



Vorschau Sommersession 30. Mai bis 17. Juni 2022

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Nationalrat

Datum	Geschäft	Empfehlung santésuisse	Seite
Di, 31. Mai Mi, 1. Juni	21.067 Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag	Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag	4-5
Mi, 1. Juni	21.3978 Mo. Ständerat (SGK-SR). Für eine nachhaltige Finanzierung von Public Health-Projekten des nationalen Konzepts seltene Krankheiten	Annehmen	6
Do, 9. Juni	20.301 Kt. Iv. Tessin. Für gerechte und angemessene Reserven. Rückerstattung übermässiger Reserven in der Krankenversicherung	Keine Folge geben	7-8

Die übrigen praktisch gleichlautenden 4 Standesinitiativen (Genf, Jura, Fribourg und Neuenburg) lehnt santésuisse aus den gleichen Gründen ab und empfiehlt, diesen keine Folge zu geben.

Mi, 15. Juni Do, 16. Juni	21.063 Maximal 10% des Einkommens für die Krankenkassenprämien. (Prämien-Entlastungs-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag	Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag	9
------------------------------	--	---	-------------------

Ergänzung Tagesordnung: Parl. Vorstösse in Kategorie IV (EDI)

Geschäft	Empfehlung	Kurzbeurteilung
<p>20.3437 Mo. Mäder. Rasche Einigung der Tarifpartner bezüglich der Covid-19-Gesundheitskosten</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Die Corona-Pandemie hat die Akteure im Gesundheitswesen stark gefordert. Gerade zu Beginn der Pandemie war die Finanzierungs- bzw. Kostenübernahmefrage von unterschiedlichen Gesundheitsleistungen der OKP teilweise unklar und musste im Dialog gelöst werden. Dies betraf bspw. die Corona-Tests, die Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen auf Distanz oder ab einem späteren Zeitpunkt die Kostenklärung bei der Impfung. Bei diesen Fragen konnte jeweils eine Lösung gefunden werden. Es besteht aus Sicht von santésuisse zumindest derzeit kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.</p>
<p>20.3536 Mo. Hurni. Elektronisches Patientendossier. Kompetenzen der Patientinnen und Patienten fördern</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Aktuell ist das EPD technisch und finanziell nicht dort, wo es sein müsste. Richtigerweise hat der Bundesrat entschieden, das EPD auf eine neue Grundlage zu stellen. Konkret bedarf das heutige EPD-System einer starken Korrektur. So soll das EPD praxistauglicher und einer klar erkennbaren Nutzen für die einzelne Person darstellen. Auch soll die Finanzierung nachhaltig gesichert werden. Im Rahmen dieser Überarbeitung ist auch eine Stärkung der Kompetenzen des Patienten vorgesehen.</p>
<p>20.3518 Po. Hurni. Telemedizin. Standortbestimmung und Perspektiven</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Im Zusammenhang mit der Pandemie wurde die Telemedizin verstärkt in Anspruch genommen. Die Krankenversicherer zeigten sich dabei flexibel und pragmatisch, was die Abgeltung betrifft. Die Erbringung von telemedizinischen Leistungen kann derzeit bereits in Tarifen zwischen den Leistungserbringern und Krankenversicherer vereinbart werden. Weitere Abklärungen im Sinne eines Berichts sind nicht notwendig.</p>
<p>20.3770 Mo. Sauter. Einführung eines E-Rezepts</p>	<p>Annehmen</p>	<p>Im Zuge der Neuauflage des EPD soll auch das Thema E-Rezept mitberücksichtigt werden. So können verstärkt das Risiko von Fehlmedikationen reduziert und nachgelagerte Folgekosten verhindert werden.</p>



Ergänzung zur Tagesordnung: Parlamentarische Initiativen 1. Phase

Geschäft	Empfehlung	Kurzbeurteilung
<p>21.418 Pa. Iv. Glarner. Endlich die Effizienz der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz steigern!</p>	<p>Folge geben</p>	<p>Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wird durch Steuer- und Prämiegelder finanziert. Aus Sicht von santésuisse ist insbesondere der Einsatz der Prämiegelder von Interesse und dieser soll möglichst zielgerichtet und effizient erfolgen. Auch wenn die starre Definition von Effizienzkriterien auf Gesetzesstufe eher fragwürdig ist, stimmt santésuisse dem Anliegen im Grundsatz zu. Damit wird für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz einerseits und für die Geldgeber andererseits ein wichtiges Signal abgegeben.</p>



Nationalrat, Dienstag 31. Mai/Mittwoch 1. Juni

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 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 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 noch Massnahmen zu den stark überbeurteilten Medikamenten.

Zum indirekten Gegenvorschlag:

santésuisse lehnt Kostenziele in der aktuell diskutierten Fassung ab. Aus dem Vorschlag wird nicht ersichtlich, wie damit das Kostenwachstum nachhaltig gebremst werden soll. Ein Kostenziel ist kaum vernünftig umsetzbar. Auch kann der Vorschlag 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 und was passiert, wenn die Ziele nicht eingehalten werden (fehlende Sanktionsmöglichkeiten).

Hingegen befürwortet santésuisse einen indirekten Gegenvorschlag, der die Fehl- und Überversorgung angeht. Das Bundesamt für Gesundheit erachtet gemäss verschiedener Studien knapp 20



Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen für unnötig. Die Änderungsvorschläge der Kommission gehen grundsätzlich in die richtige Richtung. Daher unterstützt santésuisse im Grundsatz die Mehrheits-Anträge. Die einzelnen Massnahmen sind hingegen zu unverbindlich und zu wenig konsequent. Wie die Kostenentwicklung mit diesen Massnahmen gedämpft werden soll, ist nicht ersichtlich.

Dies betrifft bspw. Art. 32 E-KVG, wonach Leistungen, die nicht oder nicht mehr den WZW-Prinzipien entsprechen, anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden sollen. Konsequenterweise müssten diese Leistungen aus dem OKP-Katalog gestrichen werden, sonst bleibt der Effekt aus.

Der indirekte Gegenvorschlag ist im Zweitrat entsprechend noch substantiell zu verbessern. Zudem ist die Kostensteuerung in den Tarifverträgen im Sinne eines bottom up-Ansatzes und als Alternative zu den globalen Kostenzielen in den kommenden Diskussionen miteinzubeziehen.

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag

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



Nationalrat, Mittwoch, 1. Juni

21.3978 Mo. Ständerat (SGK-SR). Für eine nachhaltige Finanzierung von Public Health-Projekten des nationalen Konzepts seltene Krankheiten

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um die Umsetzung der Massnahmen des nationalen Konzepts seltene Krankheiten durch die beteiligten Organisationen des Gesundheitswesens nachhaltig zu sichern. Diese Rechtsgrundlage soll Finanzierungsinstrumente vor allem für Aktivitäten der Koordination und des Aufbaus von Angeboten für seltene Krankheiten, deren Anerkennung, der Qualitätsförderung, der Dokumentation sowie der Beratung und Information beinhalten und ein schweizweites Register für seltene Krankheiten langfristig finanzieren.

Bei der Ausarbeitung der Vorlage stimmt sich der Bundesrat mit den Kantonen ab.

Position santésuisse

Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten, die aufgrund von fehlenden Diagnosen falsch behandelt werden, verursachen unnötige Leistungen und Kosten. Der einfache Zugang zu den richtigen Angeboten trägt dazu bei, dass Patienten korrekt behandelt werden. Dies führt zu einer verbesserten Effizienz des Schweizerischen Gesundheitssystems. Bund und Kantone sind primär für die Public Health-Aufgaben inkl. Finanzierung zuständig.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

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



Nationalrat, Donnerstag, 9. Juni

20.301 Kt. Iv. Tessin. Für gerechte und angemessene Reserven. Rückerstattung übermässiger Reserven in der Krankenversicherung

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 Prämienschock 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 5,1 Prozent gestiegen sind (bereinigt um Corona-Sondereffekte) und auch für 2022 mit steigenden Ausgaben zu rechnen ist. Die bisher sehr gute Reserven-Situation wird sich voraussichtlich 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 Prämien überschüsse immer sofort ausgeglichen werden, müsste dies auch für die Kosten überschüsse gelten.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

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



Nationalrat, Mittwoch, 15. Juni/Donnerstag 16. Juni

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 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 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. Auch fallen die finanziellen Auswirkungen zulasten der Kantone bzw. Steuerzahler im Vergleich zur Initiative deutlich moderater aus. Allerdings lösen die zusätzlichen finanziellen Mittel das Grundsatzproblem der steigenden Gesundheitskosten nicht. Hierfür eignen sich die Kostendämpfungspakete des Bundesrates und die konsequente Umsetzung der bereits beschlossenen Massnahmen wie zum Beispiel die Zulassungssteuerung.

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung zum indirekten Gegenvorschlag

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