

Vorschau Herbstsession 12. bis 30. September

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Ständerat

Datum	Geschäft	Empfehlung santésuisse	Seite
Di, 13. September Ev. Do, 22. September	19.046 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1b – Differenzen)	Annehmen. Detailempfehlungen beachten	4
Di, 13. September	22.040 Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege. Bundesgesetz	Annehmen	5
Di, 13. September	19.4194 Mo. ((Graf Maya) Weichelt). Finanzierung von Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz	Ablehnen	6
Di, 13. September	19.4056 Mo. Nationalrat (Quadri). Änderung der KVAV. Obligatorischer statt nur freiwilliger Abbau übermässiger Reserven der Krankenversicherer zugunsten der Versicherten	Ablehnen	7
Di, 13. September	21.324 Kt. Iv. Waadt. Für gerechte und angemessene Reserven	Keine Folge geben	8-9
Di, 13. September	21.325 Kt. Iv. Waadt. Für kostenkonforme Prämien	Keine Folge geben	10
Di, 13. September	21.323 Kt. Iv. Waadt Mehr Mitsprache für die Kantone	Keine Folge geben	11

Die übrigen praktisch gleichlautenden 5 Standesinitiativen (Tessin, Genf, Jura, Fribourg, Neuenburg) lehnt santésuisse aus den gleichen Gründen ab und empfiehlt, diesen keine Folge zu geben.

Di, 20. September	21.043 Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit	Annahme mit Änderungsempfehlungen	12-13
-------------------	--	--	-----------------------



Di, 20. September	09.528 Pa.IV. Humbel. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus	Annehmen. Änderungsempfehlungen beachten	14-17
Di, 20. September	22.3372 Mo. SGK-NR Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG. Kostenneutralität prüfen	Annehmen	18
Di, 20. September	13.3213 Mo. Mitte. Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen	Ablehnen	19
Di, 20. September	19.3242 Mo. (Brand) de Courten. Krankenversicherungsgesetz. Endlich Transparenz auch für den ambulanten Bereich	Annehmen	20
Di, 20. September	19.4107 Mo. ((Quadranti) Hess Lorenz). Stärkung der Kinder und Jugendmedizin. Die zweckmässige Umnutzung von Mitteln und Gegenständen muss in den Sozialversicherungstarifen abgebildet werden	Ablehnen	21
Di, 20. September	22.3015 Mo. SGK-NR. Elektronisches Patientendossier. Praxistauglich gestalten und finanziell sichern	Annehmen	22
Di, 20. September	20.3452 Mo. SGK-NR. Elektronische Rechnungen auch im elektronischen Patientendossier ablegen	Ablehnen bzw. sistieren	23
Di, 20. September	22.3016 Mo. SGK-NR. Implementierung einer nachhaltigen Data-Literacy-Strategie in der digitalen Transformation eines Gesundheitswesens	Annehmen	24
Di, 20. September	19.3130 Mo. Hess Lorenz. Elektronisches Patientendossier. Verbreitung mit alternativen Versicherungsmodellen fördern	Annehmen	25



Di, 20. September	21.4374 Mo. Nationalrat (Silberschmidt). Einführung einer digitalen Patientenadministration	Annehmen	26
Di, 20. September	21.4313 Mo. Dobler. Schaffung eines elektronischen Impfausweises	Annehmen	27
Di, 20. September	21.4373 Mo. Nationalrat (Silberschmidt) Einführung eines eindeutigen Patientenidentifikators	Annehmen	28
Di, 20. September	22.3859 Mo. Ettlín Erich. Masterplan zur digitalen Transformation im Gesundheitswesen, Nutzung von gesetzlichen Standards und bestehenden Daten	Annehmen	29
Do, 22. September	19.4134 Mo. Herzog. Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen	Ablehnen	30
Mo, 26. September	21.067 Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag	Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag. Änderungs- und Detailempfehlungen beachten	31-33
Mo, 26. September	21.063 Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien. (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag	Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag	34-35
Mo, 26. September	22.3802 Mo. Carobbio Guscetti. Kaufkraft schützen. Abfederung des Prämienchocks 2023 durch sofortige Erhöhung des Bundesbeitrages an die individuelle Prämienerrhöhung 22.3801 Mo. Chassot. Kaufkraft schützen. Abfederung des Prämienchocks 2023 durch sofortige Erhöhung des Bundesbeitrages an die individuelle Prämienerrhöhung	Ablehnen	36



Ständerat, 13. September

19.046 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1b – Differenzen

Inhalt der Vorlage

Am 21. August 2019 hat der Bundesrat die Botschaft zur KVG-Teilrevision betreffend Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1 verabschiedet und an die eidgenössischen Räte **überwiesen**. Die SGK-NR hat die Vorlage in zwei Teile aufgesplittet. Die Vorlage befindet sich in der Differenzbereinigung.

Beide Kommissionen haben einem Rückkommensantrag zu Art. 47c E-KVG zugestimmt. Der Nationalrat hat Art. 47c in der Frühjahrsession 2022 zugestimmt.

Position und Empfehlungen santésuisse

Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
1.	Art. 47c Massnahmen zur Steuerung der Kosten E-KVG	Nationalrat folgen	santésuisse unterstützt Massnahmen zur Kostensteuerung auf Tarifebene gemäss Art. 47c E-KVG. Tarifpartnerschaftlich verhandelte Kostensteuermassnahmen sind globalen Zielvorgaben stets vorzuziehen. Kostensteuerelemente sollen zum festen Bestandteil von Tarifverträgen werden. Dabei sind diese nach Möglichkeit auf kantonaler Ebene anzusiedeln, damit die Massnahmen möglichst gezielt dort angesetzt werden können, wo unerklärbares Mengenwachstum entsteht. In gesamtschweizerischen Verträgen wären dagegen sinnvollerweise ausschliesslich gemeinsame Grundsätze bezüglich dem Kostenmonitoring und möglichen Massnahmen zu bestimmen. Abschliessend ist festzuhalten, dass Art. 47c eine gute Grundlage für einen Gegenentwurf zur Kostenbremse-Initiative darstellen könnte. Dies insbesondere, weil die Massnahmen gemäss Nationalrat zu wenig griffig sind und wohl nur einen bescheidenen kostendämpfenden Effekt aufweisen.
2.	Art. 14 Abs. 3 E-HMG	Nationalrat folgen	Der Parallelimport von Arzneimittel soll im Rahmen des Zulassungsverfahrens vereinfacht werden. Dabei ist die Version des Nationalrats im Sinne einer verbindlicheren Regelung der Version des Ständerats vorzuziehen (blosse Kann-Formulierung).

Empfehlung santésuisse:

Annehmen. Detailempfehlungen beachten (vgl. oben)

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 13. September

22.040 Förderung der Ausbildung im Bereich der Pflege. Bundesgesetz

Eingereichter Text

Der Bundesrat will dem Mangel an Pflegepersonal mit einer Ausbildungsoffensive begegnen. Die Ausbildung zu Pflegefachperson soll während acht Jahren mit bis zu einer Milliarde Franken durch Bund und Kantone gefördert werden. Pflegefachpersonen sollen zudem bestimmte Leistungen ohne ärztliche Anordnung direkt zulasten der Sozialversicherungen abrechnen können. Ein Kontrollmechanismus soll verhindern, dass es zu einer Mengenausweitung der Leistungen und damit zu höheren Gesundheitskosten kommt, die zu einem Anstieg der Krankenkassenprämien zulasten der Bevölkerung führen würden.

Mit diesen Massnahmen soll ein wichtiger Teil der Pflegeinitiative rasch umgesetzt werden. Sie waren bereits im indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative enthalten, weshalb der Bundesrat auf eine erneute Vernehmlassung verzichtet hat.

Position santésuisse

santésuisse stimmt der Vorlage zu. Diese entspricht weitestgehend dem indirekten Gegenvorschlag zur Pflegeinitiative, den National- und Ständerat in der Frühjahrssession 2021 verabschiedet hatten. Mit Annahme der Pflegeinitiative Ende November 2021 wurde der indirekte Gegenvorschlag obsolet.

santésuisse beurteilte den damaligen indirekten Gegenvorschlag insbesondere im Zusammenhang mit der drohenden Mengenausweitung zu Beginn der Diskussionen aber sehr kritisch. santésuisse befürchtete eine grosse Mengenausweitung aufgrund der erweiterten Abrechnungskompetenz ohne ärztliche Anordnung. Als Bedingung für eine Zustimmung zur damaligen Vorlage forderte santésuisse präzisierende Vereinbarungen zwischen den Pflegenden und den Krankenversicherern. Damit sollen ungerechtfertigte Mengen- und Kostenausweitungen zu Lasten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler vermieden werden. santésuisse begrüsst daher, dass diese Bedingung in der aktuellen Vorlage enthalten ist.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 13. September

19.4194 Mo. ((Graf Maya) Weichelt). Finanzierung von Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz

Eingereichter Text

Der Bundesrat bzw. das zuständige Departement wird beauftragt, die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) so anzupassen, dass Menschen mit Demenz Anspruch auf die für sie adäquaten Pflegeleistungen haben.

Position santésuisse

Das Verfahren für die Aufnahme in den Leistungskatalog der OKP hat sich etabliert und soll für alle Leistungen gelten. Alle Anpassungen der Leistungen der OKP erfolgen im Rahmen eines Evaluationsverfahrens, in welchem die Vereinbarkeit mit dem Geltungsbereich der OKP, die WZW-Kriterien und im Rahmen der Wirtschaftlichkeit die Kostenfolgen der Anpassungen für die Versicherung und die Kantone durch die ELGK. beurteilt werden. Gestützt auf die Evaluation und Empfehlung entscheidet das EDI über die Leistungspflicht.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 13. September

19.4056 Mo. Nationalrat (Quadri). Änderung der KVAV. Obligatorischer statt nur freiwilliger Abbau übermässiger Reserven der Krankenversicherer zugunsten der Versicherten

Eingereichter Text

Mit dieser Motion beauftrage ich den Bundesrat, die Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) und insbesondere deren Artikel 26 so zu ändern, dass erstens der Abbau übermässiger Reserven der Krankenversicherer nicht mehr freiwillig ist, sondern obligatorisch wird, und dass zweitens der für den Abbau der Reserven festgelegte Betrag nicht mehr "auf die Versicherten im örtlichen Tätigkeitsbereich des Versicherers" (Art. 26 Abs. 3 KVAV) verteilt wird, sondern auf der Ebene des Kantons - die Krankenkassenprämien werden ja auch pro Kanton festgelegt. Damit wird angemessen berücksichtigt, wer zu hohe und wer zu tiefe Prämien bezahlt hat.

Position santésuisse

Gemäss einer aktuellen Verordnungsänderung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAV; SR 832.121) haben die Krankenversicherer bereits heute die Möglichkeit, ihre Reserven freiwillig zusätzlich zu reduzieren. Die Solvenzquote muss dabei mindestens 100 Prozent betragen. Bisher lag diese gemäss einem Kreisschreiben des BAG bei 150 Prozent. Ein obligatorischer Abbau der Reserven würde zu einem unwillkommenen Jo-Jo-Effekt bei den Prämien führen und läuft einer stabilen Prämienentwicklung zuwider.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch

Ständerat, 13. September

21.324 Kt. Iv. Waadt. Für gerechte und angemessene Reserven

Eingereichter Text

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung nimmt der Kanton Waadt sein Initiativrecht auf Bundesebene wahr und fordert die Bundesversammlung auf, das geltende Recht, namentlich Artikel 14 ("Reserven") des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12), mit einem Artikel 3 zu ergänzen, der wie folgt lautet:

Die Reserven eines Versicherers gelten als übermässig, wenn sie mehr als 150 Prozent des gesetzlich vorgeschriebenen Werts betragen. Übermässige Reserven sind durch den Versicherer zu reduzieren, bis sie diesen Schwellenwert nicht mehr übersteigen.

Position santésuisse

- santésuisse lehnt die Standesinitiative ab. Die Standesinitiative fordert, dass Reserven **obligatorisch** abgebaut werden, die die 150% Solvenzquote übersteigen. Die aktuelle Reservesituation hat es den Versicherern ermöglicht, einen Prämienschokk wegen der Pandemie zu verhindern. Die Versicherer haben sich in dieser für unser Gesundheitswesen herausfordernden Zeit als Garant der Stabilität erwiesen. Die Standesinitiative suggeriert, dass die Krankenversicherer generell über deutlich zu hohe Reserven verfügen würden. Dies vermittelt der Öffentlichkeit ein völlig falsches Bild. Tatsächlich entsprechen die Reserven lediglich dem Gesamtbetrag von ca. drei bis vier Monatsprämien.
- **Zudem ist ab 2023 wieder mit steigenden Prämien zu rechnen, da die OKP-Ausgaben für 2021 pro versicherte Person um 4,6 Prozent gestiegen sind (bereinigt um Corona-Sondereffekte) und auch für 2022 mit steigenden Ausgaben von rund 4 Prozent zu rechnen ist. Die bisher sehr gute Reserven-Situation wird sich dadurch – zusammen mit der negativen Entwicklung an den Finanzmärkten – stark verschlechtern.**
- Ein Vergleich mit anderen Sozialversicherungen im Umlageverfahren zeigt: Die Reserven im Ausgleichsfond der AHV betragen gesetzlich vorgeschrieben zwölf Monatsausgaben. Dies ist mehr als das Dreifache der Reserven der Krankenversicherungen. Sorge besteht, ob das Reserveniveau der AHV gehalten werden kann. Zu Recht fordert niemand eine Reduktion der AHV Reserven. Umso unsinniger ist eine Reduktion der bereits tiefen Reserven der Krankenversicherer.
- Die Reserven bleiben im System, denn sie dürfen nur für die Vergütung von Leistungen des KVG verwendet werden. Reserven kommen auf jeden Fall den Prämienzahlenden zu Gute. Die Erträge aus der Anlage der Reserven führt zu einer direkten Entlastung der Prämienzahlenden.
- Auch in einer Situation, in der ein Reserveabbau grundsätzlich möglich wäre, muss dies eine unternehmerische Entscheidung bleiben. Letztlich trägt der Krankenversicherer die volle unternehmerische Verantwortung. Nicht zuletzt sind beispielsweise aufgrund der Kundenstruktur (z.B. Altersstruktur), der Position im Markt und der Grösse eines Versicherers andere Anforderungen an die Reservehöhe zu stellen. Es muss daher zwingend weiterhin in der Kompetenz jedes einzelnen Versicherers liegen, ob ein Abbau vorgenommen werden darf oder nicht. Zum Schutze der Prämienzahler ist aber ein überstürzt vorgenommener Abbau unbedingt zu vermeiden, denn sie wären, die letztlich die Folgen einer Insolvenz zu tragen hätten.
- Die Solvenzquote ist ein sehr volatiler Indikator. Er dient der Früherkennung von Risiken und ist damit ein Instrument der Aufsicht, um die kurzfristige finanzielle Sicherheit eines Versicherers beurteilen zu können. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Solvenzquote von Jahr zu Jahr stark schwanken kann. Ein aktuelles [Faktenblatt des Bundesamtes für Gesundheit \(BAG\)](#) zeigt

dies eindrücklich auf: Die Anzahl Versicherer mit steigender oder sinkender Solvenzquote verändert sich von Jahr zu Jahr stark, da die Reserven sehr volatil sind. Ein Rückgang der Solvenzquote von rund 50 Prozent innerhalb eines Jahres ist nichts Aussergewöhnliches. Wenig erstaunlich ist daher, dass nur wenige der rund 60 Krankenversicherer in der Schweiz eine Solvenzquote zwischen 100 und 150 Prozent aufweisen. Würden alle Versicherer ihre Reserven auf das dieses zulässige Mass abbauen, würde alle drei bis vier Jahre ein Versicherer zahlungsunfähig. Ob Reserven abgebaut werden, ist eine unternehmerische Entscheidung, für die der Krankenversicherer in intimer Kenntnis der Sachlage Verantwortung trägt. Und nicht die Politik per Ferndiagnose.

- Störend ist auch der Zeitpunkt der Forderung mitten in einer weltweiten Pandemie – in einer Zeit notabene, die von grossen Unsicherheiten geprägt ist. Derzeit ist nicht abzuschätzen, ob es zu weiteren Pandemie-Wellen kommt, wie viele Personen betroffen sein werden oder wie stark die Corona-Impfungen der Krankenversicherer die Reserven belasten. Auch bezüglich der langfristigen Auswirkungen (Long Covid) besteht grosse Unsicherheit. Dank Reserven sind die Krankenversicherer auch in der Krise handlungsfähig.
- Die bisherige Erfahrung, dass die Pandemie in der ersten Welle kaum negative finanzielle Auswirkungen auf die Krankenversicherung gehabt hat, lässt sich nicht in die Zukunft extrapolieren – im Gegenteil sind die Risiken und die Unsicherheit über die künftige Entwicklung hoch (beispielsweise aufgrund neuer Behandlungsmethoden, regelmässiger Impfungen, höherer Lohnkosten für das Gesundheitspersonal, schwierigerem Inkasso aufgrund einer Wirtschaftskrise, Finanzmarktrisiken etc.). Letztlich hätte auch die politisch verschuldete Insolvenz eines grösseren Versicherers massive Auswirkungen auf den Markt (unbezahlte Rechnungen / Risikoausgleichsbeträge, Proselektion, Vertrauensverlust in das System der Krankenversicherung etc.). In einem ersten Schritt würden die offenen Leistungen des insolventen Versicherers zwar aus dem Insolvenzfonds weiterbezahlt. Dieser Fonds verfügt allerdings nur über beschränkte Mittel und müsste anschliessend mit den Prämieinnahmen aller Prämienzahler wieder geöffnet werden.
- Das Gesetz schreibt mit gutem Grund vor, dass die Prämien kostendeckend sein müssen. Würden die Prämien nicht rechtzeitig an die Kostenentwicklung angepasst, müsste das Versäumte im Folgejahr durch markante Prämienaufschläge kompensiert werden. So geschehen 2008, als der damalige Bundesrat Pascal Couchepin die Krankenversicherer kurz vor der Finanzkrise zwang, die Prämien mittels Reserveabbau künstlich tief zu halten. Dies führte zu den höchsten Prämien erhöhungen seit Einführung des KVG 1996. **Auch für 2023 ist mit stark steigenden Prämien erhöhungen zu rechnen.** Bei einem nun faktisch erzwungenen Reserveabbau kann es zu unerwünschten Prämien sprüngen kommen. Müssen Prämienüberschüsse immer sofort ausgeglichen werden, müsste dies auch für die Kostenüberschüsse gelten.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 13. September

21.325 Kt. Iv. Waadt. Für kostenkonforme Prämien

Eingereichter Text

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung nimmt der Kanton Waadt sein Initiativrecht auf Bundesebene wahr und fordert die Bundesversammlung auf, das geltende Recht, namentlich Artikel 17 ("Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen") des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12), wie folgt zu ändern:

Lagen die Prämieinnahmen eines Versicherers in einem Kanton in einem Jahr über den kumulierten Kosten in diesem Kanton, so muss der Versicherer im betreffenden Kanton im Folgejahr einen Prämienausgleich machen. Die Höhe des entsprechenden Ausgleichs ist durch den Versicherer im Genehmigungsantrag klar auszuweisen und zu begründen. Der Antrag ist bis spätestens Ende Juni des Folgejahres bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

Position santésuisse

Dieser Vorschlag wurde bereits im Rahmen des KVAG breit diskutiert und zurecht verworfen. Das Hauptproblem ist die Asymmetrie: Es liegt in der Natur der Sache bzw. von Schätzungen über die Zukunft, dass sich die festgelegten Prämien nachträglich einmal als etwas zu hoch, ein anderes Mal als etwas zu tief erweisen. Wenn ein Versicherer aber immer dann, wenn er zu pessimistisch war, zwingend eine Rückzahlung machen muss, geht ihm früher oder später das Geld aus; denn im umgekehrten Fall kann er ja nicht bei seinen Versicherten im Nachhinein nochmals Geld verlangen. Um eine Insolvenz zu vermeiden, müssten die Versicherer äusserst vorsichtig sein und die Prämien immer nur einer grossen Sicherheitsmarge festlegen, so dass selbst im unwahrscheinlichsten Fall kein Defizit resultiert. Dies würde aber der Absicht zuwiderlaufen, dass die Prämien möglichst exakt festgelegt werden.

Die heutige Regelung sieht einen *freiwilligen* Prämienausgleich bei finanziell gesunden Versicherern vor. Sie hat sich bewährt. Jahr für Jahr machen mehrere Versicherer davon Gebrauch.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 13. September

21.323 Kt. Iv. Waadt Mehr Mitsprache für die Kantone

Eingereichter Text

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung reicht der Kanton Tessin folgende Standesinitiative ein:

Artikel 16 ("Genehmigung der Prämientarife") des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12) ist in Absatz 6 wie folgt zu ergänzen:

⁶ Vor der Genehmigung des Prämientarifs können die Kantone zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten und zu den für ihren Kanton vorgesehenen Prämientarifen gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde Stellung nehmen; das Genehmigungsverfahren darf dadurch nicht verzögert werden. Die Kantone können bei den Versicherern und der Aufsichtsbehörde die dazu benötigten Informationen einholen. Diese Informationen dürfen weder veröffentlicht noch weitergeleitet werden.

Position santésuisse

santésuisse lehnt die Standesinitiative ab.

Die Aufsichtsbehörde der Krankenversicherer in der Grundversicherung ist per Gesetz das BAG. Auch für die korrekte Prämienberechnung bzw. -genehmigung ist das BAG zuständig. Das Verfahren zur Genehmigung hat sich in den vergangenen Jahren bewährt.

Ein zusätzlicher Einbezug der Kantone („und zu den für ihren Kanton vorgesehen Prämientarifen“) ist daher nicht notwendig bzw. würde keinen Mehrwert generieren. Im Gegenteil: Die Gefahr besteht, dass das Genehmigungsverfahren verzögert wird und die Prämien schlussendlich politisch festgelegt würden und nicht auf Berechnungen und Risikoabwägungen basieren.

Die Kantone erhalten gestützt auf Art. 16 Abs. 6 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG) bereits heute die Angaben zu den von den Versicherern geschätzten Kosten zur Stellungnahme. Da die Kantone die Situation vor Ort gut kennen, können sie hier idealerweise auch einen Beitrag leisten, ob die prognostizierte Kostenentwicklung plausibel ist. Es ist aber nicht einsichtig, wozu die Kantone darüber hinaus zu den Prämientarifen auf Grundlage des KVAG Stellung nehmen sollen.

Zudem wären die Kantone ressourcenmässig gar nicht in der Lage, die eingeforderten Informationen zu verarbeiten und innert nützlicher Frist Stellung nehmen zu können. Zumal das Genehmigungsverfahren dadurch nicht verzögert werden darf.

Die übrigen praktisch gleichlautenden 5 Standesinitiativen (Tessin, Genf, Jura, Fribourg, Neuenburg) lehnt santésuisse aus den gleichen Gründen ab und empfiehlt, diesen keine Folge zu geben.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

21.043 Bundesgesetz über die Regulierung der Versicherungsvermittlertätigkeit

Inhalt der Vorlage

Mit dem vorliegenden Mantelerlass sollen das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) dahingehend abgeändert werden, dass der Bundesrat ermächtigt wird, einige Punkte der Vereinbarung der Versicherer (Branchenvereinbarung "Vermittler") verbindlich zu erklären: Das Verbot der Telefonwerbung bei Personen, die beim betroffenen Versicherer nie versichert waren oder seit längerer Zeit nicht mehr versichert sind, die Ausbildung der Vermittlerinnen und Vermittler, die Einschränkung der Entschädigung ihrer Tätigkeit und die Erstellung und Unterzeichnung von Beratungsprotokollen. Der Entwurf entspricht dem Willen des Gesetzgebers, in diesen Bereichen auf Selbstregulierung zu setzen, denn die Versicherer können diese Punkte in ihrer Vereinbarung weiterhin eigenständig regeln. Die vom Bundesrat erlassene Verordnung erklärt sie für alle Versicherer verbindlich, auch für diejenigen, die der Vereinbarung nicht beigetreten sind.

Position santésuisse

Unsere grundlegenden Position und insbesondere zu den Themen "Definition der Vermittler" sowie "Sanktionsmöglichkeiten" haben wir Ihnen im Rahmen des [Versands vom 21. März 2022](#) zugestellt. Zusammengefasst geht es um folgende zwei Punkte:

- In der eigenen Branchenvereinbarung "Vermittler" haben die Versicherer ganz bewusst eine **klare Abgrenzung zwischen internen Mitarbeitenden und externen Vermittlern** vorgenommen. Ein Gesetz zur Allgemeinverbindlichkeitserklärung der BVV soll sich dieser Abgrenzung daher nicht widersprechen. Der Vorschlag des Bundesrats sieht allerdings eine Gleichstellung zwischen diesen zwei Kategorien vor. Dies würde zu erheblichen Problemen führen. Nebst diversen Umsetzungsschwierigkeiten und arbeitsrechtlichen Hürden geht der BR-Vorschlag weiter über den parlamentarischen Auftrag hinaus. Der Nationalrat hat dies anerkannt und lehnt eine Gleichstellung richtigerweise ab. Wir empfehlen daher, **der Version des Nationalrats zu folgen**.
- Mit den **aufsichtsrechtlichen und strafrechtlichen Massnahmen** besteht die Gefahr einer doppelten Sanktionierung, da diese bereits im Rahmen der Branchenvereinbarung im Sinne der Selbstregulierung seit 2021 in Kraft ist. Wir empfehlen daher, zumindest die Selbstregulierung und das vorgesehene staatliche Sanktionssystem besser zu koordinieren (Art. 54 KVAG; Art. 86 VAG).
Die vorgeschlagenen Sanktionierungen im Bereich der aufsichtsrechtlichen Massnahmen sind zudem unverhältnismässig und gehen weit über den parlamentarischen Auftrag hinaus. Die Massnahmen im KVAG hätten Auswirkungen auf Dritte, etwa auf den Vermittler selbst, in dem letzterem Gelder gekürzt oder die geschuldete Entschädigungen verweigert werden, auch wenn die Bestimmungen der BVV durch den Krankenversicherer selber oder durch einen anderen Vermittler nicht eingehalten werden. Bei den vorgesehenen Massnahmen im VAG handelt es sich um einen sehr starken Eingriff in die Autonomie der Krankenversicherer, der rechtstaatlich nicht gerechtfertigt ist.



- Das Ziel des Mantelerlasses ist es, dem Bundesrat zu erlauben, die **Branchenvereinbarung sowohl für den OKP als auch für den Krankenzusatzversicherungsbereich** als allgemeinverbindlich zu erklären. So können beispielsweise unerwünschte Telefonanrufe möglichst wirkungsvoll eingedämmt werden.

In Ergänzung dazu haben wir zu Art. 19b Abs. 1 Bst. b KVAG und Art. 31a Abs. 1 Bst. b VAG "Call-Center" noch folgende Bemerkungen:

Für santésuisse ist es nicht nachvollziehbar, dass die Versicherer in einer Vereinbarung den vollständigen Verzicht auf die Dienste von Call-Centern festhalten müssen. Sie brauchen solche technischen Lösungen, um besondere Versicherungsmodelle gemäss Art. 62 KVG (bspw. mit telemedizinischer Erstberatung) betreiben zu können. Es soll weiterhin möglich bleiben, mit Call-Centern zusammenzuarbeiten, jedoch mit klaren Rahmenbedingungen gemäss Vorgaben der Branchenvereinbarung bei der Kundengewinnung. Ein Verbot wäre ein übermässiger Eingriff in die Vertragsfreiheit und widerspricht dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz. Die Rahmenbedingungen im KVAG müssen an die Bestimmungen zur Vermittlertätigkeit gemäss Art. 40 ff VAG angeglichen werden, damit die Versicherten - wie in der Branchenvereinbarung festgelegt - effektiv vor unerwünschten Anrufen geschützt sind. Konkret wäre noch festzuhalten, dass die unerwünschten, faktisch flächendeckenden Telefonanrufe oft von sich im Ausland befindlichen Callcentern ausgehen, die sich heute und in Zukunft an keine Schweizerischen Gesetze und Vereinbarungen halten müssen und werden. Folglich müssen Qualitätsanforderungen, insbesondere das Verbot telefonischer Kaltakquisition, an die hiesigen Vermittler definiert werden, samt Sanktionsmöglichkeiten, wenn sie Daten weiterverwenden, die den hiesigen Gesetzesvorgaben widerspricht (z.B. mittels Kaltakquisition). Die Qualitätsanforderungen an die Versicherer sind in der Branchenvereinbarung umfassen definiert. Darüber hinaus ist keine gesetzliche Regulierung notwendig.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen mit Änderungsempfehlungen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

09.528 Pa.Iv. Humbel. Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus

Eingereichter Text

Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:

Mit einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) soll ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt werden. Damit die Kantone die Kontrolle über die öffentlichen Mittel behalten können, hat ein Modell insbesondere folgende Eckwerte zu berücksichtigen:

1. Die Gelder der öffentlichen Hand sind für Aus- und Weiterbildung der Medizinalpersonen, für den Risikoausgleich, für Public Health und gemeinwirtschaftliche Leistungen sowie für die Prämienvverbilligung einzusetzen.
2. Der Anteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der grundversicherten Leistungen ist sicherzustellen und dem Kostenwachstum im Gesundheitswesen anzupassen.
3. Alle stationären und ambulanten Leistungen gemäss KVG werden von den Krankenversicherern finanziert.

Position santésuisse

santésuisse unterstützt grossmehrheitlich die einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen (EFAS), sofern diese den Prämienzahler einen erkennbaren Nutzen bringt und die Vorteile tatsächlich realisiert werden. Aus Sicht von santésuisse ist EFAS bei konsequenter und schlanker Umsetzung ein wichtiges Instrument zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Weiter bildet EFAS die Grundlage für eine faire Finanzierung, indem die Kantone, die das massgebliche Angebot neu vermehrt auch im ambulanten Bereich steuern und lenken, sich auch an den daraus folgenden Kosten beteiligen. Dies gilt auch für die von den Kantonen forcierte und medizinisch und volkswirtschaftlich häufig sinnvolle Verlagerung von stationär zu ambulant.

santésuisse unterstützt eine schlanke Umsetzung von EFAS. Weitergehende und sachfremde Anliegen gehören nicht in die EFAS-Vorlage. Insbesondere lehnt santésuisse den Einbezug der Langzeitpflege in die Vorlage ab. Um die administrativen Aufwände möglichst gering zu halten, soll die Rechnungskontrolle weiterhin ausschliesslich bei den Krankenversicherern bleiben. Die Übermittlung von Daten an die Kantone ist auf das für die Berechnung des Kantonsbeitrags an die Kosten Notwendige zu beschränken. Einzeldaten zu den Versicherten dürfen auch aus Datenschutzgründen nicht an die Kantone gelangen.

Zur Umsetzung von EFAS

Damit hohe Franchisen nicht benachteiligt werden, soll der Bruttoansatz gewählt werden: Wie heute im stationären Bereich beteiligen sich die Kantone an den **Brutto- und nicht an den Nettokosten**. Beim Nettoansatz würde zuerst die Kostenbeteiligung abgezogen, wodurch hohe Franchisen die

Kantonsbeträge anteilmässig subventionieren und die Einsparungen der Krankenversicherer entsprechend reduzieren würden. Die Rabatte der hohen Franchisen würden unter Umständen weniger hoch ausfallen und die Attraktivität von alternativen Versicherungsformen würde abnehmen. Die **kostenbasierte Lösung** gewährleistet gegenüber den Kantonen und den Patienten aus einem Kanton eine **maximale Transparenz zur Verwendung der Steuergelder** eines Kantons. Der kantonale Beitrag an die Versicherer basiert auf den Kosten pro Versicherten des entsprechenden Kantons, welche den einzelnen Versicherern entstanden sind. Diese Berechnungsmethode widerspiegelt die bereits heute geltende Regelung im stationären Bereich und garantiert eine hohe Stabilität. Dadurch ist die Planbarkeit für Kantone und Versicherer besser. Insbesondere bleibt das finanzielle Risiko der Versicherer konstant.

Konkrete Empfehlungen für die Detailberatung

Massnahme	Inhalt	Haltung santésuisse
Wohnsitzkontrolle	Die Wohnsitzkontrolle soll unter EFAS mittels rascher Realisierung der nationalen Adressdatenbank NAD (verfügbar ab 2024) und/oder der Umsetzung der Mo. Hess und Brand zum Datenaustausch (aktuell in Vernehmlassung) und der damit verbundenen Möglichkeit eines automatisierten Adressdatenabgleichs durch die Krankenversicherer erfolgen. Da die Kantone und die Versicherer damit über dieselbe Datenbasis verfügen, werden künftig doppelte Kontrollen nicht mehr sinnvoll sein.	Wohnsitzkontrolle gemäss NAD bzw. via Umsetzung der Motionen Brand (17.3311) und Hess (18.4209)
Kontrollmöglichkeiten für die Kantone	Die Rechnungskontrolle bleibt auch mit EFAS Kernaufgabe und Kernkompetenz der Krankenversicherer. Der vorgeschlagene Systemwechsel bei der Finanzierung ist nur dann sinnvoll, wenn die Rechnungskontrolle vollumfänglich von den Versicherern wahrgenommen wird. Eine Beteiligung der Kantone an der Rechnungsprüfung würde faktisch zu einer Ausweitung der heutigen dual-fixen Finanzierung auf den ambulanten Bereich führen. Ein solches Finanzierungsregime würde die potenziellen Effizienzgewinne der einheitlichen Finanzierung gänzlich zunichtemachen.	Schaffung der Möglichkeit zur Rechnungskontrolle für die Kantone ablehnen
Datenbedürfnisse der Kantone	Für Planungs- und Kontrolleleistungen der Kantone gibt es berechtigte Datenbedürfnisse. Diese lassen sich über aggregierte Daten, die den Behörden (BAG, BFS) vorliegen mehrheitlich abdecken. Darüber hinaus können die Kantone das Leistungscontrolling in Leistungsaufträgen direkt organisieren. Der duale Rechnungsversand an die Kantone und damit der Austausch von Individualdaten ist für diese Bedürfnisse weder notwendig noch einfach zu bewerkstelligen, da sich in diesem Fall diverse Datenschutzfragen stellen würden.	Zugang zu Individualdaten für Kantone ablehnen
Abwicklung der Zahlungsflüsse	Die Abwicklung der Rechnungsstellung an die Kantone kann direkt erfolgen, wie dies heute schon beim Datenaustausch zur Prämienverbilligung oder zur Leistungsassistierung der Fall ist und einwandfrei funktioniert.	Direkte Abwicklung der Zahlungsflüsse zwischen Kantonen und Versicherern unterstützen

Massnahme	Inhalt	Haltung santésuisse
Berechnung Kantonsbeitrag Art. 60 E-KVG	<p>Beim Nettoansatz würde der Kanton gerade im ambulanten Bereich oft gar keinen Beitrag an die Rechnung eines Patienten bezahlen, weil der Betrag innerhalb der Franchise liegt. Sämtliche Kantonsbürgerinnen und -bürger mit hohen Franchisen werden durch den Nettoansatz benachteiligt gegenüber den Bürgerinnen und -bürgern mit tiefer Franchise aus demselben Kanton.</p> <p>Beim Bruttoansatz hingegen werden die Kosten aufgeteilt gemäss bewährtem Muster im stationären Bereich. Dadurch wird jeder Bürger vom Kanton gleichbehandelt. Auch kann der Ansatz problemlos so ausgestaltet werden, dass die juristischen Bedenken des Bundesamtes für Justiz hinfällig werden.</p>	Bruttoansatz wählen (ehemalige Minderheit SGK-NR)
Langzeitpflege Übergangsbestimmungen E-KVG	<p>Allein schon die fehlenden Daten und Unklarheiten bei der Pflegefinanzierung lassen es nicht zu, diese in diesem Gesetz zu integrieren.</p> <p>Die Langzeitpflege unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von den anderen Leistungen, weshalb die Finanzierung anders zu regeln ist. Die bestehende Pflegefinanzierung hat sich im Grundsatz bewährt. Die Integration der Langzeitpflege in EFAS wäre ein Rückschritt. Nichtsdestotrotz sind ausserhalb von EFAS mittelfristig Lösungen zu suchen, um die Finanzierung der Langzeitpflege nachhaltig sichern zu können.</p>	Keine Integration der Langzeitpflege Kein Gesetzgebungsauftrag im KVG formulieren

Zusammenfassend

- Bei konsequenter Umsetzung entschärft die einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen (EFAS) bestehende Fehlanreize, wirkt der zunehmenden Mehrbelastung der Prämienzahler durch das Credo „ambulant vor stationär“ entgegen, in dem die Kantone auch im ambulanten Bereich finanziell in die Pflicht genommen werden.
- EFAS steigert die Attraktivität von Modellen der integrierten Versorgung.
- EFAS wird eine positive Nebenwirkung bei der Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich haben: Nur wenn die Kantone an jede ambulante Rechnung mitbezahlen, haben sie erstmals ein ökonomisches Interesse daran, dass mit dem Angebot sparsam umgegangen wird.
- Damit diese Vorteile auch tatsächlich realisiert werden können, ist eine schlanke Umsetzung essenziell:
 - santésuisse setzt sich für die **kostenbasierte Variante** bei der Einspeisung in die "Gemeinsame Einrichtung" basierend auf der **Bruttovariante** ein.
 - santésuisse lehnt den **Einbezug der Langzeitpflege** in EFAS ab, weil dies die Errungenschaften der neuen Pflegefinanzierung in Frage stellen würde.
 - santésuisse setzt sich für eine Ausgestaltung mit möglichst geringen administrativen Aufwänden ein. Die Hoheit bei der **Rechnungskontrolle** und der **Verwaltung von Individualdaten** soll daher nicht geteilt werden.
- Die einheitliche Finanzierung kann allerdings kein Ersatz sein für permanente Anstrengungen zur Eindämmung der Kostensteigerung in allen Bereichen.



santésuisse

Empfehlung santésuisse:

Annehmen. Änderungsempfehlungen beachten (vgl. oben)

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

22.3372 Mo. SGK-NR Einführung der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG. Kostenneutralität prüfen

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, eine Evaluation der einheitlichen Finanzierung der Leistungen nach KVG durchzuführen. Er soll dabei insbesondere prüfen, ob die Einführung für die Kantone und Versicherer bezogen auf die Jahre 2016 bis 2019 kostenneutral war und ob der höhere finanzielle Beitrag einzelner Kantone sich in entsprechend tieferen Prämien in diesen Kantonen niedergeschlagen hat. Der Bundesrat soll dem Parlament nötigenfalls eine Anpassung von Artikel 60 Absatz 3 vorschlagen

Position santésuisse

Die Vorlage zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist ein Grossprojekt. Entsprechend wäre, sollte die Vorlage vom Parlament einst verabschiedet werden, eine Evaluation zur Wirkungsweise von EFAS vorzunehmen. Der Motion kann daher zugestimmt werden.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

13.3213 Mo. Mitte. Gleiche Finanzierung von stationären und ambulanten Spitalleistungen

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zu unterbreiten, die für Spitalleistungen eine gleiche Finanzierung vorsieht, unabhängig davon, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden.

Position santésuisse

Die Vorlage hat die gleiche Zielsetzung wie die Motion 09.528 (siehe vorheriges Geschäft). Die Motion verlangt zudem in der Begründung, dass auch spitalambulante Leistungen grundsätzlich als Pauschale abzurechnen sind. Dies hat das Parlament im Rahmen der Vorlage 19.046 Kostendämpfungspaket 1b in der vergangenen Sommersession bereits beschlossen. santésuisse und H+ haben beim Bundesrat bereits ein Tarifwerk mit ambulanten Pauschalen zur Prüfung eingegeben und werden dieses dem Bundesrat zur Genehmigung einreichen. Eine Weiterverfolgung dieser Vorlage ist daher auch unter diesem Aspekt nicht mehr notwendig.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

19.3242 Mo. (Brand) de Courten. Krankenversicherungsgesetz. Endlich Transparenz auch für den ambulanten Bereich

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, im ambulanten Bereich umgehend die Bestimmungen zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen bzw. die Kodierung schweizweit anwendbarer Klassifikationen festzulegen.

Position santésuisse

Die Motion bezweckt eine Erleichterung bei der Rechnungskontrolle und der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Auch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Komplexpauschalen der integrierten Versorgung soll gefördert werden.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

19.4107 Mo. ((Quadranti) Hess Lorenz). Stärkung der Kinder und Jugendmedizin. Die zweckmässige Umnutzung von Mitteln und Gegenständen muss in den Sozialversicherungstarifen abgebildet werden

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament einen Erlassentwurf zu unterbreiten, der die Grundlage schafft, dass eine zweckmässige und sichere Umnutzung von Mitteln und Gegenständen für Kinder und Jugendliche tarifarisch abgegolten wird.

Position santésuisse

Die Vereinbarung, Anpassung und Pflege von adäquaten und gesetzeskonformen Tarifen liegt grundsätzlich in der Verantwortung der Tarifpartner. Eine Anpassung der gesetzlichen Grundlagen ist damit nicht erforderlich.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

22.3015 Mo. SGK-NR. Elektronisches Patientendossier. Praxis-tauglich gestalten und finanziell sichern

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, unter Regelung der gegenseitigen Aufgaben und Verantwortung mit den Kantonen sowohl die Finanzierung der Einführung wie auch die kostendeckende Finanzierung des Unterhalts und Betriebs sowie der Weiterentwicklung des EPD und seiner Infrastruktur langfristig sicherzustellen. Gleichzeitig hat der Bundesrat dafür zu sorgen und soweit notwendig die rechtlichen Grundlagen anzupassen,

- dass das EPD benutzertauglich wird, einfach zugänglich ist (inkl. eID), Administration abbaut und für alle Betroffenen einen Mehrwert bringt,
- dass die technische und organisatorische Komplexität des EPD reduziert wird und eine zentrale EPD-Infrastruktur für die Datenablage der Patientinnen und Patienten sowie für den Datenaustausch mit Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung steht,
- dass die EPD-Infrastruktur einfach in die digitalen Geschäftsprozesse zwischen den Gesundheitsfachpersonen eingebunden werden kann.

Position santésuisse

Zurzeit hätten über drei Millionen Personen in der Schweiz Zugang zu einem EPD. Doch das Interesse in der Bevölkerung ist extrem tief. Das heutige EPD-System bedarf daher einer starken Korrektur. Bspw. soll materiell gesehen das EPD auch für Arztpraxen zur Pflicht werden. Zudem krankt das EPD technisch und finanziell an diversen Punkten, wie es die Kommissionsmotion richtigerweise aufzeigt:

- Das EPD muss praxistauglicher werden und einen klar erkennbaren Nutzen für die einzelne Person haben.
- Einfachheit des EPD: Die Eröffnung eines EPD ist gerade für die einzelne Person enorm aufwendig und kompliziert. Bspw. muss derzeit noch die Anmeldung zertifiziert werden und eine elektronische Identität aufweisen. Zumal die mehrstufige Prozedur bei der Anmeldung nicht immer auf Anhieb klappt.
- Finanzielles: Die Finanzierung ist beim EPD teilweise ungenügend geregelt. Hier ist eine stärkere Finanzierungspflicht der Kantone und/oder des Bundes im Falle eines zentralen Systems gefragt. Es darf keine neue Tarifposition für die Erfüllung der Aufgaben mit dem EPD geben. Diesbezüglich sind die [aktuellen Bemühungen des Bundesrates](#) grundsätzlich zu begrüßen. Eine entsprechende Vernehmlassungsvorlage ist für diesen Herbst vorgesehen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

20.3452 Mo. SGK-NR. Elektronische Rechnungen auch im elektronischen Patientendossier ablegen

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, eine gesetzliche Bestimmung vorzulegen, mit welcher das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPD) so geändert werden kann, dass die Leistungserbringer in einem bestimmten Bereich des elektronischen Patientendossiers elektronische Rechnungen ablegen können. Mit dieser gesetzlichen Bestimmung soll sichergestellt werden, dass für den medizinischen Teil des EPD alle bisherigen Garantien in Sachen Vertraulichkeit gewährleistet sind.

Position santésuisse

Die derzeitige technische Umsetzung des EPD lässt die vorgeschlagene Unterteilung des EPD nicht zu und ist aus datenschutzrechtlichen Gründen auch nicht erwünscht. Zudem soll das EPD stark überarbeitet werden. Der Bundesrat wird voraussichtlich im Herbst eine entsprechende Vernehmlassungsvorlage verabschieden. Diese soll abgewartet werden, bevor allenfalls weitere Schritte unternommen werden.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen bzw. sistieren

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

22.3016 Mo. SGK-NR. Implementierung einer nachhaltigen Data-Literacy-Strategie in der digitalen Transformation eines Gesundheitswesens

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, im Zuge der Digitalisierungsbestrebungen eine kohärente "Data Literacy"-Strategie (Datenkompetenz-Strategie) ausarbeiten und implementieren zu lassen. Konkret sollen im Rahmen eines Projekts Daten erhoben und miteinander verknüpft werden, um so wiederum die im Rahmen der Covidpandemie gemachten Erfahrungen und die Auswirkungen verschiedener therapeutischer Ansätze - insbesondere im ambulanten Bereich - zusammenzutragen und zu evaluieren.

Zu diesem Zweck wird der Bundesrat beauftragt, dafür zu sorgen, dass das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Statistik (BFS) in Zusammenarbeit mit den Partnerberufsverbänden wie FMH, kantonalen Ärztesellschaften, kompetenten Statistikerinnen und Statistikern, Data-Literacy-Fachpersonen und der Schweizer Akademie der Wissenschaften geeignete, data-literacy-basierte Methodologien und Konzepte erarbeiten. Diese sollen festlegen, welche Daten und Erfahrungen in welcher Form zu erheben sind, um die zur Bewältigung einer Pandemie nützlichen Informationen sinnvoll und verständlich veröffentlichen zu können.

Position santésuisse

Die aktuelle Coronakrise zeigt auf, dass bezüglich Datenmanagement im Speziellen und Digitalisierung im Allgemeinen ein grosser Nachholbedarf im Schweizer Gesundheitswesen besteht. Für eine optimale Entscheidungsgrundlage sind zuverlässige Daten inkl. digitale Prozesse unabdingbar. Bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die Schweiz ein Entwicklungsland. Es geht um eine umfassende digitale Vernetzung sämtlicher Gesundheitsakteure. Die Digitalisierungsbemühungen sind integral anzupacken.

Dabei ist die vorliegende Motion eine sinnvolle Ergänzung zu anderen bereits überwiesenen Vorstössen, wonach erhobene Daten verschiedener Anbietern verknüpft werden sollen. So sollen die im Rahmen einer Pandemie gemachten Erfahrungen und Auswirkungen verschiedener therapeutischer Ansätze zusammengetragen und analysiert werden. Hierzu sollen Fachexperten von unterschiedlichen Institutionen zusammenarbeiten. santésuisse weist darauf hin, dass auch die SASIS AG als sehr erfahrener und innovativer Datenlogistiker für das Gesundheitswesen unbedingt für die vorgesehenen Arbeiten berücksichtigt werden soll.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

19.3130 Mo. Hess Lorenz. Elektronisches Patientendossier. Verbreitung mit alternativen Versicherungsmodellen fördern

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, in den einschlägigen Gesetzen zu gewährleisten, dass das elektronische Patientendossier (EPD) ein Vertragsbestandteil von alternativen Versicherungsmodellen innerhalb des Krankenversicherungsgesetzes sein kann.

Position santésuisse

Beim EPD sind qualitative Verbesserungen und Effizienzgewinne zu erhoffen (rascher Überblick über Krankengeschichte bei Notlagen, weniger teure Doppeluntersuchungen), sofern dieses möglichst flächendeckend angewendet wird. Da die Freiwilligkeit bezüglich EPD aufseiten der Versicherten im Standard- und in anderen Versicherungsmodellen weiterhin gewährleistet ist, unterstützt santésuisse die Intention der Motion

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

21.4374 Mo. Nationalrat (Silberschmidt). Einführung einer digitalen Patientenadministration

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, alle betroffenen Gesetze dahingehend anzupassen, dass die Prozesse rund um die Patientenadministration für alle involvierten Parteien der ambulanten und stationären Versorgungsbereichen im Sinne eines virtuellen Schweizer Gesundheitsnetzes digital abgewickelt werden können (Spital, Langzeit, Spitex, Praxen, Apotheken, etc.).

Position santésuisse

santésuisse begrüsst das Anliegen des Motionärs. Mit der vorgeschlagenen Vereinfachung der Patientenadministration kann die Zusammenarbeit der involvierten Akteure verbessert und allgemein Effizienzsteigerungen erzielt werden. Wichtig ist, dass möglichst eine schweizweite Regelung gefunden werden kann, damit es nicht zu einem Flickenteppich kommt.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

21.4313 Mo. Dobler. Schaffung eines elektronischen Impfausweises

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, die Einführung eines elektronischen Impfausweises kompatibel mit dem elektronischen Patientendossier (EPD) zu realisieren. Dieser Ausweis, der als Ersatzlösung der Online-Plattform meineimpfungen.ch dienen soll, ist freiwillig und soll im medizinischen oder behördlichen Kontext verwendet werden können, wie der bisherige Papierschein. Der Halter des Ausweises soll seine Impfungen auch in einer App verwalten können. Aufgrund der Erfahrungen von meineimpfungen.ch, ist bei der Umsetzung einer neuen Lösung der Datenschutz und die Sicherheit zentral.

Position santésuisse

Es ist sinnvoll, mittels eines elektronischen Impfausweises die digitale Aufbewahrung der verschlüsselten Impfdaten von Bürgerinnen und Bürgern an einem sicheren, überall und jederzeit zugänglichen Ort zu ermöglichen. Damit soll die derzeitige Aufbruchstimmung bei der Digitalisierung genutzt werden, eine innovative und zukunftsgerichtete Lösung im Gesundheitswesen vorantreiben zu können.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

21.4373 Mo. Nationalrat (Silberschmidt) Einführung eines eindeutigen Patientenidentifikators

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, alle betroffenen Gesetze dahingehend anzupassen, dass ein eindeutiger digitaler Patienten-Identifikator ("Master-Patienten-Nummer") erstellt und von allen Partnern im Gesundheitswesen in der Kommunikation eingesetzt werden kann (Leistungserbringer, Versicherungen, etc.).

Position santésuisse

santésuisse unterstützt die vorliegende Motion. Auf der Ebene des Bundes und der Kantone sowie bei den Akteuren im Gesundheitswesen sind die entsprechenden organisatorischen, rechtlichen und technischen Grundlagen zu schaffen, um die Identifikation der Akteure zuverlässig und vollständig zu ermöglichen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 20. September

22.3859 Mo. Ettlín Eríh. Masterplan zur digitalen Transformation im Gesundheitswesen, Nutzung von gesetzlichen Standards und bestehenden Daten

Eingereichter Text

1. Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament zur Umsetzung der Motion Ettlín [21.3957](#) "Digitale Transformation im Gesundheitswesen. Rückstand endlich aufholen!" einen konkreten Masterplan vorzulegen, der die zeitlichen und inhaltlichen Digitalisierungsziele verlässlich darlegt und aufzeigt, wie sie erreicht werden sollen. Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind dabei die gesetzlich festgelegten, einheitlichen Standards und bestehenden Datenbanken zu nutzen und weiter zu entwickeln, sofern sie nicht gewinnorientiert oder staatlich beaufsichtigt sind. Der Bundesrat erstattet dem Parlament jährlich Bericht über den Stand der digitalen Transformation im Gesundheitswesen.
2. Der Bundesrat wird zudem beauftragt, die SMVS-Daten (Swiss Medicines Verification System) für das digitale Management von Versorgungsempfängern bei Humanarzneimitteln zu nutzen und dafür eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Damit der SMVS-Datensatz immer vollständig und verlässlich ist, muss der Bundesrat in der Verordnung über die individuellen Erkennungsmerkmale und Sicherheitsvorrichtungen auf der Verpackung von Humanarzneimitteln das Anbringen und die Überprüfung der Sicherheitsmerkmale und -vorrichtungen - gleich wie in der EU - obligatorisch erklären.

Position santésuisse

Die aktuelle Coronakrise zeigt auf, dass bezüglich Datenmanagement im Speziellen und Digitalisierung im Allgemeinen ein grosser Nachholbedarf im Schweizer Gesundheitswesen besteht. Für eine optimale Entscheidungsgrundlage sind zuverlässige Daten inkl. digitale Prozesse unabdingbar. Bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die Schweiz mehr oder weniger ein Entwicklungsland. Im Zusammenhang mit der angenommenen Motion 21.3957 ist es daher sinnvoll, eine massvolle und zielgenaue Planung in Angriff zu nehmen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 22. September

19.4134 Mo. Herzog. Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Eingereichter Text

1. Der Bund gibt periodisch eine spezifische Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Auftrag. Der volkswirtschaftliche Nutzen der Kinder- und Jugendmedizin ist zu evaluieren.
2. Das Bundesamt für Gesundheit erstellt periodisch Bericht über die Entwicklung des Versorgungsstandes in der Kinder- und Jugendmedizin pro Kanton im ambulanten und stationären Bereich sowohl bezüglich Grundversorgern als auch bezüglich aller weiteren Fachdisziplinen.
3. Der Bund unterstützt die Kantone im Rahmen seiner Kompetenzen beim Festlegen von Massnahmen, um die Unterversorgung mittelfristig abzubauen und langfristig zu verhindern.

Position santésuisse

Aufgrund der in den letzten Jahren erzielten Verbesserung der Datengrundlage können zukünftig Empfehlungen für die verschiedenen Akteure ausgearbeitet werden. Davon kann auch die Kinder- und Jugendmedizin profitieren. Der Bund kann dadurch auch die Kantone besser bei der Planung des Bedarfs unterstützen. Weitere Massnahmen zur Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin sind zudem Gegenstand von diversen hängigen Projekten. Zudem ist es Sache der Kantone, mittels neuer Zulassungssteuerung ihren Versorgungsaufgaben nachzukommen. Es besteht daher kein akuter Handlungsbedarf.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 26. September

21.067 Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag

Inhalt der Vorlage

Die eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» wurde am 10. März 2020 von der Mitte-Partei eingereicht. Die Initiative möchte Artikel 117 der Bundesverfassung so ergänzen, dass der Bundesrat eine Kostenbremse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) einführt und in Zusammenarbeit mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern dafür sorgt, dass sich die Kosten der OKP entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickeln.

Der Bundesrat beantragt den eidgenössischen Räten, die Initiative abzulehnen, legt aber mit dem Vorschlag zur Einführung einer Zielvorgabe einen indirekten Gegenvorschlag vor. Dessen Ziel ist es, die Transparenz in Bezug auf das medizinisch gerechtfertigte Wachstum der Kosten der OKP zu stärken und auf diese Weise den Anstieg der von den Versicherten bezahlten Prämien zu begrenzen. Vorgesehen ist die Einführung einer Zielvorgabe für das maximale Kostenwachstum in der OKP. Der Bundesrat und anschliessend die einzelnen Kantone sollen ausgehend vom medizinischen Bedarf einen Prozentsatz für die maximale Entwicklung der Kosten der OKP im Vergleich zum Vorjahr festlegen (Kostenziel). Für gewisse Kostenblöcke soll allein der Bundesrat für die Festlegung der Kostenziele zuständig sein. Dies betrifft namentlich Arzneimittel, Analysen sowie Mittel und Gegenstände.

Position und Empfehlungen santésuisse

Zur Initiative:

santésuisse unterstützt Massnahmen, die im Interesse der Prämienzahler sind, die Behandlungsqualität erhöhen und geeignet sind, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen. Allerdings ist die Umsetzung einer Kostenbremse gemäss Initiative in der Praxis kaum lösbar. Eine Kostensteuerung sollte grundsätzlich mit einem bottom up- statt einem top down-Ansatz umgesetzt werden. Dazu sind Massnahmen der Tarifpartner zentral und es braucht eine konsequente Umsetzung der kürzlich beschlossenen Massnahmen wie die ambulante Zulassungssteuerung oder die Bestimmungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit. Zudem fehlen weiterhin griffige Massnahmen zu den stark überteuerten Generika.

Zum indirekten Gegenvorschlag:

- santésuisse unterstützt einen indirekten Gegenvorschlag, der die Fehl- und Überversorgung effektiv angeht. Gemäss Studien im Auftrag des BAG sind knapp 20 Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen unnötig. Hier soll der indirekte Gegenvorschlag ansetzen.
- santésuisse lehnt die Kostenziele in der vom Bundesrat vorgeschlagenen Ausgestaltung ab. Diese lässt diverse Fragen offen. Namentlich ist unklar, wie das Kostenwachstum nachhaltig gebremst werden könnte oder wie die tarifpartnerschaftliche Umsetzung aussehen würde. Auch könnte der Vorschlag des Bundesrats die Rolle der Tarifpartner schwächen. Das beschriebene

Verfahren ist kompliziert, zudem sind die Kompetenzen und die Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit nicht geregelt. Unklar ist im vorgeschlagenen Modell auch, wie die Leistungserbringer diese Ziele konkret umsetzen sollen.

- Die durch den Nationalrat in der Sommersession verabschiedeten Kosten- und Qualitätsziele (Art. 54 E-KVG) schaffen primär Transparenz und ein gewisses Kostenbewusstsein. Die Installation einer Eidgenössischen Kommission für das Kosten- und Qualitätsmonitoring kann dieses Bewusstsein noch stärken. Die Kosten- und Qualitätsziele gelten für eine Periode von vier Jahren und sehen keine konkreten Massnahmen bei Nichterreichung vor. Das Kostenwachstum kann alleine mit den vorgesehenen Kosten- und Qualitätsmassnahmen nicht gebremst werden. Deshalb erachtet santésuisse eine Umsetzung auf Tarifebene gemäss Art. 47c E-KVG als sinnvolle und notwendige Ergänzung (vgl. Geschäft 19.046). Tarifpartnerschaftlich verhandelte Kostensteuerungsmassnahmen sind denn auch globalen Zielvorgaben vorzuziehen: Kostensteuerungselemente sollen zum festen Bestandteil von Tarifverträgen werden. Dabei sind diese nach Möglichkeit auf kantonaler Ebene anzusiedeln, damit die Massnahmen möglichst gezielt dort angesetzt werden können, wo unerklärbares Mengenwachstum entsteht. In gesamtschweizerischen Verträgen wären dagegen sinnvollerweise ausschliesslich gemeinsame Grundsätze bezüglich dem Kostenmonitoring und möglichen Massnahmen zu bestimmen.

Die weiteren Massnahmen sind grösstenteils zu wenig griffig oder lassen bei der Umsetzung noch Fragen offen. *Hierzu nimmt santésuisse wie folgt Stellung:*

Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
1.	Art. 32 Abs. 3 E-KVG Voraussetzungen	Annehmen mit Änderungsvorschlag	Leistungen, die nicht oder nicht mehr den WZW-Prinzipien entsprechen, sollen anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden. Allerdings enthält die Formulierung keine verbindlichen Massnahmen. Konsequenterweise müssten entsprechende Leistungen aus dem OKP-Katalog gestrichen werden, sonst bleibt der Effekt aus.
2.	Art. 37a Abs. 1-3 E-KVG Laboratorien: Besondere Voraussetzungen	Annehmen	Die Einführung der Vertragsfreiheit bei den Laboranalysen ist zu unterstützen. Die Formulierung ist dahingehend noch zu ergänzen, wonach die Versicherten im Vorfeld einer diagnostischen Behandlung wissen müssen, welche der Kosten der Laboranalysen weiterhin von der OKP übernommen werden.
3.	Art. 45 Abs. 2 E-KVG Sicherung der medizinischen Versorgung	Annehmen	Der neue Absatz steht im Zusammenhang mit der beabsichtigten Möglichkeit für die Krankenversicherer, neu die Leistungen der Analysen mit den Laboren aushandeln zu können. Es handelt sich um eine Art Sicherung für die Gewährleistung der Versorgung. Die neue Bestimmung hat allerdings nichts mit kostendämpfenden Massnahmen zu tun.
4.	Art. 46 4bis und 4ter E-KVG Tarifvertrag	Ablehnen	Die Massnahme hat mit Kostendämpfung kaum was zu tun. Zudem ist die gewählte Frist willkürlich. Im schlimmsten Fall tritt ein Tarifvertrag in Kraft, ohne dass dieser seriös von der Genehmigungsbehörde geprüft wurde. Der

Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
			Vorschlag würde demnach auch die Genehmigungsbehörde übersteuern und schwächen
5.	Art. 46a Abs. 3 Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt	Annehmen	Leistungen, die übertarifiert sind, können Fehlansätze auslösen. Die Massnahme ersetzt die Schaffung neuer moderner Tarife nicht, kann in der Übergangsphase aber eine gewisse Korrektur herbeiführen.
6.	Art. 54, 54a-e E-KVG Kosten- und Qualitätsziele	Annehmen	Kosten- und Qualitätsziele schaffen grundsätzlich Transparenz. Und sie sind eine Notwendigkeit für die Erklärung im Falle von Überschreitungen. Ansonsten vgl. obige Ausführungen
7.	Art. 56 Abs. 5 E-KVG Wirtschaftlichkeit der Leistungen	Annehmen	Die Ergänzung "zweckmässiger Einsatz" könnte unnötige Leistungen (bspw. Doppelanalysen) begrenzen. Dies kann kostendämpfend wirken.
8.	II Übergangsbestimmungen	Annehmen	Anbetracht der steigenden Gesundheitskosten im vergangenen und in diesem Jahr ist für das Jahr 2023 mit stark steigenden Prämien zu rechnen. Daher sind kostendämpfende Sofortmassnahmen unumgänglich.

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag. Änderungs- und Detailempfehlungen beachten (vgl. oben)

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 26. September

21.063 Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien. (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag

Inhalt der Vorlage

Die Initiative verlangt, dass keine versicherte Person mehr als 10 % ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlen muss. Um dies zu erreichen, sollen Bund und Kantone mehr zur Prämienverbilligung beitragen. Der Bund soll mindestens zwei Drittel der Kosten tragen, die Kantone den Rest. Der Bundesrat lehnt die Initiative ab. Diese verlangt, dass der Bund den überwiegenden Teil der Prämienverbilligungen trägt, obschon die Gesundheitskosten stark von kantonalen Entscheiden beeinflusst sind, beispielsweise bei der Spitalplanung. Zudem berücksichtigt die Initiative lediglich die Prämienfinanzierung und enthält keine Anreize zur Eindämmung der Gesundheitskosten. In seiner Botschaft ans Parlament anerkennt der Bundesrat das Problem der Belastung der Schweizer Haushalte durch die Krankenversicherungsprämien. Er weist auch darauf hin, dass in den vergangenen Jahren gewisse Kantone ihren Beitrag an die Prämienverbilligungen nicht im gleichen Masse erhöht haben wie der Bund, und dies trotz der stetig wachsenden Gesundheitskosten. Der indirekte Gegenvorschlag sieht vor, dass jeder Kanton einen Beitrag zur Prämienverbilligung leistet, der einem Mindestprozentsatz der Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) der Versicherten, die in diesem Kanton wohnen, entspricht. Dieser Prozentsatz wird davon abhängen, wie stark die Prämien nach der Verbilligung die Einkommen der 40 Prozent der Versicherten mit den tiefsten Einkommen belasten. Der bereits von den Kosten abhängige Bundesbeitrag würde unverändert bleiben.

Position santésuisse

santésuisse lehnt die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP ab und unterstützt im Grundsatz den indirekten Gegenvorschlag des Bundesrates. santésuisse teilt die Auffassung der Initianten und des Bundesrates, dass die Prämienlast laufend steigt und für viele Haushalte zu einer immer grösseren Belastung führt. santésuisse teilt auch die Einschätzung, wonach viele Kantone ihre Verantwortung bei der Prämienverbilligung in den vergangenen Jahren zu wenig wahrgenommen haben. Um diese Fehlentwicklung zu korrigieren, eignet sich der indirekte Gegenvorschlag des Bundesrates vergleichsweise besser. Der Mitteleinsatz ist zielgerichteter. Es müssen diejenigen Kantone mehr IPV-Mittel aufwenden, bei denen die Prämienbelastungen am höchsten ist. Des Weiteren kann der kantonale Beitrag als Prozentsatz der OKP-Bruttokosten den Anreiz schaffen, vermehrt Massnahmen zur Eindämmung der Gesundheitskosten zu ergreifen, wobei dieser Anreiz mit der Erhöhung der IPV-Mittel um rund 2 Mrd. Franken gemäss dem Beschluss des Nationalrates zumindest teilweise verpuffen könnte. Auch fallen die finanziellen Auswirkungen zulasten der Kantone bzw. Steuerzahler im Vergleich zur Bundesrats-Variante deutlich höher, gegenüber der Initiative aber deutlich tiefer aus. Aus Sicht von santésuisse lösen die zusätzlichen finanziellen Mittel das Grundsatzproblem der steigenden Gesundheitskosten nicht. Hierfür eignen sich die Kostendämpfungspakete des Bundesrates, der indirekte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative und die konsequente Umsetzung der bereits beschlossenen Massnahmen wie zum Beispiel die Zulassungssteuerung.



santésuisse

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch



Ständerat, 26. September

22.3802 Mo. Carobbio Guscelli. Kaufkraft schützen. Abfederung des Prämienschocks 2023 durch sofortige Erhöhung des Bundesbeitrages an die individuelle Prämienerrhöhung

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, mit einem dringlichen, zeitlich auf ein Jahr befristeten Bundesbeschluss den Beitrag des Bundes an die Individuelle Prämienverbilligung (IPV) für das Jahr 2023 um 30 Prozent zu erhöhen. Der zusätzliche Betrag wird an die Kantone unter der Voraussetzung ausgerichtet, dass sie ihren Beitrag nicht reduzieren.

Position santésuisse

santésuisse teilt die Auffassung, dass die Prämienlast laufend steigt und für viele Haushalte zu einer immer grösseren Belastung führt. Und dies insbesondere in der heutigen Krisen-Situation mit allgemein steigenden Preisen. Ebenso ist für 2023 mit stark steigenden Prämien zu rechnen. Zudem haben gewisse Kantone ihre Beiträge sukzessive reduziert. Das Parlament ist denn auch daran, die Prämienbeiträge der Kantone im Rahmen der Prämientlastungs-Initiative substantiell zu erhöhen. Allerdings ist der vorliegende Lösungsvorschlag wie auch die Initiative reine Symptombekämpfung. Aus Sicht von santésuisse lösen die zusätzlichen finanziellen Mittel das Grundsatzproblem der steigenden Gesundheitskosten nicht. Hierfür eignen sich vergleichsweise besser die Kostendämpfungspakete des Bundesrates, der indirekte Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative und die konsequente Umsetzung der bereits beschlossenen Massnahmen.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Manuel Ackermann, santésuisse Bern, 078 829 12 34, manuel.ackermann@santesuisse.ch