

Sélection d'article sur la politique suisse

Requête	24.04.2024
Thème	Sans restriction
Mot-clés	Coûts de la santé
Acteurs	Sans restriction
Type de processus	Débat public
Date	01.01.1965 - 01.01.2022

Imprimer

Éditeur

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

Contributions de

Benteli, Marianne
Heidelberger, Anja
Porcellana, Diane

Citations préféré

Benteli, Marianne; Heidelberger, Anja; Porcellana, Diane 2024. *Sélection d'article sur la politique suisse: Coûts de la santé, Débat public, 1990 - 2021*. Bern: Année Politique Suisse, Institut de science politique, Université de Berne. www.anneepolitique.swiss, téléchargé le 24.04.2024.

Sommaire

Chronique générale	1
Politique sociale	1
Population et travail	1
Marché du travail	1
Salaires	1
Santé, assistance sociale, sport	1
Politique de la santé	1
Médecins et personnel soignant	2
Médicaments	3
Stupéfiants	3
Assurances sociales	3
Assurance-maladie	3

Abréviations

EFTA	Europäische Freihandelsassoziation
SGK-SR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
ETH	Eidgenössische Technische Hochschule
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
BFS	Bundesamt für Statistik
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EU	Europäische Union
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
BIP	Bruttoinlandsprodukt
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherungen
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
HMO	Health Maintenance Organization
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
SAV	Schweizerischer Apothekerverein
KOF	Konjunkturforschungsstelle

AELE	Association européenne de libre-échange
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
EPF	École polytechnique fédérale
CSSS-CN	Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
UE	Union européenne
DFI	Département fédéral de l'intérieur
PIB	Produit intérieur brut
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
USS	Union syndicale suisse
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
AOS	Assurance obligatoire des soins
HMO	Health Maintenance Organization
SSPS	Société suisse pour la politique de la santé
SSPh	Société suisse de Pharmacie
KOF	Centre de recherches conjoncturelles

Chronique générale

Politique sociale

Population et travail

Marché du travail

DÉBAT PUBLIC
DATE: 08.01.2021
DIANE PORCELLANA

L'Union syndicale Suisse (USS), alarmée quant à la situation de détresse de nombreuses personnes dû à la crise du Covid-19, critique **l'action du Conseil fédéral et des autorités cantonales dans leur réponse à la crise**. Elle exige que les futures mesures sanitaires soient assorties d'un plan de soutien économique aux branches touchées. De plus, pour relancer le pouvoir d'achat de la population, elle propose de «redistribuer les recettes excédentaires des primes maladie à hauteur de CHF 4 à 5 milliards, soit un chèque de CHF 500 par personne assurée». SantéSuisse, l'association faitière des caisses, qualifie cette demande «d'irresponsable», arguant que les caisses doivent disposer de réserves suffisantes pour contenir la hausse des primes en raison de la crise. Si l'USS souhaite voir sa demande se concrétiser, elle devra disposer d'une base légale pour le faire.¹

Salaires

DÉBAT PUBLIC
DATE: 09.02.2018
DIANE PORCELLANA

En marge de la conférence nationale Santé 2020, dont l'objectif était de trouver des pistes afin de réduire les coûts de la santé, le conseiller fédéral Alain Berset a pointé du doigt les **salaires de certains médecins spécialistes**. Il a réagi suite à l'annonce du conseiller d'Etat Mauro Poggia (GE, mcg), selon laquelle les revenus annuels estimés des chirurgiens seraient proche du million. Alain Berset juge cette situation inadmissible vis-à-vis des patientes et patients qui paient des primes. Jean-Marc Heinicke, président de l'Ordre des chirurgiens genevois, a réfuté en rappelant que les spécialistes exerçant dans des cliniques privées ne participaient pas à la hausse des coûts de la santé et que le chiffre avancé était «fantaisiste».

Les jours suivants, les organisations des médecins ont contesté que les médecins étaient les responsables de la perpétuelle hausse des primes de l'assurance maladie obligatoire. Sur le plateau de l'émission Infrarouge, Pascal Strupler, directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a précisé qu'il y avait 140 médecins spécialistes qui gagneraient un revenu avoisinant 850'000 francs sur le compte de l'assurance-maladie obligatoire (LaMal).

Cette polémique fait surtout ressortir le manque de transparence, également dénoncé par Alain Berset, concernant les salaires des médecins. La Confédération a toutefois lancé plusieurs projets en parallèle pour contrer l'absence de collectes et de statistiques publiques actuelles, ainsi que pour que soient apportés des éclaircissements y relatifs. Avec ce débat public, il est possible que le monde politique et l'opinion publique réclament à l'avenir davantage de transparence en matière de salaires des médecins.²

Santé, assistance sociale, sport

Politique de la santé

DÉBAT PUBLIC
DATE: 31.01.1990
MARIANNE BENTELI

Als **Gründe für die Kostenexpansion im Gesundheitswesen** nennen Fachleute das immer grössere Leistungsangebot in den Spitälern, die starke Zunahme der Zahl der Ärzte, den vermehrten Medikamentenkonsum, die steigenden Lohnkosten, die erhöhte Nachfrage nach therapeutischen Leistungen und die Alterung der Bevölkerung. Sie verweisen darauf, dass das Gesundheitswesen nicht nach Marktprinzipien funktioniert, ein Umstand, der preistreibend wirke, da sowohl für die Patienten wie für die Leistungsanbieter ein echter Anreiz zu kostengünstigeren Behandlungen fehlt.³

DÉBAT PUBLIC
DATE: 25.08.1990
MARIANNE BENTELI

Lösungen, die aus der Kostenspirale herausführen sollen, sind nur in Ansätzen vorhanden und teilweise politisch recht brisant. **Alternative Krankenkassenmodelle** (HMO und Bonus-Versicherung) möchten die Patienten zu gesundheits- und kostenbewussterem Handeln anleiten, könnten aber auch zu einer wachsenden Entsolidarisierung zwischen den Versicherten führen. Eine Rationierung der Leistungen – beispielsweise die Verweigerung aufwendiger Therapien bei Patienten mit geringen Heilungschancen oder in fortgeschrittenem Alter – mag ökonomisch sinnvoll erscheinen, würde aber die Gesellschaft vor kaum lösbare menschliche und soziale Probleme stellen.⁴

DÉBAT PUBLIC
DATE: 17.04.1997
MARIANNE BENTELI

Eine aus Vertretern von Konsumenten, Versicherern und Privatspitälern bestehende **"Arbeitsgruppe Schweizer Gesundheitswesen"** stellte zu Beginn des Jahres einen Bericht mit **Empfehlungen zur Kosteneindämmung** vor. Nach ihren Vorstellungen könnten innerhalb von zwei Jahren 10 Mia. Fr. eingespart und damit die Krankenkassenprämien um rund 30% gesenkt werden. Als einschneidendste Massnahme schlugen sie die Aufhebung der Subventionen an die öffentlichen Spitäler vor, damit diese, analog zu den privaten Kliniken gezwungen würden, ihren Betrieb nach marktwirtschaftlichen Kriterien zu führen. Weiter verlangten sie eine Zwangspensionierung aller Ärzte, die älter als 65 Jahre sind.⁵

DÉBAT PUBLIC
DATE: 13.01.1999
MARIANNE BENTELI

Die Erwägung der Basler Sanitätsdirektion und der Ärzteschaft des Kantonsspitals, einem über 80-jährigen Patienten ein extrem teures, aber möglicherweise lebensrettendes Medikament angesichts seines Alters allenfalls zu verweigern, sorgte für Aufruhr und entfachte vor allem in den Medien die **Debatte um die Rationierung in der Medizin**. Nationalrat Jost Gross (sp, TG), Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP), schlug die Schaffung einer nationalen Ethikkommission vor, welche das Tabu-Thema umfassend ausleuchten soll. Aber auch die Ärzteschaft verlangte eine offene Auseinandersetzung mit der brisanten Frage, da die Rationierung in vielen Fällen notgedrungenenerweise bereits stattfindet (beispielsweise bei überlasteten Intensivpflegestationen). Heute müsse die Entscheidung von den Ärzten am Krankenbett in Alleinverantwortung gefällt werden, was vor allem für die Spitalärzte zu einer unerträglichen menschlichen Belastung führe. Sie forderte deshalb die Erarbeitung klarer Kriterien, wann welche Behandlung sinnvoll und finanzierbar ist; diese sollen breit diskutiert und politisch abgestützt werden.⁶

Médecins et personnel soignant

DÉBAT PUBLIC
DATE: 21.02.1992
MARIANNE BENTELI

Im Berichtsjahr 1992 gerieten vor allem die **Arzthonorare unter Beschuss**. Die von Bundesrat Cotti bei der Beratung des zweiten Massnahmenpakets gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen angeführten Zahlen über das Durchschnittseinkommen der Ärzte wurden von deren Standesorganisationen zwar heftig bestritten. Doch ergaben Studien, dass die Ärzte in weit grösserem Ausmass für den Kostenschub verantwortlich sind als bisher angenommen. Die teilweise verweigerte Erhöhung der Tarife wurde in den letzten Jahren durch eine massive Mengenausweitung mehr als nur kompensiert. Teuerungsbereinigt nahm das durchschnittliche Einkommen pro Arzt in den letzten acht Jahren um 12 Prozent zu, dasjenige der arbeitenden Gesamtbevölkerung nur um 7 Prozent. Die Untersuchungen zeigten aber auch krasse Unterschiede innerhalb der Ärzteschaft: Ein Viertel der Ärzte, vornehmlich Chefärzte und Spezialisten, kassierte die Hälfte der Krankenkassenleistungen, während das Nettoeinkommen der praktischen Ärzte im Mittel abnahm.⁷

DÉBAT PUBLIC
DATE: 28.08.1997
MARIANNE BENTELI

Der von alt Nationalrätin Eva Segmüller (cvp, SG) präsierte **Spitex-Verband Schweiz** wandte sich in aller Deutlichkeit gegen den Vorwurf, Spitex verursache höhere Gesundheitskosten. Er verwies vielmehr darauf, dass von den im KVG vorgesehenen kostendämpfenden Massnahmen bis jetzt erst der Spitex-Bereich greife, während die Überkapazitäten im stationären Bereich nach wie vor nicht abgebaut seien. Der Spitex-Verband drohte mit dem Referendum, falls das Parlament tatsächlich einer starren Rationierung im Sinn der parlamentarischen Initiative Rychen zustimmen sollte (Pa.lv. 97.402), befürwortete aber Bedarfsabklärungen und Kontrollen im Sinn der neuen bundesrätlichen Verordnung. Eine empirische Untersuchung des Konkordats der schweizerischen Krankenversicherer und des Spitex-Verbands Schweiz relativierte die

von einzelnen Krankenversicherern vorgebrachten Zahlen; demnach wurden lediglich 23,2% der Spitex-Dienste zu Lasten der Krankenkassen geleistet. Eine Untersuchung des BSV zeigte, dass die von den Krankenversicherungen zu tragenden Spitex-Kosten im ersten Jahr des neuen KVG nicht angestiegen waren⁸

Médicaments

Die Absicht der Krankenkassen Helvetia und Visana, zur Senkung der allgemeinen Gesundheitskosten inskünftig einen Teil der **Medikamente per Post** und unter Ausschluss der Apotheken zu vertreiben, stiess beim Schweizerischen Apothekerverein (SAV) auf harsche Kritik. Der SAV verlangte ein gesamtschweizerisches Verbot derartiger Praktiken, da ein Medikamentenversandhandel fachlich unvertretbar, patientenfeindlich, gesetzeswidrig und unwirtschaftlich sei. Der SAV schlug stattdessen ein neues Abgeltungssystem vor, bei dem die Apotheker wirtschaftliche Anreize erhalten sollen, um Medikamentenkosten einzusparen.⁹

DÉBAT PUBLIC
DATE: 23.05.1996
MARIANNE BENTELI

Dieses Volksbegehren konnte auch als Teil eines seit Jahren anhaltenden **Konflikts zwischen den Krankenkassen und den Apothekern** gesehen werden. Um Kosten zu sparen, möchten die Krankenversicherer die Margen der Apotheker senken; diese wiederum sehen in den geringeren Verdienstmöglichkeiten einen generellen Angriff auf ihren Stand und vor allem auf die kleinen Vertreter ihrer Branche. Gemäss den Krankenkassen sollten die **Margen der Apotheken** um mindestens 5% gekürzt und im Gegenzug deren Leistungen (Beratung) fairer honoriert werden. Im Grundsatz war man sich darin einig, nur über die konkrete Ausgestaltung herrschten derart unterschiedliche Ansichten, dass die Gespräche abgebrochen wurden. Nachdem die Apotheker ihre Volksinitiative lanciert hatten, reagierte das Konkordat der Krankenkassen damit, dass es den Arzneimittelvertrag mit den Apotheken per Ende 1999 kündigte. Falls keine Einigung erzielt werden kann, würde dies bedeuten, dass die Kosten für die Heilmittel nicht mehr direkt mit den Kassen abgerechnet werden können; der Patient müsste die Medikamente bezahlen und die Rückerstattung dann bei der Versicherung beantragen.¹⁰

DÉBAT PUBLIC
DATE: 13.11.1998
MARIANNE BENTELI

Stupéfiants

Wie auch immer **Drogenpolitik** in der Schweiz gehandhabt wird, so **gerät** sie **ins Kreuzfeuer divergierender Standpunkte**. Für die einen, in erster Linie die Vertreter der Autopartei und einen Teil der SVP, ist sie zu verständnisvoll und permissiv. Für die anderen, Sozialarbeiter und Politiker aus dem links-grünen Spektrum, ist sie zu stur und unmenschlich. Besonders deutlich wurde dies in den zum Teil sehr emotional geführten Diskussionen um die Fixerräume in den grossen Städten der deutschen Schweiz. Aber auch der Graben zwischen der Deutschschweiz und der Romandie vertiefte sich weiter, da sich die welschen Kantone nach wie vor strikte weigerten, ihren Drogensüchtigen eine nicht repressive Infrastruktur anzubieten, wodurch diese in die Städte mit offener Szene – vorab Zürich und Bern – auswichen und so dort die Probleme noch verschärften.¹¹

DÉBAT PUBLIC
DATE: 02.11.1990
MARIANNE BENTELI

Assurances sociales

Assurance-maladie

Als die Krankenkassen bereits schon in den ersten Monaten des Berichtsjahres damit drohten, die Prämien für 1992 um durchschnittlich 20% – Kassen mit mehrheitlich "schlechten Risiken" (Frauen, ältere Menschen) sprachen gar von 40% – anheben zu wollen, schien es dem Bundesrat an der Zeit, der sich unaufhaltsam drehenden **Kostenspirale** und der wachsenden Entsolidarisierung entgegenzutreten.¹²

DÉBAT PUBLIC
DATE: 18.02.1991
MARIANNE BENTELI

DÉBAT PUBLIC
DATE: 03.02.1993
MARIANNE BENTELI

In Zusammenhang mit der Totalrevision des Krankenversicherungsgesetzes **machte die Kartellkommission eine Reihe von Anregungen, welche kostendämpfenden Wettbewerb in die soziale Krankenversicherung bringen sollten**. Die Kommission ging von der Feststellung aus, dass im Schweizer Gesundheitswesen – anders als in einem funktionierenden Markt – die Preise bei steigendem Angebot nicht sinken. Trotz stetig zunehmenden Arztezahlen in den vergangenen Jahren gaben die Tarife nicht nach. Das ärztliche Einkommen sei durch die Zahlungspflicht der Krankenkassen quasi garantiert, konstatierte die Kartellkommission und empfahl, das in den Landesregeln der kantonalen Arztesellschaften festgelegte Konkurrenz- und Vertragsabschlussverbot sei ebenso aufzuheben wie die durch Meistbegünstigungs- und Ausschliesslichkeitsklauseln fixierte Tarifordnung. Dadurch erhielten die Kassen die Möglichkeit, nur mit besonders günstigen Medizinern Tarifverträge abzuschliessen. Nach Auffassung der Kartellkommission sollen auch die Krankenkassen aus der Verbandspflicht entlassen werden, was ihnen ein wettbewerbsorientierteres Vorgehen ermöglichen würde. Den Kassen wurde empfohlen, das Verbot von Preis- und Leistungsvergleichen zu lockern und das Abwerbverbot von bereits Versicherten aufzuheben. Problematisch erschien der Kommission auch die Rolle der Kantone, die als Financier öffentlicher Spitäler sowohl Vertragspartei als auch Richter in eigener Sache sind, wenn Vertragsverhandlungen zwischen Spitälern und Kassen scheitern, da im Streitfall heute die Kantone festlegen, welche Tarife zur Anwendung kommen. Vom Bund wünschte sich die Kommission eine aktivere Rolle in der Spitalplanung. Das mit den vorgeschlagenen Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen verbundene Sparpotential wurde längerfristig auf zwei bis drei Milliarden Franken geschätzt.¹³

DÉBAT PUBLIC
DATE: 29.04.1996
ANJA HEIDELBERGER

Im April 1996 errichteten die Krankenversicherungen – vertreten durch Santésuisse und den Schweizerischen Versicherungsverband – die **«Gemeinsame Einrichtung KVG»**. Diese soll die Behandlungskosten bei Notfällen von Schweizer Bürgern in EU-/EFTA-Staaten übernehmen sowie die Behandlungskosten von EU-/EFTA-Bürgern in der Schweiz vorfinanzieren und in den entsprechenden Staaten zurückfordern; Dienstleistungen zur Versicherungspflicht im Rahmen der Personenfreizügigkeit erbringen sowie die Organisation und Durchführung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherungen vornehmen.¹⁴

DÉBAT PUBLIC
DATE: 21.02.1997
MARIANNE BENTELI

Unter dem Druck der trotz neuem Krankenversicherungsgesetz (KVG) ständig ansteigenden Prämien berief Bundesrätin Dreifuss im Februar einen **"Krankenversicherungs-Gipfel"** ein. Haupttenor der Veranstaltung, an der alle massgeblichen Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens teilnahmen, war die Feststellung, dass die Mängel der Krankenversicherung weniger dem neuen KVG als vielmehr dessen rascher Einführung und der zu wenig koordinierten Umsetzung zuzuschreiben sind. Mit dem Ziel, Einfluss auf die Kostenentwicklung im Krankenversicherungsbereich zu nehmen, wurden die Gespräche auf drei Themenkreise konzentriert: das Spitalwesen mit Fragen der Spitalplanung und der ausserkantonalen Hospitalisation, die öffentlichen Gesundheitsdienste mit dem Beispiel der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) sowie die Kalkulation und Kontrolle der Krankenversicherungsprämien.¹⁵

DÉBAT PUBLIC
DATE: 05.12.2001
MARIANNE BENTELI

Angesichts des Unmuts in der Bevölkerung über die ständig steigenden Krankenkassenprämien präsentierten die Bundesratsparteien ihre Rezepte für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitswesens. Die **SVP** hielt an ihrer Absicht fest, über eine Volksinitiative die „massiven Systemfehler“ des KVG zu korrigieren; die obligatorische Grundversicherung soll drastisch redimensioniert und zusätzliche Leistungen über freiwillige Versicherungen abgedeckt werden. Auch die **SP** schloss eine Zweiteilung der sozialen Krankenversicherung nicht aus, allerdings mit ganz anderen Schwerpunkten: Bagatellerkrankungen sollen weiterhin über die Grundversicherung abgegolten werden, Hochrisikofälle hingegen über Steuern oder einkommensabhängige Beiträge; ein besonderes Sparpotential liegt ihrer Ansicht nach bei den Medikamenten. Wie die SVP setzten auch **CVP** und **FDP** auf mehr Eigenverantwortung und verstärkten Wettbewerb, weshalb sie ebenfalls für eine Verkleinerung des Grundleistungsangebots und für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs eintraten.¹⁶

Gleich nach der Volksabstimmung zur Neuregelung der Spitalfinanzierung eröffneten sowohl die Befürworter wie die Gegner die **Abstimmungskampagne**, welche bald in einen heissen **Zahlenstreit** mündete, konnte doch weder die eine noch die andere Seite schlüssig darlegen, wer bei einer Annahme der Initiative gewinnen und wer allenfalls verlieren würde. Die SP machte geltend, ein Ja zur Initiative bedeute tiefere Prämien für 80% der Versicherten und führe zur Entlastung einer Durchschnittsfamilie um rund CHF 6'000 pro Jahr. Die Gegner – der Bundesrat und die bürgerlichen Parteien – konterten, wegen der Erhöhung der Mehrwertsteuer erfolge lediglich eine Umverteilung; für Leute mit geringem Einkommen, welche heute dank der Prämienverbilligungen praktisch nichts an die Grundversicherung bezahlen, würde dies sogar zu einer Schlechterstellung führen. Über diesem Zahlenhickhack gerieten jene Elemente, welche eine Kostendämpfung anstrebten, etwas in den Hintergrund. Die Unklarheiten der Finanzierung – insbesondere wurde auch darüber gestritten, ob eine Annahme der Initiative zu einer Mehrwertsteuererhöhung um 3,5% (Bürgerliche) führen würde, oder ob 1,5% (SP) ausreichen würden – sorgten für grosse Verunsicherung in der Bevölkerung und erwiesen sich für das Begehren schliesslich als fatal, was auch in den Meinungsumfragen zum Ausdruck kam, in denen die Zustimmung kontinuierlich zurückging. Um der Initiative etwas Konstruktives entgegen zu setzen, arbeiteten Bundesrat und vorberatende Kommission der kleinen Kammer zudem fieberhaft an einer Neuauflage der 2. KVG-Revision, welche das Element einer zusätzlichen Prämienentlastung für Familien wieder aufnahm, und die bereits in der Frühjahrssession im Ständerat behandelt wurde.

Santésuisse setzte rund CHF 1,5 Mio. zur Bekämpfung der Initiative ein, was für recht viel Wirbel sorgte, da nicht klar war, aus welchen Quellen diese Summe stammte.¹⁷

Das Kostenmonitoring des BAG zeigte für das erste Quartal 2016 einen Kostenanstieg in der Grundversicherung um 7.7 Prozent; in der Folge kamen bereits im Mai 2016 erste Befürchtungen auf, wonach **2017** kein gutes **Prämienjahr** werden würde. Im weiteren Verlauf des Jahres wurden entsprechend immer mehr Stimmen laut, die eine starke Prämienhöhung prognostizierten. Im September 2016 erwies sich die Prämienersituation jedoch weniger schlimm als erwartet: Die Prämien für Erwachsene mit einer Standardfranchise von CHF 300 und Unfalldeckung stiegen durchschnittlich um 4.5 Prozent, 0.1 Prozent weniger als im langjährigen Durchschnitt und deutlich weniger als befürchtet worden war. Einiges stärker legten hingegen die Prämien bei höheren Franchisen (5.8 Prozent), für junge Erwachsene zwischen 19 und 25 Jahren (5.4 Prozent) und insbesondere für Kinder (6.6 Prozent) zu. Gerade Letzteres sorgte für viel Kritik: Dadurch steige die Belastung für Familien deutlich, wurde vielfach moniert. Gesundheitsminister Berset bedauerte diese Entwicklung, wies aber darauf hin, dass die Gesundheitskosten für Kinder stark gewachsen seien – von rund CHF 500 (1997) auf über CHF 1'000 (2015) pro Jahr. Da die Kinderprämien die entsprechenden Kosten nicht mehr gedeckt hätten, sei der sprunghafte Anstieg nötig geworden. Grosse Unterschiede sowohl in der Zunahme als auch in der tatsächlichen Prämienhöhe zeigten sich einmal mehr bezüglich Kanton und Wohnort, der Krankenversicherung sowie dem Versicherungsmodell. Mit über sieben Prozent war die Zunahme in den Kantonen Jura (7.3%) und Glarus (7.1%) besonders hoch, mit etwas über drei Prozent in den Kantonen Bern (3.5%) und Aargau (3.6%) hingegen besonders tief.

In der Folge diskutierten die Medien über mögliche Gründe für diesen Anstieg und beriefen sich auf eine Studie des BAG. Diese hatte kurz zuvor aufgezeigt, dass der Kostenanstieg vor allem auf eine zunehmende Inanspruchnahme von ambulanten Diensten von Spitälern sowie von Leistungen von Spezialärztinnen und -ärzten zurückzuführen sei. So sei die Anzahl Patienten im spitalambulanten Bereich zwischen 2009 und 2015 um 34 Prozent angestiegen und da Hausärztinnen und Hausärzte dieselben Leistungen billiger erbringen könnten als Spitäler, habe das einen grossen Effekt auf die Prämien. Zudem seien die Haus- und Kinderärzte bessergestellt worden, was die OKP weitere CHF 200 Mio. gekostet habe, schrieb die Sonntagszeitung. Gleichzeitig hätten Tarifikürzungen bei den Spezialärzten kaum zu Kosteneinsparungen geführt. Erstmals wurden zudem die Negativzinsen als Kostenfaktor angeführt: Diese hätten sich negativ auf die Reserven der Krankenversicherer ausgewirkt. Dass die Kapitalanlagen der Krankenversicherer zudem kaum Anlagerendite abwarfen, habe die Prämienersituation auch nicht verbessert.¹⁸

Wie bereits im Vorjahr hörte man auch im Jahr 2017 viele Stimmen, die sich ob dem **Prämienanstieg fürs Jahr 2018** besorgt zeigten. Unter anderem prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich im Juni 2017 einen Anstieg der Gesundheitskosten auf über CHF 10'000 pro Person und Jahr. Nach der Ankündigung eines Eingriffs des Bundesrats bei Tarmed verbesserten sich im August 2017 jedoch die Prognosen. Durch die Änderungen im Tarmed könne man CHF 470 Mio. pro Jahr einsparen, erklärte Gesundheitsminister Berset. Da Letzterer zudem die Krankenversicherer anhielt, diese Einsparungen bereits in den Prämien fürs Jahr 2018 zu berücksichtigen, ging man davon aus, dass diese um 1.5 Prozent weniger stark steigen würden als ohne den Eingriff. Der Krankenkassenverband Curafutura rechnete entsprechend mit einem Prämienanstieg zwischen 2.5 und 3.5 Prozent anstelle von 4 bis 5 Prozent. Anders sah dies der Krankenkassenverband Santésuisse. In einem Brief an den Gesamtbundesrat nannte er das Vorgehen des BAG «gefährlich»; es sei unklar, ob es wirklich zu Einsparungen in dieser Höhe kommen würde. Denn beim ersten Tarmed-Eingriff des Bundesrats 2014 hätten die Leistungserbringer die Kürzungen durch Mengenausweitung oder Verrechnung auf andere Positionen kompensiert. Zudem gebe es keine gesetzliche Grundlage dafür, allfällige zukünftige Kosteneinsparungen bei der Prämienberechnung zu berücksichtigen. Insgesamt befürchtete Santésuisse, dass die Prämien 2018 zu niedrig festgelegt würden und es so 2019 zu einem starken Prämienanstieg kommen würde. Dann müssten einige Versicherte aufgrund der Neueinteilung der Prämienregionen sowie wegen tieferer Rabatte bei der höchsten Franchise mit einem Prämienanstieg von bis zu 20 Prozent rechnen.

Kurz vor Bekanntgabe der Prämien für das nächste Jahr präsentierte Santésuisse überdies die Kosten der OKP. Diese betragen fürs Jahr 2016 CHF 31.7 Mrd. und waren um 3.8 Prozent angestiegen, was wie im Vorjahr vor allem auf das Kostenwachstum im spitalambulantem Bereich (8%) und bei den Medikamentenpreisen zurückzuführen war.

Ende September verkündete Bundesrat Berset schliesslich, dass die Prämien für die Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung durchschnittlich um 4 Prozent und damit unterdurchschnittlich (4.6%) stark steigen würden. Grosse Unterschiede zeigten sich insbesondere zwischen den Sprachregionen: In der Romandie stiegen die Prämien deutlich stärker als in der Deutschschweiz, die höchsten Zunahmen waren denn auch in französisch- oder zweisprachigen Kantonen festzustellen (Waadt: 6.4%, Wallis: 5.9%, Genf: 5.4%, Neuenburg: 5.4%). Deutliche Worte fand diesbezüglich vor allem der Waadtländer Gesundheitsdirektor Pierre-Yves Maillard (VD, sp), der die Schuld am Anstieg der Gesundheitskosten bei der Bundespolitik sah. Insbesondere die neue Spitalfinanzierung mit Einführung von Fallpauschalen und freier Spitalwahl, aber auch die Aufhebung des Zulassungsstopps hätten katastrophale Auswirkungen auf die Gesundheitskosten gehabt.

Neben den regionalen Unterschieden sorgten vor allem auch die steigenden Kosten für Familien für Schlagzeilen. So wuchsen die Prämien für Kinder erneut besonders stark – um durchschnittlich 5 Prozent –, diejenigen für junge Erwachsene um 4.4 Prozent.¹⁹

Im Nachgang zur Änderung des Tarmed, die am 1. Januar 2018 in Kraft trat, zeigten sich verschiedene **Gruppierungen von ambulanten Ärztinnen und Ärzten** – zum Beispiel Gynäkologen und Orthopäden – **unzufrieden**, da ihre ambulanten Tarife reduziert worden waren. In Genf entschieden sich die Handchirurgen gar, ab dem 1. Januar für fairere Abgeltungen ihrer Arbeit zu streiken, und führten vorerst keine nicht dringlichen Operationen mehr durch. Zum Beispiel solle eine Karpaltunneloperation neu statt CHF 177 noch CHF 105 – und somit weniger als ein Haarschnitt, wie Stéphane Kämpfen, Präsident der Gruppe der Handchirurgen betonte – kosten. Dadurch würden sie mit solchen Operationen Verluste erzielen, argumentierten die Chirurgen; zudem seien solche Tarife schon fast eine Beleidigung ihrer Arbeit. Der Streik dauerte bis zum 1. März 2018: Nach langen Verhandlungen standen die Genfer Handchirurgen kurz vor einer Einigung mit Santésuisse für eine neue nationale Vergütung von fünf Behandlungen, so dass das Tarmed in diesen Bereichen nicht zur Anwendung gelangen würde. Da das KVG den Kantonen die Möglichkeit gebe, mit den Tarifpartnern – den Ärztinnen, Ärzten und Krankenversicherungen – entsprechende eigene Übereinkommen zu treffen, könne der Bundesrat diese Änderung nicht verhindern, betonte die Tribune de Genève.²⁰

Im April 2018 schlug die Debatte um die **Franchisen** speziell hohe Wellen, nachdem die CEO der Krankenversicherung CSS, Philomena Colatrella, in einem Interview mit dem SonntagsBlick vorgeschlagen hatte, neben anderen Massnahmen auch eine Erhöhung der Mindestfranchise auf CHF 5'000 bis CHF 10'000 zu prüfen. Dadurch würden die Prämien stark sinken – gemäss ersten Schätzungen auf CHF 170 pro Monat und Person –, wodurch bei der Prämienverbilligung Gelder frei würden, um die sozial Schwächeren bei der Bezahlung der Kosten innerhalb der Franchise zu unterstützen. Dadurch würde die Eigenverantwortung gestärkt, wodurch wiederum die Gesundheitskosten sinken würden, erklärte Colatrella. Dieser Vorschlag sorgte bei zahlreichen Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitspolitik für Aufruhr: Eine solche Erhöhung könne sich kaum jemand leisten, war der Tenor. Für Patientenschützerin Susanne Hochuli würde dieser Vorschlag das Ende des heutigen Kassensystems darstellen, weil die Kosten der sozialen Abfederung nicht mehr durch die Prämiegelder bezahlt würden. Barbara Gysi (sp, SG) befürchtete eine zusätzliche Belastung der sozial Schwächeren und Heinz Brand (svp, GR) prognostizierte gar einen Volksaufstand. Neben der breiten Kritik wurden aber auch verständnisvolle Stimmen laut, die eine umfassende Diskussion über alternative Modelle forderten.

Gleichzeitig beschäftigte sich im Jahr 2018 auch die Politik ausführlich mit dem Thema der Franchisen. So wurden 2018 neun Geschäfte zu diesem Thema beraten. Der Nationalrat stimmte drei Motionen der FDP.Liberalen-Fraktion zu, gemäss denen die Franchisen zukünftig regelmässig angepasst werden (Mo. 16.3110) und die Maximal- (Mo. 16.3111) und Minimalfranchise (Mo. 16.3112) erhöht werden sollen. Gehör im Nationalrat fanden auch eine Motion Landolt (bdp, GL; Mo. 16.3084) zur Anpassung der ordentlichen Franchise der OKP von CHF 300 auf mindestens CHF 400 sowie eine parlamentarische Initiative Borer (svp, SO; Pa.lv. 15.468) für eine Verlängerung der Vertragsdauer bei besonderen Versicherungsformen wie Wahlfranchisen von einem auf drei Jahre. Einer Forderung der SGK-SR zur Beibehaltung der Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen (Mo. 17.3637) stimmte der Ständerat zu. Damit wollte er verhindern, dass der Bundesrat die Maximalrabatte der mittleren Franchisen anpasst, wie ein Bericht zuvor gefordert hatte. Einer ähnlichen Forderung bezüglich der Anzahl Franchisenstufen (Motion Weibel (glp, ZH; Mo. 15.4222)) stimmte die kleine Kammer ebenfalls zu. Lediglich eine Motion Stöckli (sp, BE; Mo. 17.3771) mit der gegensätzlichen Forderung, wonach der Maximalrabatt der Wahlfranchise über CHF 500 von 70 auf 80 Prozent hätte erhöht werden sollen, lehnte er ab. Die Botschaft für eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung (BRG 18.036) legte der Bundesrat ebenfalls 2018 vor: Damit soll das Verhältnis zwischen Franchisen und Bruttokosten für die OKP bei 1:12 fixiert werden; steigen die Kosten auf das Dreizehnfache der Franchise, müsste diese erhöht werden.²¹

Im Jahr 2018 mehrten sich Zeitungsberichte zu **schwarzen Listen von säumigen Prämienzahlenden**. Seit 2012 können Kantone Personen, die ihre Prämien trotz Betreibungen durch die Krankenkassen nicht bezahlten, auf solchen Listen erfassen. Für diese übernehmen die Krankenkassen in der Folge nur noch «Notfallbehandlungen». Anfang 2018 hatten neun Kantone (AG, GR, LU, SG, SH, SO, TH, TI, ZG) solche Listen eingeführt, schweizweit befanden sich darauf 29'000 Personen. Anfang 2018 berichteten die Medien, bisher sei keine Wirkung der Listen auf die Zahlungsmoral zu beobachten. So hätten die eingereichten Betreibungsbegehren wegen nicht bezahlter Krankenkassenprämien und die entsprechenden Verluste für die Krankenversicherungen und die Kantone, die 85 Prozent der Kosten übernehmen müssten, auch in Kantonen mit schwarzen Listen in den letzten Jahren zugenommen. Eine Studie des Kantons Zürich zeigte denn auch auf, dass die Prämienausstände in Kantonen mit schwarzen Listen genauso angestiegen waren wie in anderen Kantonen. Franziska Roth (AG, svp), Regierungsrätin des Kantons Aargau, betonte, dass von der Liste kein «durchschlagender Abschreckungseffekt» ausgehe. Stattdessen entstehe Spitälern, Krankenkassen und Kantonen ein hoher administrativer Aufwand. «Die schwarze Liste löst keine Probleme, sie schafft neue», betonte Roth. Der Kanton Thurgau zeigte sich als einziger zufrieden mit dem Instrument. Der Thurgauer Regierungsrat Jakob Stark (TG, svp) betonte, dass eine Untersuchung im Thurgau ergeben habe, dass zwei Drittel der Leute auf der schwarzen Liste keinen Anspruch auf Prämienverbilligung hätten. Es gebe somit mehr Leute, «die nicht zahlen wollen, als solche, die nicht zahlen können», erklärte er und wehrte sich dagegen, dass den Leuten auf der Liste automatisch eine Opferrolle zuteilwerde. Wichtig sei, dass die Behörden wie in seinem Kanton frühzeitig auf die säumigen Prämienzahlenden zugehe und mit ihnen Lösungen suche. So diene die Liste im Kanton Thurgau eher als eine Art «Frühwarnsystem», lobten die Medien.

Auch die Konsequenzen für die Betroffenen wurden in den Medien diskutiert. Da eine Definition des Notfallbegriffs fehle, müssten konkret die Ärztinnen und Ärzte entscheiden, was ein «Notfall» ist. Wegen der ethischen Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte und der Aufnahmepflicht für Notfälle habe dies somit keine Nichtbehandlungen zur Folge, berichteten die Medien anfänglich. Dass die Sachlage nicht ganz so einfach war, zeigten Zeitungsberichte im April 2018, als Fälle bekannt wurden, in denen Krankenkassen «den Begriff Notfall sehr eigenwillig interpretier[ten]», wie zum Beispiel Markus Schwendinger vom Kantonsspital Baden berichtete, und unter anderem Geburten oder Krebsfälle nicht als Notfälle anerkannten. In diesen Fällen blieben die Spitäler auf den Kosten sitzen.

Dass ein Platz auf dieser schwarzen Liste drastische Konsequenzen für die Betroffenen haben kann, zeigte schliesslich ein tragischer Fall im April 2018. Eine Krankenkasse hatte einem 55-jährigen HIV-positiven Bündner trotz Warnung der Ärzte die Bezahlung von HIV-Medikamenten und anschliessend, nach Ausbruch der Krankheit, von Aids-Medikamenten verweigert. Der Mann starb kurze Zeit später. Die Krankenkasse verteidigte ihr Vorgehen damit, dass ein Notfall als «akuter, lebensbedrohlicher Zustand» definiert sei, was in diesem Fall jedoch nicht vorgelegen habe. Dieser Fall führte zu einiger Aufruhr in den Medien. Die Schweiz steuere auf eine Zweiklassenmedizin zu, wurde kritisiert. Die schwarze Liste gefährde die medizinische Grundversorgung der wirtschaftlich und sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen, schrieb etwa die Solothurner Regierung und betonte, die Krankenversicherungen würden als Einzige von dieser Regelung profitieren, da sie von den Kantonen 85 Prozent der ausstehenden Kosten zurückerstattet erhielten und in der Folge nur noch die Notfallbehandlungen übernehmen müssten. Doch auch die Krankenversicherer zeigten sich in den Medien von den schwarzen Listen wenig begeistert, da für sie ein zusätzlicher Aufwand entstehe.

Im Mai 2018 folgte erstmals ein Gerichtsurteil zur Notfalldefinition im Zusammenhang mit schwarzen Listen. Darin urteilte das Versicherungsgericht St. Gallen, die Krankenkasse Assura habe eine Zahlung für eine Geburt zu Unrecht nicht übernommen. Die Versicherung hatte den Verzicht damit begründet, dass eine Geburt planbar sei und somit keinen Notfall darstelle. Das Kantonsspital St. Gallen hatte die Versicherung in der Folge verklagt. Das Gericht definierte den Begriff der «Notfallbehandlung» deutlich breiter, als es die Versicherung getan hatte. Ein Notfall liege vor, «wenn dem Medizinalpersonal eine Beistandspflicht zukommt» und eine Person umgehend Hilfe brauche, weil ihre Gesundheit sonst ernsthaft beeinträchtigt werden könnte. Zentral sei somit, wie die Ärztinnen und Ärzte die Situation einschätzten. Das Gericht wies überdies darauf hin, dass es einer einheitlichen Definition eines Notfalls bedürfe, weil sonst gegen das Gleichbehandlungsgebot verstossen werde.

Diese Entwicklungen hatten auch politische Folgen. Im Juni 2018 reichte Angelo Barrile (sp, ZH) eine Motion zur ersatzlosen Streichung der schwarzen Listen aus dem KVG ein, einen Monat später verlangte die SGK-NR in einer Motion eine Pflicht für die Kantone, den Artikel zu den schwarzen Listen um eine Definition des Begriffs «Notfall» zu ergänzen. In verschiedenen Kantonen wurden die schwarzen Listen jedoch gänzlich in Frage gestellt; Graubünden und Solothurn schufen sie im Laufe des Jahres 2018 wieder ab.²²

DÉBAT PUBLIC
DATE: 01.01.2019
ANJA HEIDELBERGER

Im Februar 2018 waren für einmal positive Neuigkeiten von der Prämienfront zu vernehmen: Für das Jahr 2017 hatte das Monitoring des BAG einen Rückgang der Leistungen im Bereich «Spital stationär» um 2.8 Prozent pro Person festgestellt. Erste Abklärungen bei den Spitälern und Spitalverbänden trübten die Freude jedoch bereits wieder. Vieles deutete darauf hin, dass diese Reduktion nicht einer Abnahme der Fallzahlen geschuldet, sondern auf das neue Spitalgesetz zurückzuführen war, das nun Wirkung zeigte: Seit Anfang 2017 mussten die Kantone mindestens 55 Prozent der stationären Spitalkosten übernehmen. Dadurch verringerte sich zwar der Anteil der von den Krankenkassen übernommenen und damit für die Prämien relevanten Kosten, stattdessen stiegen aber die von den Steuerzahlenden übernommenen Gesundheitskosten an. Trotzdem erwarteten die Medien aber auch fürs **Jahr 2019** steigende **Prämien**, da das Mengenwachstum im ambulanten Bereich, der vollständig von der OKP übernommen wird, die «Einsparungen gleich wieder wegfresse» – wie es die Aargauer Zeitung formulierte.

Bereits im April 2018 folgte ein weiterer Dämpfer: Das BFS informierte, dass die Gesundheitsausgaben 2016 erstmals CHF 80 Mrd. überstiegen und sich diese daher seit Einführung des KVG 1996 verdoppelt hätten. Die Gesundheitskosten machten somit 12.2 Prozent des BIP oder 803 Franken pro Person im Monat aus. Jahreskosten von über CHF 10'000 pro Kopf prognostizierte die Konjunkturforschungsstelle KOF der ETH Zürich weiterhin für die kommenden Jahre. In Übereinstimmung damit zeigte eine

Umfrage von Tamedia im Juni 2018, dass die Gesundheitskosten für 70 Prozent der Befragten zu den grössten Sorgen überhaupt gehörten.

Teilweise Entwarnung gab es jedoch im September 2018: Hatte der Krankenkassenverband Santésuisse ein Jahr zuvor noch vor einem starken Prämienanstieg 2019 gewarnt, stiegen die Prämien im Vergleich zum Vorjahr nur vergleichsweise schwach an. Neu gab das BAG nicht mehr die durchschnittliche Prämie bei einer Grundfranchise von CHF 300 mit Unfaldeckung an – mit dieser Messmethode läge der Prämienanstieg bei 2.7 Prozent und damit deutlich unter den durchschnittlichen 4.6 Prozent seit Einführung des KVG –, sondern wies stattdessen die durchschnittliche Prämienerrhöhung pro Person über alle Alterskategorien hinweg aus. Diese betrug fürs Jahr 2019 1.2 Prozent und lag damit ebenfalls deutlich unter dem entsprechenden, für alle bisherigen Prämienrunden, berechneten Wert von 3.9 Prozent. Aufgrund einer Entlastung der Versicherten beim Risikoausgleich für junge Erwachsene (19- bis 25-Jährige) sanken deren Prämien durchschnittlich sogar um 15.6 Prozent oder CHF 50 pro Person, während für Erwachsene und Kinder im Jahr 2019 jeweils 2.4 Prozent mehr an Prämien anfielen. Grosse Unterschiede gab es wiederum auch zwischen den Regionen: Während der Anstieg in den meisten Kantonen zwischen 0.5 und 2 Prozent lag und die Prämien in den Kantonen Uri und Appenzell Innerrhoden durchschnittlich sogar leicht sanken, stiegen sie insbesondere in der Romandie und im Tessin stark, teilweise über 3 Prozent, an.

Zurückgeführt wurde der insgesamt unterdurchschnittlich starke Kosten- und Prämienanstieg neben der Umsetzung des Spitalgesetzes auch auf die Änderungen bei Tarmed. Unklar blieb jedoch, wie stark die neuen Tarife des Tarmed die Gesundheitskosten bisher wirklich reduzieren konnten und wie sich dieser Einfluss weiter entwickeln würde.²³

DÉBAT PUBLIC
DATE: 01.01.2020
ANJA HEIDELBERGER

Im Durchschnitt stieg die mittlere **Prämie der Krankenkassen-Grundversicherung 2020** nur um 0.2 Prozent. Dies stellte den zweitniedrigsten Anstieg seit der Einführung des KVG 1996 dar – auch wenn die Werte aufgrund der Änderung der Berechnungsmethode 2018 nicht direkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Dieser vergleichsweise tiefe Wert wäre an sich eine gute Nachricht, jedoch war man sich in Medien und Politik einig: Um auch zukünftig einen tiefen Prämienanstieg zu verzeichnen, brauche es weitere Massnahmen. Man dürfe jetzt keinesfalls nachlassen, erklärte auch Gesundheitsminister Berset. Es brauche immer wieder neue Massnahmen zur Dämpfung der Kosten, zumal ein gewisses Wachstum aufgrund der Alterung der Gesellschaft und des medizinisch-technischen Fortschritts unausweichlich sei. Dieses Ergebnis zeige aber, dass sich das Kostenwachstum eindämmen lasse. Als Mitgrund für diese Eindämmung erwähnte er explizit den Tarmed-Eingriff sowie die regelmässigen Preisreduktionen bei Medikamenten des Bundesrates seit 2012, mit denen CHF 500 Mio. respektive CHF 1 Mrd. hätten eingespart werden können.

Getrübt wurde die Freude durch die Tatsache, dass sich der Prämienanstieg zwischen Krankenversicherungen, Franchisen, Versicherungsmodellen und zwischen den Kantonen stark unterschied. So sank die mittlere Prämie zwar in zehn Kantonen, in acht Kantonen stieg sie aber gar um mehr als 1 Prozent an. Besonders kritisch war die regionale Verteilung dieser Unterschiede: Während die Prämien in der Deutschschweiz durchschnittlich um 0.15 Prozent anstiegen, nahmen sie in der Romandie um 0.5 Prozent und im Tessin um 2.5 Prozent zu. Den höchsten Anstieg verzeichnete der Kanton Neuenburg mit 2.9 Prozent. «Les Romands perdants», betonte Le Temps in der Folge. Entsprechend schlecht war auch die Stimmung in der Romandie, insbesondere im Kanton Genf, der zusammen mit dem Kanton Basel-Stadt die höchsten Prämien aufweist. Der Genfer Staatsrat Mauro Poggia (GE, mcg) verwies darauf, dass die Reserven der Krankenversicherungen stark angestiegen seien und 2018 mit CHF 9.4 Mrd. rund CHF 4.6 Mrd. höher gewesen seien als gesetzlich vorgeschrieben. Mit diesem Geld hätte man den Prämienanstieg vollständig verhindern können, betonte er. Als «Skandal» bezeichnete auch Jean-Paul Derouette, Präsident der Sektion Romande des Schweizerischen Verbands der Versicherten (Assuas) den Anstieg, zumal die Romands für die kleinen Deutschschweizer Kantone zahlen müssten. Damit verwies er auf den Vorwurf, dass die Krankenversicherungen die überschüssigen Reserven einzelner Kantone zum Ausgleich fehlender Reserven in anderen Kantonen nutzten, wie es der Kanton Genf bereits in einer Standesinitiative angeprangert hatte (Kt.lv. 17.306). Dem widersprach Santésuisse, die betonte, der Prämienanstieg in den entsprechenden Kantonen sei auf steigende Gesundheitskosten zurückzuführen; so seien zum Beispiel die Gesundheitskosten in Neuenburg zwischen 2017 und 2018 um 4.6 Prozent gewachsen.

Doch nicht nur die ungleiche Verteilung der Prämienanstiege führte zu Kritik. «On paiera cela en 2021», vermutete Mauro Poggia zudem und warf dem

Gesundheitsminister vor, die Prämien vor den eidgenössischen Wahlen 2019 absichtlich nicht stärker zu erhöhen – zumal die Krankenkassen gemäss Sorgenbarometer im Jahr 2019 die grösste Sorge der Bevölkerung gewesen seien (in der Tat belegten sie jedoch den zweiten Platz). Auch Nationalrat Samuel Bendahan (ps, VD) stellte in seinem Blog in «Le Temps» einen Zusammenhang zwischen dem geringen Prämienanstieg und den Wahlen fest. Die Tribune de Genève errechnete zudem mit den für die Änderung der Berechnungsart korrigierten Zahlen des BAG, dass in der Tat im Wahlherbst 2007 zum einzigen Mal überhaupt ein Prämienrückgang verzeichnet worden war. Nur in zwei von sechs Fällen seit 1997 hätten die Prämien vor den nationalen Wahlen den langjährigen Durchschnitt übertroffen.²⁴

DÉBAT PUBLIC
DATE: 01.01.2020
ANJA HEIDELBERGER

Anfang März 2020 gab das BAG bekannt, dass die **Diagnostiktests für den Nachweis des Coronavirus ab sofort von der OKP übernommen** und somit von den Krankenkassen vergütet werden. Das bedeutete gleichzeitig, dass darauf auch Franchisen und Selbstbehalt anfallen, wodurch gemäss Medien mehr als die Hälfte der Versicherten die Kosten der Tests (teilweise) selbst bezahlen mussten. Auch die Krankenkassen kritisierten diese Regelung und argumentierten, die Kosten seien Sache der Kantone – gemäss Epidemienengesetz müssen im Epidemiefall die Kantone für die Untersuchungskosten aufkommen –, zudem liege es im öffentlichen Interesse, «dass niemand aufgrund finanzieller Überlegungen auf einen Test verzichtet», wie der Santésuisse-Sprecher ausführte.

Ende April entschied sich der Bundesrat für eine auf dem Epidemienengesetz basierende Regelung: Wenn in erster Linie die Allgemeinheit von einem Test profitiert, also bei leichten Symptomen, sollten neu die Kantone die entsprechenden Kosten übernehmen. Profitieren jedoch vor allem die Erkrankten, also bei schwereren Symptomen, blieben weiterhin die Krankenversicherungen zuständig. Entsprechend fielen für die Betroffenen mit schweren Symptomen auch weiterhin Franchisen und Selbstbehalt ins Gewicht, während Personen mit leichten Symptomen keine Kosten übernehmen mussten. Diese Ungleichbehandlung führte zu einiger Kritik in den Medien, auch die GDK zeigte sich ob der dadurch entstehenden Abgrenzungsschwierigkeiten unzufrieden. Der gesamte Betrag solle über die Krankenkasse abgerechnet, jedoch auf Berücksichtigung der Franchise und die Erhebung des Selbsthalts verzichtet werden, forderte sie. Auch die SP-Fraktion störte sich am Modell des Bundesrats, weshalb sie diesen mit einer Motion (Mo. 20.3205) aufforderte, die von der Bevölkerung selbst übernommenen Kosten für Coronatests sowohl zukünftig als auch rückwirkend zu übernehmen. Der Bundesrat betonte, dass die gesetzliche Grundlage für eine rückwirkende Übernahme fehle. Ende Juni entschied er aber, dass zur Verhinderung einer zweiten Welle zukünftig mehr und vor allem auch symptomatische Personen, die normalerweise keine Ärztin oder keinen Arzt aufsuchen würden, getestet werden müssen. Da dies der Eindämmung der Epidemie gemäss Epidemienengesetz diene und der Bund in seiner Covid-19-Verordnung 3 entsprechende Regelungen erlassen habe, trage er ab Ende Juni 2020 die Kosten, sofern die getesteten Personen die Testkriterien des BAG erfüllten.²⁵

DÉBAT PUBLIC
DATE: 22.09.2020
ANJA HEIDELBERGER

Zu Beginn der Corona-Pandemie berichteten die Medien über warnende Stimmen, wonach die Krankenkassenprämien 2021 durch die hohen Kosten im Jahr 2020 stark ansteigen könnten; Politikerinnen und Politiker aus dem linken sowie dem bürgerlichen Lager warnten im Blick vor einem regelrechten «Prämienschock». Gleichzeitig wiegelten die Medien selber jedoch grösstenteils ab: Da die Prämien nicht auf den Kosten des Vorjahrs, sondern aufgrund einer Schätzung der Ausgaben des jeweiligen Jahres berechnet würden, sei für das Jahr 2021 kein starker Prämienanstieg zu erwarten. Selbst wenn die Krankenversicherungen im Jahr 2020 mehr ausgeben müssten, als sie durch die Prämien eingenommen hätten, würden sich die Prämien des Folgejahres nicht direkt erhöhen: Für solche ausserordentlichen Grosseignisse hätten die Krankenversicherungen Reserven gebildet, die Anfang 2019 bei CHF 9.5 Mrd. lagen und damit doppelt so hoch waren, wie gesetzlich verlangt. Da die Reservesituation nicht für alle Krankenversicherungen gleich gut sei, gebe es zudem noch den Sicherungsfonds, der in solchen Fällen aushelfe, war den Medien weiter zu entnehmen. Schliesslich sei es noch nicht einmal sicher, dass die Kosten der Krankenversicherungen im Jahr 2020 höher ausfallen würden als erwartet. Zwar seien Therapien auf der Intensivstation – wie sie zur Behandlung von schweren Fällen von Covid-19 häufig sind – teuer, diese würden aber zu mehr als der Hälfte von den Kantonen übernommen. Die grossen **Kosten der Pandemie im Gesundheitsbereich** fielen denn auch nicht bei den Krankenkassen, sondern bei den Kantonen an, war man

sich einig. Diese müssten die Massnahmen der Spitäler zur Pandemie bezahlen, während das bundesrätliche Verbot von nicht dringenden Behandlungen gleichzeitig ein Loch in die Kassen der Spitäler reisse. Dies habe zu der paradoxen Situation geführt, dass die Spitäler im Frühjahr 2020 einerseits unter Personalmangel litten, weil insbesondere im Pflegebereich zu wenig Fachkräfte vorhanden seien und viele davon zum Beispiel wegen eigener Infektion mit dem Corona-Virus ausfielen, und andererseits Kurzarbeit anmelden mussten, zumal Behandlungen in vielen Bereichen stark eingeschränkt waren und die Mitarbeitenden entsprechend nicht ausgelastet werden konnten. Letzteres habe denn auch zu teilweise sehr hohen Umsatzeinbussen für die Spitäler geführt.

Dennoch konnte nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Corona-Pandemie nicht doch noch auf die Krankenkassenprämien auswirken würde, insbesondere durch die Verlagerung von Eingriffen auf die Folgejahre. Entsprechend forderten die SP-Fraktion (Mo. 20.3202) sowie Katharina Prelicz-Huber (gp, ZH; Mo. 20.3313), dass die Krankenkassenprämien in den Jahren 2021 bis 2023 nicht erhöhet werden dürfen. Stattdessen sollen die Kosten wenn nötig vollständig durch Bund und Kantone (SP-Fraktion) oder durch die Reserven und bei kleinen Kassen durch den Bund (Prelicz-Huber) finanziert werden. Ein allgemeines Verbot für einen Anstieg der Krankenkassenprämien-Gesamtsumme während der nächsten zehn Jahre forderte Lukas Reimann (svp, SG; Mo. 20.3434). Falls die Kosten der Leistungserbringenden das Total der Prämien übersteigen sollten, sollen diese angewiesen werden, ihre Ausgaben entsprechend zu reduzieren. Gar eine Reduktion der Prämien für einkommensschwache Personen um 50 Prozent während zwei Jahren forderte Valérie Piller Carrard (sp, FR; Mo. 20.3574). Bund und Kantone sollen via Prämienverbilligungen für die entsprechenden Kosten aufkommen, schlug sie vor. Auch eine Standesinitiative des Kantons Genev (Kt.lv. 20.337) verlangte einen dreimonatigen Verzicht auf die Erhebung der Prämien sowie eine zweijährige Beibehaltung der Prämienhöhe. Finanziert werden solle dies durch eine 50-prozentige Reduktion der Reserven der Krankenversicherungen. Auf diese Reserven hatten aber auch andere ein Auge geworfen: So forderten gemäss Presse verschiedene Kantons- oder Spitalvertretende, dass sich die Krankenversicherungen mit ihren Reserven am finanziellen Schaden der Spitäler durch die Pandemie beteiligen. Die Reserven seien für die Deckung epidemiebedingter Kosten geschaffen worden, entsprechend sollten sie jetzt auch dafür eingesetzt werden, wurde argumentiert. Dagegen wehrten sich vor allem die Krankenkassen: Die Reserven gehörten den Versicherten, zudem schreibe das KVG unmissverständlich vor, dass sie ausschliesslich für Kosten für Diagnose und Heilung von Krankheiten ausgegeben werden dürften.

Im September 2020 hatte das Warten schliesslich ein Ende, das EDI gab in einer Medienmitteilung die **Prämien für das Jahr 2021** bekannt. Die mittlere Prämie stieg für das Jahr 2021 um 0.5 Prozent, was im mittelfristigen Vergleich einen eher geringen Anstieg bedeutete – seit 2010 liegt der durchschnittliche Anstieg bei 3.1 Prozent. Bereits in den letzten zwei Jahren war der Anstieg jedoch deutlich unterdurchschnittlich gewesen. Auch die kantonalen Unterschiede waren deutlich geringer als in anderen Jahren, die kantonalen Pramienanstiege schwankten zwischen -1.6 und 2.1 Prozent. Die Reserven der Krankenkassen stiegen bis Ende 2020 auf mehr als CHF 11 Mrd. an.²⁶

1) LT, 8.1.21

2) 24H, 29.1.18; LT, 8.2.18; LT,30.1.18; RTS, 29.1.18; RTS, 4.2.18; SGT, 23.2.18

3) Bund, 31.1.90; Schweiz. Krankenkassen-Zeitung, Juni 1990, S. Rossini, Caisses-maladie et médecins, Lausanne 1989; Dem., 19.1. und 31.1.90. OECD-Studie: Health care systems in transition, Paris 1990; Gesundheitspolitische Informationen GPI, 1990, Nr. 1, S. 9 und 31; NZZ, 30.3.90.

4) Rationierungen im Gesundheitswesen: NZZ, 19.5.90; Bund, 24.8.90 und TA, 25.8.90

5) ASG, Aufruf zur Reform, Zürich 1997, Presse vom 17.4.97.

6) Presse vom 13.1.99; Bund, 14.1.99; SGT, 19.1., 1.2., 9.2., 1.3., 15.3., 6.4. und 27.4.99; Ww, 21.1. und 4.2.99; BZ, 1.2., 26.2. und 27.3.99; WoZ, 4.2. und 25.3.99; LT, 11.2. und 29.11.99; NZZ, 6.3., 20.3. und 18.9.99; NLZ, 27.3.99; BaZ, 13.4.99; TA, 30.8.99; Presse vom 18.1.99

7) Amtl. Bull. NR, 1992, S. 2003; Suisse, 21.2.92; SoZ, 1.3.92; LZ, 11.3.92; LNN, 30.4.92.

8) Bund, 28.8.97; NZZ, 29.8., 30.8. und 4.12.97, CHSS, 1998, S. 6

9) Presse vom 23.5., 28.10. und 1.11.96; BZ, 25.9. und 29.10.96; SHZ, 7.11.96., Amtl. Bull. StR, 1996, S. 728 ff.

10) Presse vom 13.11. und 14.11.98.

11) SGT, 6.4. und 26.6.90. LNN, 27.1., 3.3., 20.4., 19.7., 21.7., 12.9., 9.10. und 23.11.90. Bund, 11.1., 19.1., 30.1., 19.6., 6.7., 19.7., 17.8., 9.11., 1.12. und 4.12.90. TA, 23.10 und 2.11.90. NZZ, 6.4.90; Presse vom 24.11.90 und 27.12.90., Amtl. Bull. NR, 1990, S. 1933 f.

12) Presse vom 18.2.91; BZ, 10.8.91; Presse vom 15.7. und 18.10.91; SHZ, 12.9.91.

13) "Der Bericht der Kartellkommission zum schweizerischen Gesundheitsmarkt", in Soziale Sicherheit, 1993, Nr. 2, S. 39 ff.; NQ, 9.1.93; Cash, 22.1.93; Presse vom 3.2.93; NZZ, 24.4.93.

14) Gemeinsame Einrichtung KVG

15) CHSS, 1997, S. 64 ff.; Presse vom 21.2.97.; Motion Hochreutener: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 1459 f.; Umsetzung des KVG: Amtl. Bull. NR, 1997, S. 705 ff.; Stellungnahme des BR zu Fragen der GPK: BBl, 1998, S. 1782 ff.; Kostendampfungsmassnahmen des neuen KVG beginnen zu greifen: CHSS, 1997, S. 275 ff.

- 16) Presse vom 25.1. (FDP), 8.9. und 10.10. (SP), 20.11. (CVP) und 5.12.01 (SVP).
- 17) AB NR, 2003, S. 148f.; Presse vom 12.2.-17.5.03, insbesondere vom 12.2., 26.2., 29.3. sowie NZZ, 26.2., 9.4., 7.5. und 9.5.03; TA, 4.3., 13.3. und 27.3.03; Bund, 29.3.03.;
- 18) Medienmitteilung BAG vom 26.9.16; Prämienübersicht 2017; TG, 15.1.16; Lib, 23.4.16; SoZ, 22.5.16; BZ, 23.5.16; LT, 20.6.16; CdT, 21.6.16; Lib, 24.6.16; NZZ, 27.6.16; BZ, 14.7.16; AZ, 15.7.16; Blick, 27.7.16; Lib, 3.9.16; BaZ, 12.9.16; TG, 17.9.16; LT, TG, 22.9.16; NZZ, 23.9.16; SoZ, 25.9.16; LMD, 26.9.16; AZ, BZ, BaZ, Blick, LT, NZZ, TG, 27.9.16; WW, 3.11.16; AZ, 18.11.16; NZZ, 23.11.16
- 19) Medienmitteilung BAG vom 28.9.17; Prämienübersicht 2018; LT, TG, 21.3.17; So-Bli, 21.5.17; AZ, 14.6.17; NZZ, 13.7.17; LMD, 18.7.17; LZ, 12.8.17; SGT, TA, 17.8.17; NZZ, 9.9.17; Lib, 20.9.17; LMD, 21.9.17; AZ, 23.9.17; Blick, CdT, NZZ, TA, 27.9.17; BZ, BaZ, LMD, LT, NZZ, TG, 28.9.17; AZ, Blick, LMD, LT, LZ, Lib, NZZ, QJ, TA, 29.9.17; 24H, LT, LZ, 30.9.17
- 20) TG, 1.2., 2.2., 3.2., 10.2., 1.3.18
- 21) LT, NZZ, TA, TG, 29.3.18; So-Bli, TA, 15.4.18; Blick, LMD, 16.4.18; Blick, LT, LZ, TA, TG, 17.4.18; WW, 19.4.18; LT, 20.4.18; Blick, LT, TG, 21.4.18; LMD, LT, TG, 24.4.18; LT, 4.6.18; TA, 13.6.18
- 22) AZ, 20.2., 23.2.18; NZZ, 22.3.18; SoZ, 29.4.18; LMD, 30.4.18; TA, 2.5.18; TG, 4.5.18; So-Bli, SoZ, 6.5.18; TA, 7.5.18; TZ, 11.5.18; SoZ, 10.6.18; AZ, 13.6.18; NZZ, 15.6.18; Blick, 16.6.18; Lib, 25.6.18; NZZ, 13.7., 28.8.18; WoZ, 30.8.18; TA, 7.9.18; BaZ, 20.9., 27.9.18
- 23) Medienmitteilung BAG vom 24.9.18; Prämienübersicht 2019; APZ, TA, 6.1.18; LT, 8.2.18; NZZ, 17.2.18; AZ, 20.2.18; NZZ, 7.3.18; TA, 29.3.18; SGT, TA, 20.4.18; TG, 24.4.18; TA, 27.4.18; Lib, 3.5.18; TA, 13.6.18; TG, 29.6.18; LZ, TA, 13.7.18; BaZ, TA, 25.8.18; CdT, 29.8.18; TG, 20.9.18; CdT, 21.9.18; BaZ, LT, NZZ, 25.9.18; BaZ, 27.9., 3.10.18
- 24) BaZ, 2.9.19; LT, NZZ, TA, TG, 25.9.19
- 25) Medienmitteilung BR vom 24.6.20 (Tests); SoZ, 8.3.20; TA, 21.4.20; NZZ, 28.4.20; NZZ, 30.4.20; TA, 12.5., 16.5.20
- 26) Kantonale monatliche mittlere Prämien 2020; Kantonale monatliche mittlere Prämien über alle Altersklassen 2020; Medienmitteilung EDI vom 22.9.20; Blick, NZZ, 6.4.20; CdT, 7.4.20; AZ, TA, 17.4.20; LT, 22.4.20; CdT, 2.5.20; BZ, LT, 7.5.20; So-Bli, 10.5.20; LT, TA, 11.5.20; CdT, 13.5., 27.5.20; AZ, 29.5., 16.6.20; AZ, CdT, TA, 7.7.20; NZZ, 28.7.20; So-Bli, 9.8.20; SGT, 10.9.20; CdT, 14.9.20; CdT, LT, TA, 19.9.20; Blick, CdT, 21.9.20; Lib, 22.9.20; 24H, AZ, CdT, LT, NZZ, TA, TG, 23.9.20; AZ, 24.9.20; LT, 25.9.20; TA, 30.9.20; WOZ, 8.10.20