die weiteren Punkte der Reform wurden hitzig diskutiert. Bei der Frage, ob die Kantone Zulassungsbeschränkungen einführen müssen oder können, sprachen sich ausser der FDP-Fraktion und Angelo Barrile (sp, ZH) und vereinzelt Enthaltungen alle Ratsmitglieder für eine entsprechende Pflicht für die Kantone aus (146 zu 30 Stimmen bei 4 Enthaltungen). Bei der freiwilligen Möglichkeit auf Vertragsfreiheit, die der Nationalrat eingeführt, der Ständerat aber deutlich abgelehnt hatte, folgte die grosse Kammer mit 135 zu 41 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) ihrer Kommissionsmehrheit und lenkte gegenüber dem Ständerat ein. Eine Mehrheit der FDP-Liberalen-Fraktion und eine Minderheit der SVP-Fraktion hatte hier auf Festhalten plädiert. Nicht einlenken wollte der Nationalrat hingegen beim Beschwerderecht für die Versicherungen und die Versicherungsverbände bezüglich der Ärztehöchstzahlen; dieses bestätigte er mit 131 zu 52 Stimmen gegen den Widerstand von SP- und Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay. Mit 123 zu 53 Stimmen hielt die grosse Kammer schliesslich auch trotz kritischer Stimmen des Gesundheitsministers und von linker Ratsseite an der Verbindung dieser Zulassungsvorlage mit EFAS fest. Die Verbindung diene dazu, dass «Efas die Räte und das Referendum erfolgreich übersteht», erklärte Kommissionssprecherin Humbel.¹⁶

MOTION
DATE: 19.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im September 2019 besprach die SGK-SR die Motion Humbel (cvp, AG) für eine **Definition der integrierten Versorgungsmodelle**. Die ständerätliche Kommission betonte den Nutzen der integrierten Versorgungsnetze für die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, insbesondere bei Patientengruppen mit aufwändigen Gesundheitsleistungen, und sprach sich mit 9 zu 0 Stimmen (bei 1 Enthaltung) für eine Annahme der Motion aus. Sie empfahl zudem dem Bundesrat, den Vorstoss im Rahmen des zweiten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im KVG zu behandeln. Nachdem sie bereits von Bundesrat und Nationalrat unterstützt worden war, nahm auch der Ständerat die Motion stillschweigend an.¹⁷

INITIATIVE PARLEMENTAIRE
DATE: 26.09.2019
ANJA HEIDELBERGER

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

zusammen mit den Kantonen eine neue Lösungsfindung ermöglichen.

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

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

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

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

Bei der Frage nach der zukünftigen Rolle der gemeinsamen Einrichtung der Versicherungen entschied sich der Rat gegen eine Minderheit Aeschi (svp, ZG) und eine Minderheit Carobbio (sp, TI) dafür, dass die Einrichtung neu auch für die Aufteilung des

Kantonsbeitrags auf die Versicherungen zuständig sein soll. Sowohl Aeschi als auch Carobbio hatten mit ihren Anträgen beabsichtigt, die Rolle der Kantone in EFAS zu stärken; Thomas Aeschi wollte den Kantonen die Möglichkeit geben, das Geld selbst zu verteilen, während Marina Carobbio der gemeinsamen Einrichtung die Kontrolle über die Zahlungen übertragen wollte, damit die Kantone den Versicherungen nicht blind vertrauen müssten, wie Bea Heim (sp, SO) erklärte.

Schliesslich stimmte der Nationalrat dem Entwurf mit 121 zu 54 Stimmen (bei 8 Enthaltungen) zu, wobei die ablehnenden Stimmen wie schon in der Eintretensabstimmung von der SP- und der Grünen-Fraktion sowie von Roger Golay stammten. Auch im Lager der SVP stiess die Vorlage mit 8 Enthaltungen jedoch nicht ausschliesslich auf Unterstützung.¹⁸

MOTION

DATE: 20.12.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Moment unterlägen die Leistungen von Ärztenetzen zur koordinierten Heilbehandlung der Patientinnen und Patienten im Rahmen von Managed Care gemäss Ruth Humbel (cvp, AG) der Mehrwertsteuer, da sie nicht als Heilbehandlung anerkannt seien. Dadurch werde «ein wesentlicher Teil der erwirtschafteten Einsparungen abgeschöpft». Daher wollte sie den Bundesrat mit einer Motion beauftragen, die entsprechenden **Leistungen als Teil der Heilbehandlung zu definieren und von der Mehrwertsteuer auszunehmen**. Der Bundesrat zeigte sich bereit, dieser Forderung bei Managed Care Leistungen, nicht aber bei rein administrativen Leistungen nachzukommen, und empfahl die Motion zur Annahme. Stillschweigend folgte der Nationalrat in der Wintersession 2019 diesem Antrag.¹⁹

MOTION

DATE: 10.03.2020
ANJA HEIDELBERGER

Einstimmig beantragte die SGK-SR die Motion Humbel (cvp, AG) zur **Abbildung der Leistungen von Apothekerinnen und Apothekern zur Kostendämpfung und Qualitätssicherung im KVG** zur Annahme. Sie habe mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, dass dieser Aspekt ins zweite Kostendämpfungspaket aufgenommen werden solle, erklärte die Kommission in ihrem Bericht. Nach einer kurzen Ausführung von Kommissionssprecherin Carobbio Guscetti (sp, TI) nahm der Ständerat die Motion stillschweigend an.²⁰

POSTULAT

DATE: 20.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 legte der Bundesrat in Erfüllung eines Postulats Humbel (cvp, AG) den **Bericht zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung** vor, der insbesondere die Frage stellte, wie die individuelle Prämienverbilligung (IPV) effektiver und ausgewogener gestaltet werden kann. Eine Neuorganisation der Prämienverbilligungen sei gemäss Bericht einerseits aufgrund der Motion der FK-NR (Mo. 13.3363) nötig geworden. Im dazu erschienenen Bericht hatten nämlich Bund und Kantone entschieden, die IPV zukünftig als Verbundaufgabe mit gemeinsamer Finanzierungsverantwortung und je hälftigen Beiträgen weiterzuführen. Andererseits hatten viele Kantone als Folge der Neugestaltung des Finanzausgleichs 2008 und des Wegfalls der Abhängigkeit der Kantons- von den Bundesbeiträgen ihre Beiträge zur IPV gesenkt, wie der Bundesrat in seinem Bericht weiter ausführte: Der durchschnittliche Kantonsanteil an den OKP-Bruttokosten sei zwischen 2010 und 2020 von 7.9 Prozent auf 5.5 Prozent gesunken; der Anteil der Kantone an der Prämienverbilligung habe in demselben Zeitraum von ungefähr 50 Prozent auf 41.9 Prozent abgenommen. Dabei gebe es grosse Unterschiede zwischen den Kantonen: Während der Kanton Basel-Stadt 2018 66 Prozent der IPV übernehme, seien es bei den Kantonen Nidwalden (8.1%), Bern (12.2%) und Appenzell Inneroden (19.5%) deutlich weniger. Der Bund übernimmt jeweils 7.5 Prozent der Bruttokosten der OKP für die IPV.

Neben der Höhe des Kantonsanteils ist gemäss Bericht vor allem die Höhe der verbleibenden Prämienbelastung der Haushalte für die Beurteilung der Leistungen der Kantone relevant. Diese stieg zwischen 2010 und 2017 insgesamt von 10 Prozent auf 14 Prozent an, während der Anteil Bezügerinnen und Bezüger von knapp 33 Prozent auf 26.4 Prozent sank. Auch hier bestehen grosse Unterschiede zwischen den Kantonen: Im Kanton Luzern beziehen 19 Prozent der Bevölkerung IPV, im Kanton Schaffhausen 35 Prozent. Über die Zeit angestiegen ist der Anteil IPV-Beziehende, die gleichzeitig auf Sozialhilfe oder EL angewiesen sind: 2008 waren es 22.8 Prozent, 2020 sind es 32 Prozent aller IPV-Beziehenden. 2017 wurden 55 Prozent aller IPV-Ausgaben an Sozialhilfe- oder EL-Beziehende ausbezahlt.

Dass die IPV-Reduktionen durch die Kantone nicht ungehindert möglich sind, zeigte das Bundesgerichtsurteil vom Januar 2019, welches der Bericht ebenfalls aufnahm. Demnach sind die Kantone verpflichtet, für untere und mittlere Einkommen die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent

zu verbilligen. Die Schwelle für diese Verbilligung hatte der Kanton Luzern gemäss Bundesgericht zu niedrig angesetzt. In der Folge mussten mehrere Kantone ihre Bestimmungen zur IPV ändern oder überprüfen.

Abschliessend diskutierte der Bericht drei Varianten für eine ausgewogene Finanzierung der IPV.

Die erste Variante sah eine Koppelung des Bundesbeitrags an den Kantonsbeitrag vor, wie er vor der NFA gegolten hatte und vom Postulat Humbel, das dem Bericht zugrunde lag, gefordert worden war. In dieser Variante würde der Bund nicht mehr fix 7.5 Prozent der Bruttokosten, sondern einfach gleich viel bezahlen wie der entsprechende Kanton. Wollten die Kantone mindestens diese 7.5 Prozent durch den Bundesrat bezahlt haben, hätten 20 Kantone 2017 insgesamt CHF 1 Mrd. mehr an Prämienverbilligungen bezahlen müssen. Der Bundesrat hatte jedoch bereits im Rahmen der erwähnten Motion der FK-NR (Mo. 13.3363) erklärt, dass er eine Rückkehr zu diesem System ablehne.

Die zweite Variante beinhaltete eine Koppelung des Kantonsanteils an die Bruttokosten. Der Mindestbeitrag jedes Kantons würde dabei anhand der verbleibenden Prämienbelastung in Prozent des verfügbaren Einkommens berechnet. Dabei gäbe es drei Gruppen von Kantonen: Kantone mit einer verbleibenden Prämienbelastung unter 10 Prozent müssten mindestens 4 Prozent der OKP-Bruttokosten übernehmen. Kantone mit einer Prämienbelastungen zwischen 10 und 14 Prozent wären für 5 Prozent der OKP-Bruttokosten zuständig und Kantone mit über 14 Prozent Prämienbelastung müssten 7.5 Prozent bezahlen, wie der Bund auch. Mit dieser Variante hätten 2017 17 Kantone zusätzlich CHF 777 Mio. bezahlen müssen.

Die dritte Variante beruhte auf einer Koppelung des Kantonsanteils an die kantonalen Bruttokosten. Wie der Bundesrat würden somit auch die Kantone mindestens 7.5 Prozent der kantonalen OKP-Bruttokosten übernehmen. 21 Kantone hätten dabei 2017 Mehrleistungen von CHF 923 Mio. erbringen müssen. Dieser Betrag würde sich für alle Kantone vom Betrag der ersten Version unterscheiden, weil hier 7.5 Prozent der kantonalen Bruttokosten, bei Variante 1 aber der der mittleren Wohnbevölkerung des Kantons entsprechende Anteil an den nationalen Bruttokosten übernommen werden müsste.

Die erste Variante habe den Vorteil, dass die Finanzautonomie der Kantone gewahrt werde, jedoch trage sie den unterschiedlichen kantonalen Gesundheitskosten und verbleibenden Prämienbelastungen nicht Rechnung. Letzteres sei auch das Problem der dritten Variante, während die zweite Variante zwar die Prämienbelastung berücksichtige, der Bund jedoch eine Mindestfinanzierung definiere, resümierte der Bundesrat.²¹

INITIATIVE POPULAIRE
DATE: 20.05.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Mai 2020 gab der **Bundesrat** bekannt, die **Prämien-Entlastungs-Initiative** der SP Volk und Ständen zur Ablehnung zu empfehlen. Er störte sich daran, dass sich die Initiative ausschliesslich auf die Finanzierung der Gesundheitsausgaben konzentrierte und die Kostenproblematik – mit der sich die Kostenbremseinitiative der CVP ausschliesslich beschäftigte – ausser Acht lasse. Er wehrte sich auch dagegen, dass der Bund gemäss Initiative für zwei Drittel der individuellen Prämienverbilligungen aufkommen sollte – was ihn gemäss eigenen Zahlen pro Jahr CHF 6 Mrd. und nicht CHF 2.5 Mrd. bis CHF 3 Mrd., wie die Initianten und Initiantinnen berechnet hatten, kosten würde –, obwohl die Gesundheitskosten stark durch die Entscheidungen der Kantone, etwa bezüglich Spitalplanung, beeinflusst würden. Diese hätten ihre Beiträge an die IPV zudem in den letzten Jahren immer stärker gesenkt. Da er sich der hohen Belastung der Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien bewusst sei – diese wurde unter anderem im Monitoring 2017 zur Wirksamkeit der Prämienverbilligungen ausführlich dargelegt –, legte der Bundesrat einen **indirekten Gegenvorschlag zur Initiative** vor. Darin schlug er vor, den Kantonsbeitrag für die Prämienverbilligungen an die kantonalen Bruttokosten sowie an die verbleibende Prämienbelastung zu knüpfen; dies entspräche der im Bericht zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung zur Erfüllung des Postulats Humbel (cvp, AG; Po. 17.3880) ausführlich beschriebenen Variante 2. Dies würde für die Kantone schätzungsweise zusätzliche Kosten von CHF 777 Mio. jährlich mit sich bringen, gleichzeitig aber auch Anreize zur Eindämmung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen schaffen, argumentierte er.

Im Oktober 2020 schickte der Bundesrat seinen indirekten Gegenvorschlag in die Vernehmlassung; diese wird bis Februar 2021 andauern.²²

In der Sommersession 2020 debattierte der **Nationalrat das von der SGK-NR geschaffene Paket 1a**, das eine Hälfte des bundesrätlichen **Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen** beinhaltete. Die Grundsatzdebatte begann mit einem Nichteintretensantrag de Courten (svp, BL). Dass die Kosten im Gesundheitswesen mit dieser Vorlage gesenkt werden könnten, sei Wunschdenken, damit würden nur die vergangenen Fehler wiederholt, kritisierte der Minderheitensprecher den bundesrätlichen Vorschlag. Es brauche nicht mehr, sondern weniger Regulierung und Bürokratie. Das aktuelle Projekt solle gestoppt werden, um «den Weg für einen neuen Anlauf frei zu machen». Mit 139 zu 52 Stimmen – einzig die SVP sprach sich für Nichteintreten aus – lehnte der Rat diesen Antrag jedoch ab.

In der Folge lagen sowohl von Seiten der Kommissionsmehrheit als auch von linken und rechten Kommissionsminderheiten zahlreiche Änderungsanträge gegenüber der Version des Bundesrates vor.

Zuerst behandelte der Nationalrat das Thema der **Rechnungsstellung** und somit konkret die Frage, wer im Tiers payant den Versicherten die Rechnung zustellen muss. Einig war man sich, dass es wichtig sei, dass die Versicherten ihre Rechnungen kontrollieren könnten; bisher seien ihnen die Rechnungen nicht konsequent genug zugeschiedt worden, war der Tenor. Der Bundesrat wollte die Zustellungspflicht bei den Leistungserbringenden belassen, die Pflicht aber neu mit Sanktionsmöglichkeiten im Gesetz festschreiben. Die Kommissionsmehrheit wollte diese Pflicht auf die Versicherungen übertragen, während zwei Minderheiten de Courten hier keinen Rechtsetzungsbedarf sahen respektive festhalten wollten, dass eine Übermittlung durch die Leistungserbringenden auch elektronisch erfolgen könne. Deutlich sprach sich die grosse Kammer für den Mehrheitsantrag der SGK-NR aus. Ebenfalls die Frage der Rechnungskontrolle betraf der Minderheitsantrag Wasserfallen (sp, BE), wonach eine vom Bund finanziell unterstützte Patientenschutzorganisation geschaffen werden sollte, welcher die Patientinnen und Patienten ihre Rechnungen zur Kontrolle vorlegen könnten. Zur Verdeutlichung der Notwendigkeit dieser Massnahme zählte Flavia Wasserfallen verschiedene Fälle auf, in denen Leistungen verrechnet wurden, die gar nie getätigt worden waren. Die Schaffung einer dritten Partei bei der Rechnungskontrolle sei jedoch aufwändig und kostspielig, lehnte Ruth Humbel (cvp, AG) den Vorschlag im Namen der Kommission ab. Dennoch entschied sich der Nationalrat mit 96 zu 92 Stimmen (bei 3 Enthaltungen) für die Schaffung einer entsprechenden Patientenorganisation.

Die zweite grosse Frage betraf die **Behandlungstarife**. Mussten bisher nur Einzelleistungstarife auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur beruhen, wollte der Bundesrat diese Anforderung auch auf ambulante Behandlungen ausdehnen, wobei er jedoch Ausnahmen vorsehen können wollte. Die Wirkung dieser Ausnahmen bezweifelte eine weitere Minderheit de Courten, deren Sprecher betonte, dass dadurch bestehende entsprechende Bestrebungen der Tarifpartner zur Suche von geeigneten Pauschalen nicht mehr fortgesetzt werden könnten. Mit 131 zu 58 Stimmen teilte die grosse Kammer die Sorge der Minderheit nicht und lehnte deren Antrag ab. Deutlich umstrittener war der Vorschlag des Bundesrates für eine Organisation zur Erarbeitung und Pflege der Tarifstruktur bei ambulanten ärztlichen Behandlungen, ähnlich wie die Swiss DRG im stationären Bereich. Der Bundesrat wollte die Verbände der Leistungserbringenden und Versicherungen bei Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung mit der Schaffung einer entsprechenden Organisation beauftragen und subsidiär selbst tätig werden, falls die Organisation nicht zustande käme oder nicht den gesetzlichen Grundlagen entspräche. Zudem sah er die Möglichkeit vor, die Schaffung einer Organisation auch von Verbänden zu anderen ambulanten Behandlungen – beispielsweise in der Chiropraktik oder der Physiotherapie – zu verlangen. Die Leistungserbringenden wären in der Folge verpflichtet, dieser Organisation unter Sanktionsandrohung die für den Betrieb nötigen Daten zu liefern; die Organisation müsste die Tarifstrukturen ihrerseits dem Bundesrat zur Genehmigung vorlegen. Zu diesem Konzept lagen zahlreiche Mehr- und Minderheitsanträge vor. Zum Beispiel sollten an der Schaffung der Organisation auch die Kantone beteiligt sein (Minderheit Prelicz-Huber; gp, ZH) respektive nicht die Verbände dafür zuständig sein, sondern wie bis anhin die Tarifpartner (Minderheit de Courten). Weiter wurden die Ausdehnung auf andere Bereiche, die Vorgaben zu Form, Betrieb und Finanzierung, die subsidiäre Kompetenz zur Schaffung der Organisation durch den Bundesrat sowie die Sanktionsmöglichkeiten von Kommissionsminderheiten bekämpft. Die Kommissionsmehrheit zeigte sich mit dem Vorschlag des Bundesrates mehrheitlich einverstanden, schlug aber vor, dass der Bundesrat erst eine Konsultation durchführe und seine Vorgaben bezüglich Form, Betrieb und Finanzierung der zu schaffenden Organisation erst anschliessend festsetze. Zudem sollten sowohl Leistungserbringende als auch Versicherungen zur Datenlieferung verpflichtet werden. Zwar setzte sich die bundesrätliche Version gegen sämtliche Minderheiten durch, zum Schluss folgte der Rat

in letztgenannten Punkten jedoch deutlich der Kommissionsmehrheit.

Der dritte grosse Punkt betraf die Frage des Experimentierartikels: Dieser sollte inhaltlich, zeitlich und räumlich begrenzte Pilotprojekte mit Vorschlägen, die gegen einzelne Bestimmungen des KVG verstossen, ermöglichen und damit ein Testen alternativer Mechanismen zulassen. Der Bundesrat wollte diese Projekte auf bestimmte Bereiche beschränken, die Kommissionsmehrheit hingegen wollte einzig die Genehmigung des EDI voraussetzen. Verschiedene Minderheiten beabsichtigten, einzelne Anwendungsfelder zu streichen – beispielsweise Projekte zur Einschränkung der Arztwahl (Minderheit Gysi; sp, SG) – respektive neue Felder, wie Projekte zur Einholung von Zweitmeinungen (Minderheit Prelicz-Huber) zu erschliessen. Sie alle scheiterten an der Version des Bundesrates, die jedoch ihrerseits gegen die Kommissionsmehrheit mit 109 zu 88 Stimmen verlor. Somit wird der Anwendungsbereich des Experimentierartikels nicht eingeschränkt. Des Weiteren strich der Nationalrat auf Anraten der Mehrheit der SGK-NR die Verpflichtung der Versicherungen und Leistungserbringenden zur Teilnahme an solchen Projekten aus der bundesrätlichen Vorlage.

Mit 140 zu 48 Stimmen (bei 9 Enthaltungen) nahm der Nationalrat die veränderte Vorlage in der Gesamtabstimmung an. Unzufrieden mit dem Projekt zeigten sich die SVP – sie lehnte das Bundesratsgeschäft mehrheitlich ab – sowie einzelne Mitglieder der SP und der Grünen, die sich der Stimme enthielten.²³

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 28.10.2020
ANJA HEIDELBERGER

Noch bevor die Räte den gemäss SGK-NR weniger umstrittenen Teil des ersten Massnahmenpakets zu Ende beraten hatten, behandelte der Nationalrat in der Sondersession im Oktober 2020 die übrigen Artikel des ersten Kostendämpfungspakets unter dem Namen **Paket 1b des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Dazu gehörten die Massnahmen zur Steuerung der Kosten, das Beschwerderecht der Versicherer gegen Spitalplanungsentscheide sowie das Referenzpreissystem für patentabgelaufene Arzneimittel. Mit 17 zu 0 Stimmen bei 8 Enthaltungen hatte die SGK-NR ihren Entwurf, der gegenüber dem bundesrätlichen Vorschlag einige gewichtige Änderungen enthielt, zuvor angenommen. Eintreten war unbestritten.

Als ersten Hauptpunkt diskutierte der Nationalrat die Frage der Kostensteuerung, wobei Ruth Humbel (cvp, AG) und Philippe Nantermod (fdp, VS) die Kommissionsposition ausführlich darlegten: Eine knappe Kommissionsmehrheit unterstütze die Kostensteuerung generell. Diese lege fest, dass Tarifverträge entsprechend der Forderung der angenommenen Motion Brand (svp, GR; Mo. 18.3305) Massnahmen zur Kostenkorrektur im Falle eines unvorhergesehenen Anstiegs der Gesundheitskosten enthalten müssen. Anstatt entsprechende Regeln vorzuschreiben, wie der Bundesrat beabsichtigt hatte, setzte die Kommission jedoch auf degressive Tarife: Bei häufigerer Anwendung sollten die Tarife entsprechend sinken. Stattdessen folgte der Rat jedoch äusserst knapp mit 91 zu 90 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) einer Minderheit II Hess (bdp, BE), die vorschlug, die Kostensteuerungsmassnahmen aus dieser Vorlage zu streichen, zumal sie ein «Bestandteil des Zielkostensystems» seien, welches erst im zweiten Kostendämpfungspaket behandelt werden wird. Entsprechend solle diese Massnahme ins zweite Paket verschoben werden.

Der zweite Hauptpunkt der Vorlage stellte das Beschwerderecht der Krankenversicherungen und ihrer Verbände gegenüber Entscheidungen der Kantonsregierungen bezüglich der Spitallisten sowie bezüglich Preisfestsetzungen für Arzneimittel, wie die Kommissionsmehrheit den bundesrätlichen Vorschlag ergänzt hatte, dar. Eine Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) wehrte sich dagegen, dass «private Interessen eine Steuerung durch die politische Seite, durch die Kantone, aufheben» können sollen. Stattdessen soll die Kompetenz sowie die Entscheidbarkeit in den entsprechenden Fragen bei den Kantonen und damit bei der Politik verbleiben. Nur die Politik und das Volk hätten das Wohl der ganzen Bevölkerung im Blick, während die Versicherungen ihre Partikularinteressen verfolgten, argumentierte sie. Konsequenterweise müsse man sonst auch ein Beschwerderecht unter anderem für Patienten- und Patientinnenorganisationen oder für die Sozialpartner einrichten. Zudem könne die entsprechende Regelung zu einer Blockade und zu Rechtsunsicherheit führen. Dem widersprach unter anderem Thomas de Courten (svp, BL), der die Versicherungen im Gesundheitswesen als «Anwälte der Patientinnen und Patienten» bezeichnete und die Massnahme für nötig erachtete, damit ein Gleichgewicht in der Verhandlungsmacht sichergestellt und die alleinige Macht der Kantone gebrochen werden könne. Die Minderheit setzte sich mit 104 zu 75 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) respektive 94 zu 87 Stimmen (bei 4 Enthaltungen) durch, der

Nationalrat sprach sich somit gegen das Beschwerderecht der Krankenversicherungen aus. Die Stimmen für die Kommissionsmehrheit stammten von Mehrheiten der SVP-, FDP.Liberalen- und Mitte-Fraktion.

Den dritten zentralen Aspekt stellte die Frage des Referenzpreissystems für patentabgelaufene Arzneimittel dar, das der Bundesrat einführen wollte. Mit einem Referenzpreissystem für Generika dürfte die OKP zukünftig nur noch denjenigen Preis für ein Arzneimittel vergüten, der in diesem Referenzpreissystem festgelegt worden war – ausser es ist das einzige für die Patientin oder den Patienten mögliche Arzneimittel, dann wird es unabhängig vom Preis vergütet. Die Kommissionsmehrheit lehnte nun die Schaffung eines solchen Systems ab. Hier gehe es um Fragen der Versorgungssicherheit und der Patientensicherheit (wie in diesem Bericht ausgeführt wird), erklärte Kommissionssprecherin Humbel. Bei wechselnden Referenzpreisen bestehe die Gefahr, dass es zu nicht medizinisch begründeten Medikamentenwechseln komme, was zu abnehmender Therapietreue und sinkender Patientensicherheit und dadurch zu Folgekosten führen könne. Zudem könnten Firmen aufgrund des Preisdrucks darauf verzichten, ihre Produkte in der Schweiz anzubieten, wodurch die Abhängigkeit von den übrigen Lieferanten steige. Wie problematisch eine solche Abhängigkeit sei, habe sich im Rahmen der Corona-Krise gezeigt. Die Kommission wolle deshalb auf das Referenzpreissystem verzichten und stattdessen, beruhend auf einem Vorschlag von Curafutura, Pharmasuisse, Ärzte mit Patientenapotheke und Intergenerika die Generikapenetration erhöhen. Der Marktpreis solle daher jährlich statt alle drei Jahre überprüft und die Generikapreise gegenüber den Originalen um weitere fünf Prozent gesenkt werden. Zudem soll eine preisunabhängige Vertriebsmarge geschaffen werden, damit Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker nicht wie bisher mehr Geld verdienen, wenn sie teurere Medikamente verkauften. Entsprechend habe man auch einstimmig die Motion 20.3936 eingereicht.

Eine Minderheit I Hess unterstützte hingegen das Referenzpreissystem des Bundesrates. Minderheitensprecher Hess argumentierte, seine Minderheit habe das bundesrätliche System etwas vereinfacht und abgeschwächt. So solle das Referenzpreissystem nur gelten, wenn mehr als zwei wirkstoffgleiche Medikamente auf dem Markt sind und ein Arzneimittel vom Bundesrat nicht als unverzichtbar festgelegt worden war. Mit einem eigenen Preis, also unabhängig vom Generika-Preis, sollten überdies Biosimilars, das sind Nachahmerpräparate, deren Wirkstoffe nicht mit denjenigen der Originale identisch sind, ins Preissystem aufgenommen werden, da diese gemäss dem revidierten Heilmittelgesetz nicht mit Generika gleichgesetzt werden können. Mit diesem Modell, das er als Referenzpreissystem «light» bezeichnete, könne das grösstmögliche Sparvolumen erreicht werden, argumentierte der Minderheitensprecher.

Eine Minderheit II Porchet (gp, VD) wollte überdies das Substitutionsrecht für Apothekerinnen und Apotheker stärken. Diese sollten zukünftig bei neuen Behandlungen eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel abgeben müssen, sofern dies aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht möglich ist.

Mit 114 zu 65 Stimmen (bei 6 Enthaltungen) lehnte der Nationalrat die Einführung des Referenzpreissystems light ab. Interessant ist dabei, dass sich die Positionen der SP und der Grünen in dieser Frage deutlich unterschieden, was in Gesundheitsfragen nur selten der Fall ist: Während die SP die Einführung eines Referenzpreissystems zusammen mit der Mehrheit der Mitte-Fraktion unterstützte, sprachen sich die Grünen mit der GLP-Fraktion, der Mehrheit der SVP-, der FDP.Liberalen- und der Minderheit der Mitte-Fraktion dagegen aus. Abgelehnt wurden auch die Anträge auf eine Sonderbehandlung der Biosimilars (103 zu 75 Stimmen bei 7 Enthaltungen) sowie der Antrag der Minderheit II Porchet (108 zu 77 Stimmen). In letzterer Frage standen SP und Grüne zusammen mit den Grünliberalen wieder gemeinsam auf der Seite der Minderheit.

Im Rahmen dieser drei Hauptthemen behandelte der Nationalrat auch weitere Detailfragen, so zum Beispiel die Frage der verhandelten Rabatte. Als «Tabubruch» und als «absolutes No-Go» bezeichnete Barbara Gysi (sp, SG) den Vorschlag der SGK-NR, wonach maximal 25 Prozent der Einsparungen durch zwischen Tarifpartnern und Leistungserbringenden ausgehandelten tieferen Preisen und Tarifen den Versicherungen zur freien Verfügung stehen sollten, dass sie gemäss Gysi also «in die Taschen der Versicherer fliessen» sollten. Bisher mussten die entsprechenden Einsparungen vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. «Braucht es denn wirklich dieses sogenannte Incentive [...], damit die Krankenversicherer ihre Arbeit tun, nämlich günstige Preise aushandeln?», fragte Gysi rhetorisch. Entsprechend beantragte ihre Minderheit die Streichung des Artikels, zumal dieser gemäss Flavia Wasserfallen (sp, BE) auch ohne seriöse Abklärungen in die Kommission gelangt sei.

Kommissionssprecherin Humbel führte aus, dass der Ständerat bei Annahme dieser Regelung noch prüfen müsse, ob dieser Artikel dem grundsätzlichen Gewinnverbot in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Forderung in Art. 56 Abs. 3bis KVG, wonach alle nicht der Qualitätsverbesserung dienenden Vergünstigungen an die Versicherten weitergegeben müssen, widerspricht und was unter dem Ausdruck «zur freien Verfügung» genau verstanden werden soll. Thomas de Courten befürwortete schliesslich den Mehrheitsantrag; es sei der «Sinn dieser ganzen Debatte, dass wir die Kosten dämpfen und die Anreize entsprechend setzen». Mit 117 zu 67 Stimmen (bei 1 Enthaltung) sprach sich der Nationalrat für den Kommissionsvorschlag aus.

Ausführlich legte schliesslich Thomas de Courten seinen Minderheitsantrag zu den Parallelimporten dar. Er wehrte sich darin gegen den Vorschlag der Kommissionsmehrheit, patentabgelaufene Medikamente ohne Zulassungspflicht durch Swissmedic auf den Schweizer Markt zu bringen. Parallelimporte seien bereits heute erlaubt, dabei müssten aber dieselben Bedingungen eingehalten werden, die für alle anderen Medikamente auch gelten. Mit dem Vorschlag der Kommission könnten Zulassungsentscheide irgendwelcher anderen Länder zukünftig auch für die Schweiz gelten, ohne dass zum Beispiel die Good Manufacturing Practice der Schweiz im Herstellungsprozess beachtet werden müsste. Eine zusätzliche Prüfung durch Swissmedic sei nicht nötig, da man davon ausgehe, dass die ausländischen Zulassungsbehörden dieselben Qualitätsanforderungen stellten wie Swissmedic, begründete Kommissionssprecherin Humbel den Minderheitsantrag. Mit 128 zu 53 Stimmen folgte der Rat diesbezüglich jedoch der Mehrheit, Gehör fand das Anliegen von de Courten nur bei der Mehrheit der SVP-Fraktion und je einem Mitglied der FDP.Liberalen- und der Mitte-Fraktion.

In der Gesamtabstimmung nahm der Nationalrat seinen Entwurf schliesslich mit 130 zu 52 Stimmen (bei 2 Enthaltungen) an. Die Gegenstimmen stammten von der SP-Fraktion sowie von der Mehrheit der Grünen-Fraktion.²⁴

OBJET DU CONSEIL FÉDÉRAL
DATE: 14.12.2020
ANJA HEIDELBERGER

Nachdem der Nationalrat in der Sondersession 2020 bereits das Paket 1b behandelt hatte, machte er sich in der Wintersession 2020 an die Differenzbereinigung zum **Paket 1a des ersten Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen**. Stillschweigend pflichtete er dem Zweitrat bei, dass bei einer entsprechenden Abmachung zwischen Versicherungen und Leistungserbringenden auch die Versicherung für die Übermittlung der Rechnungen zuständig sein kann. Alle übrigen Fragen waren hingegen umstritten.

Bei der Frage der Patientenpauschale waren sich National- und Ständerat zwar einig, dass Pauschalen auch bei ambulanten Behandlungen eingeführt werden sollen, entgegen dem Nationalrat hatte es der Ständerat aber abgelehnt, diese auf national einheitliche Tarifstrukturen zu stellen. Die Mehrheit der SGK-NR wollte diesbezüglich an der bisherigen Position des Nationalrats festhalten, um so eine gleiche Tarifierung von medizinischen Leistungen bei ambulanten oder stationären Behandlungen zu erleichtern, wie Ruth Humbel (cvp, AG) und Pierre-Yves Maillard (sp, VD) für die Kommission erklärten. Eine Minderheit de Courten (svp, BL) beantragte, dem Ständerat zuzustimmen, um die pauschale Leistungsabgeltung im ambulanten Bereich nicht zu verkomplizieren. Umstritten war überdies die Frage, ob der Bundesrat gewisse Pauschaltarife von der Pflicht der einheitlichen Tarifstruktur ausnehmen können sollte, wie eine Minderheit Gysi (sp, SG) weiterhin forderte, während die Kommissionsmehrheit darauf verzichten wollte. In beiden Fragen folgte der Rat der Kommissionsmehrheit (mit 134 zu 51 Stimmen bei 2 Enthaltungen und 119 zu 70 Stimmen).

Auch die Organisation der Tarifstrukturen war weiterhin umstritten. Zwar pflichtete der Nationalrat dem Ständerat bei, dass der Bundesrat nur dann in die Organisation der Tarifstrukturen eingreifen können sollte, wenn keine solche bestehe oder sie nicht den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Auch für den Fall, dass sich Leistungserbringende und Versicherungen nicht einigen können, sollte der Bundesrat eingreifen können; hier wollten ihn Ständerat und eine Minderheit de Courten jedoch dazu verpflichten, die Tarifautonomie der Tarifpartner wahren zu müssen. Hier gehe es ja gerade um diejenigen Fälle, bei denen sich die Tarifpartner nicht einigen könnten, betonten die Kommissionssprechenden, entsprechend mache es keinen Sinn, hier die Tarifautonomie zu wahren. Mit 136 zu 51 Stimmen (bei 1 Enthaltung) folgte der Rat der Kommissionsmehrheit und lehnte die Wahrung der Tarifautonomie gegen die geschlossen stimmende SVP-Fraktion ab.

In der ersten Behandlungsrunde hatte der Nationalrat dem Entwurf eine Regelung für finanzielle Unterstützung von Organisationen und Patientenstellen, welche den Individuen bei der Rechnungskontrolle helfen, beigefügt; der Ständerat hatte diese

jedoch wieder gestrichen. Nun beabsichtigte die SGK-NR, auf die entsprechende Unterstützung zu verzichten; stattdessen sollen sich die Tarifpartner auf eine einfache, verständliche Rechnungsstellung einigen, betonte Humbel. Eine Minderheit Gysi wollte hingegen an der ursprünglichen Formulierung festhalten, während eine Minderheit Mäder (glp, ZH) eine Präzisierung vorschlug: Nur Organisationen, welche «statutengemäss und organisatorisch unabhängig» sind, sollten subsidiär unterstützt werden. Deutlich (mit 108 zu 83 Stimmen) entschied sich der Nationalrat gegen die finanzielle Unterstützung, nachdem sich der Minderheitsantrag Gysi zuvor knapp mit 96 zu 95 Stimmen gegen den Minderheitsantrag Mäder durchgesetzt hatte.

Zum Schluss blieb noch die Frage der Pilotprojekte, wo vor allem umstritten war, in welchen Bereichen und zu welchem Zweck solche Projekte möglich sein sollten. Ruth Humbel erklärte, dass der Ständerat den Artikel offener gefasst hatte als der Bundesrat und der Nationalrat, dadurch aber das Legalitätsprinzip und die Verfassungsmässigkeit verletzt habe, wie ein entsprechender Bericht des BJ gezeigt habe. Der Vorschlag der Kommissionmehrheit, welcher die betroffenen Bereiche ausdrücklich und ausführlich auflistete, entspreche nun einer der vom BJ vorgeschlagenen Möglichkeiten. Eine Minderheit de Courten beantragte hingegen eine möglichst schlanke Formulierung, die jedoch die Rechte der Versicherten ausdrücklich wahren sollte. Eine Minderheit Weichert-Picard (al, ZG) wollte auf Pilotprojekte zur Übernahme von Leistungen im Ausland verzichten, weil ältere und kranke Personen nicht einfach ins Ausland abgeschoben werden sollten, wie die Minderheitensprecherin betonte. Wie bereits in der ersten nationalrätlichen Behandlung erneut auf Ablehnung einer Minderheit Prelicz-Huber (gp, ZH) stiess die Möglichkeit, Projekte zur Einschränkung der freien Arztwahl zu schaffen, während eine Minderheit Moret (fdp, VD) auch Projekte zur Entschädigung von innovativen und neuen Behandlungsansätzen in die Liste aufnehmen wollte. Deutlich folgte der Rat gegenüber allen Minderheiten dem Mehrheitsantrag.²⁵

1) APS-Zeitungsanalyse 2019 – Gesundheit, Sozialhilfe, Sport

2) AB NR, 2019, S. 1931; Bericht SGK-NR vom 5.6.19

3) AB NR, 2012, S. 2552

4) Bericht BR vom 12.10.16

5) AB SR, 2018, S. 1041 ff.

6) AB NR, 2013, S. 2201 f.; AB NR, 2015, S. 2290; AB NR, 2017, S. 2178; Bericht SGK-NR vom 13.11.15; Bericht SGK-NR vom 2.11.17; Bericht SGK-NR vom 25.10.13; Medienmitteilung SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung SGK-SR vom 19.11.11

7) Medienmitteilung der SGK-NR vom 11.11.11; Medienmitteilung der SGK-NR vom 15.8.14; Medienmitteilung der SGK-NR vom 18.2.11; Medienmitteilung der SGK-NR vom 23.10.15; Medienmitteilung der SGK-SR vom 1.4.11; Medienmitteilung der SGK-SR vom 7.9.11

8) AB SR, 2016, S. 211 ff.; BBl, 2016, S. 1 ff.; Medienmitteilung SGK-SR vom 12.01.2016

9) Bundesgerichtsurteil 9C_660_2007; Mo. 17.3323

10) AB NR, 2018, S. 2153 ff.; Medienmitteilung SGK-NR vom 31.8.18

11) AB NR, 2018, S. 1443 f.

12) AB NR, 2018, S. 1731

13) AB SR, 2018, S. 1031 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.18

14) AB SR, 2018, S. 1031 ff.; Bericht SGK-SR vom 15.10.2018

15) AB NR, 2018, S. 2211

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

17) AB SR, 2019, S. 812 f.; Bericht SGK-SR vom 3.9.19 (18.3649)

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

19) AB NR, 2019, S. 2425

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

21) Bericht des BR zur Überprüfung der Finanzierung der Prämienverbilligung

22) Bericht des BR zum indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative; Medienmitteilung BR vom 20.5.20; Medienmitteilung BR vom 21.10.20

23) AB NR, 2020, S. 1075 ff.; AB NR, 2020, S. 754 ff.

24) AB NR, 2020, S. 1994 ff.; AB NR, 2020, S. 1998 ff.

25) AB NR, 2020, S. 2511 ff.