



Vorschau Wintersession 2018

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Ständerat

Datum	Vorlage	Empfehlung santésuisse	Seite
27. Nov. 2018	16.065 ELG. Änderung (Differenzen)	Anrechenbare Krankenkassenprämien Art. 10 Abs. 3 lit. d: SR folgen	3
27. Nov. 2018	18.440 Pa.lv. SGK-NR. Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Art. 55a KVG	Zustimmung zum Entwurf der Kommission. Befristete Lösung bis Juni 2021 verlängern	4
13. Dez. 2018	15.4231 Mo. Brand. Masterplan für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030	Annehmen	5
13. Dez. 2018	17.3827 Mo. Humbel. Pilotversuche im KVG	Annehmen	6
13. Dez. 2018	17.3828 Mo. Humbel. Differenziertes Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel	Annehmen	7
13. Dez. 2018	17.3974 Mo. SGK-NR. Schadenprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen	Annehmen	8
13. Dez. 2018	18.4091 Mo. SGK-SR. Krankenkassen: Verbindliche Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und Qualitätssicherung 17.3956 Mo. Birrer-Heimo. Keine unverhältnismässigen Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung 18.305 Kt.lv. SG. Keine Prämiegelder für Vermittlungsprovisionen	Annehmen mit Änderung Ablehnen Ablehnen	9
13. Dez. 2018	18.3713 Mo. SGK-SR. Aktuelle Einteilung der Prämienregionen beibehalten 16.4083 Mo. Germann. Krankenversicherung. An bewährten Prämienregionen festhalten	Annehmen Annehmen	10 11



13. Dez. 2018	18.4079 Mo. Ettlin. Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen	Ablehnen	12
13. Dez. 2018	16.411 Pa.Iv. Eder. Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung (Fristverlängerung)	Fristverlängerung gewähren	13



Ständerat, Dienstag 27. November 2018

16.065 ELG. Änderung (Differenzen)

Inhalt der Vorlage

Die vorliegende Revision bezweckt die Optimierung des bestehenden EL-Systems. Insbesondere sollen damit die Verwendung von Eigenmitteln für die Altersvorsorge verbessert sowie unerwünschte Schwelleneffekte reduziert werden. Um eine Leistungsverschiebung in die Sozialhilfe und damit eine finanzielle Mehrbelastung der Kantone zu verhindern, soll das EL-Niveau mit der vorliegenden Reform grundsätzlich erhalten bleiben.

Position santésuisse

Bei den anerkannten Ausgaben (Art. 10 Abs. 3 lit. d) schlägt der Bundesrat vor, dass der jährliche Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie (inkl. Unfalldeckung) entsprechen soll. Der Ständerat hat hingegen im Sommer 2017 entschieden, dass dieser Betrag der Prämie des drittgünstigsten Krankenversicherers im Kanton bzw. in der Region entsprechen soll und der Nationalrat entschied sich in der Frühjahrsession 2018 für die «massgebende Prämie des kantonalen Rechts». Es wäre dann möglich, dass die Kantone unter allgemeinem Spardruck die «günstigste Prämie» eines Versicherers für die Anrechenbarkeit in ihrem Kanton festlegen würden. Diese beiden Entscheide hat der **Ständerat in der Sommersession 2018** zurecht korrigiert: Angerechnet werden soll der jährliche Pauschalbetrag in der Höhe der kantonalen bzw. regionalen Durchschnittsprämie (inkl. Unfalldeckung), höchstens jedoch die tatsächliche Prämie. Dadurch werden stossende Überkompensationen vermieden, ohne dass der obligatorischen Krankenversicherung wegen zu vielen erzwungenen Wechsels eine Destabilisierung droht.

Die früheren Entscheide (SR in der Sommersession 2017; NR in der Frühjahrsession 2018) waren aus folgenden Gründen nicht sachgerecht:

1. Was bei isoliertem Blick auf Sparbemühungen nachvollzogen werden kann, widerspricht dem impliziten KVG-Ziel, dass Versicherte den Krankenversicherer frei wählen können.
2. Bei rund 300'000 EL-Bezüglern dürfte eine Flut von erzwungenen Kassenwechseln ausgelöst werden, die anhalten würde, weil in den Folgejahren nicht immer dieselben Krankenversicherer zu den günstigsten im Kanton oder in der Region gehören würden.
3. Wären kleine und kleinste Krankenkassen unter den drei günstigsten im Kanton, bestünde das Risiko, dass diese die künstlich forcierten Wechsel zu Hunderten oder Tausenden nicht bewältigen könnten. Gründe wären u.a. fehlende Reserven und administrative Engpässe.
4. Die Folgen wären erhebliche Marktverzerrungen und eine Destabilisierung der Krankenversicherung gewesen.

Zusammenfassend

- Die früheren Entscheide des Ständerates (Sommersession 2017) und des Nationalrates (Frühjahrsession 2018) zu den anrechenbaren Pauschalbeträgen würden in der Krankenversicherung eine destabilisierende Wirkung entfalten, zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führen und die freie Wahl der Versicherten über Gebühr einschränken.
- santésuisse empfiehlt, dem neuen Entscheid des Ständerates in der Sommersession 2018 zu folgen. Indem maximal die kantonale Durchschnittsprämie, höchstens aber die effektive Prämie angerechnet wird, werden stossende Überkompensationen vermieden, ohne dass der obligatorischen Krankenversicherung wegen zu vielen erzwungenen Wechsels eine Destabilisierung droht.

Empfehlung santésuisse:

Anrechenbare Krankenkassenprämien Art. 10 Abs. 3 lit. d: SR folgen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Dienstag 27. November 2018

18.440 Pa.Iv. SGK-NR. Befristete Verlängerung der Zulassungsbeschränkung nach Art. 55a KVG

Inhalt der Vorlage

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates beschliesst, eine Kommissionsinitiative zu ergreifen, um die Geltungsdauer der Zulassungsbeschränkung für Ärzte und Ärztinnen nach Artikel 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) um weitere 2 Jahre bis zum 30. Juni 2021 zu verlängern.

Position santésuisse

Bekannterweise stand und steht santésuisse der bisherigen bedarfsabhängigen Zulassungssteuerung kritisch gegenüber. Nun hat sich die Ausgangslage insofern verändert, dass mit der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen eine Vorlage erarbeitet wird, die politisch mit der Zulassungssteuerung verbunden werden muss und welche die neuen Kompetenzen der Kantone in einem anderen Licht erscheinen lässt: Wer mitbezahlen soll, soll auch mitentscheiden dürfen.

Um die beiden genannten Vorlagen ausgewogen und gesetzgeberisch sorgfältig behandeln zu können, reicht die Zeit bis zum Auslaufen des «vermeintlich letzten befristeten Zulassungsstopps» Ende Juni 2019 nicht. Es ist deshalb angezeigt, die befristete Lösung um weitere zwei Jahre zu verlängern.

Empfehlung santésuisse

- Die befristete Zulassungssteuerung läuft am 30. Juni 2019 aus.
- Um die definitive Nachfolgelösung und die damit verbundene Vorlage der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen gesetzgeberisch umfassend und sorgfältig behandeln zu können, sollte der befristete Zulassungsstopp um zwei Jahre verlängert werden.

Empfehlung santésuisse:

Zustimmung zum Entwurf der Kommission. Befristete Lösung bis Juni 2021 verlängern

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch

Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

15.4231 Mo. Brand. Masterplan für eine bezahlbare Krankenversicherung 2030

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament bis spätestens Mitte 2017 einen Bericht und Masterplan für die langfristige Finanzierbarkeit einer qualitativ hochstehenden obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit folgenden Schwerpunkten und Zielen vorzulegen. Schwerpunkte des Masterplans:

1. begründete Szenarien für die Kosten- und Prämienentwicklung der OKP bis ins Jahr 2030 in Berücksichtigung unterschiedlicher Prognosen zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (BIP, Löhne, Preise, Renten) sowie der demografischen Entwicklung der Schweizer Bevölkerung für denselben Zeitraum;
2. konkrete Massnahmen, wie die von Experten geschätzten Effizienzgewinne von bis zu 20 Prozent der Kosten des Gesundheitswesens ohne Qualitätseinbussen realisiert werden können;
3. konkrete Massnahmen zur Stärkung des regulierten Wettbewerbs, inklusive des Qualitäts- und Preiswettbewerbs der Leistungserbringer in allen Bereichen der OKP;
4. konkrete Massnahmen zur Flexibilisierung der vertraglichen Rahmenbedingungen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern (Lockerung des Vertragszwangs);
5. konkrete Vorschläge zur Stärkung der Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten;
6. konkrete Vorschläge zur langfristigen Finanzierung des Pflegebereichs.

Ziele des Masterplans:

- Eindämmung der permanent übermässigen Kostenentwicklung der OKP;
- Realisierung der möglichen Effizienzgewinne in der OKP;
- Vermeidung von Über- und Fehlversorgung sowie Mengenausweitung zulasten der OKP;
- Stärkung der Eigenverantwortung in Berücksichtigung der solidarischen Grundkonzeption der OKP;
- Behebung der aktuellen Fehlanreize bei den Finanzströmen der OKP.

Position santésuisse

Wird der langjährige Trend des Kostenwachstums nicht aktiv durchbrochen, verdoppeln sich die Kosten der Krankenversicherung in 20 Jahren erneut. Dabei sind die künftig noch höheren Kosten durch die Alterung der Gesellschaft noch gar nicht enthalten. Der finanzielle Kollaps der Krankenversicherung ist klar absehbar, wogegen eine entschiedene Kurskorrektur durch den Bundesrat bzw. das zuständige Departement – welche der Dringlichkeit angemessen ist – nicht auszumachen ist.

Aktuell wird zwar das erste Kostendämpfungspaket des Bundesrates vernehmlos. Aufgrund der Kritik muss aber damit gerechnet werden, dass etliche Massnahmen nicht oder nur teilweise realisiert werden können. Es gilt daher bereits heute für den Fall vorzusorgen, dass das Kostendämpfungspaket teilweise oder ganz scheitert. Andernfalls besteht die Gefahr, dass erneut viele Monate, wenn nicht Jahre vergehen, bis konkrete Schritte unternommen werden können. Daher braucht es auch die Perspektive, was beim Scheitern des Massnahmenpakets und der Weiterentwicklung des bisherigen Regimes ohne wirksame Kostendämpfungsinstrumente passiert. Es wäre fatal, wenn die Gegner der Kosteneindämmung obsiegen und gleichzeitig für lange Zeit damit rechnen könnten, dass als Ersatz keine wirksamen Massnahmen absehbar wären.

Findet aber in den nächsten Jahren eine wirksame Kostendämpfung nicht statt, droht unsere Krankenversicherung über kurz oder lang für die Mehrheit der Bevölkerung unbezahlbar zu werden. Die oberste Verantwortung über die Krankenversicherung, also auch über deren Kosten und Finanzierung trägt unzweifelhaft und ungeteilt der Bund (Art. 117 BV). Der Bundesrat ist folglich gut beraten, parallel zu den lancierten Kostendämpfungsmassnahmen verlässliche Prognosen und Szenarien zur künftigen Entwicklung sowie darauf beruhende, zielgerichtete Massnahmen zu erarbeiten, die alternativ zum Ziel führen.

Die «Gesundheit 2020» beinhaltet zwar einige gute Ansätze, es fehlen aber die verlässlichen Prognosen und Szenarien. Zum Beispiel sollte sich der Bundesrat dazu äussern, wie sich die Anteile der Kostenträger (Bund, Kantone, Krankenversicherer, Patienten) langfristig entwickeln sollen. Weiter sollte der Bundesrat jetzt schon darüber nachdenken, ob und wie allenfalls neue Modelle innerhalb der Krankenversicherung (z.B. konsequentes Gatekeeping; wählbares Naturalleistungsprinzip; Lockerung Vertragszwang; Vertragsfreiheit; etc.) oder ergänzend dazu (z.B. Pflegeversicherung; gebundene, steuerlich begünstigte Pflegevorsorge etc.) geprüft werden müssen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

17.3827 Mo. Humbel. Pilotversuche im KVG

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 dahingehend anzupassen, dass im Rahmen von Pilotversuchen Leistungen von Programmen der Patientensteuerung unter bestimmten Voraussetzungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet werden können.

Solche Projekte sollten aber zwingend die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Zu plausibilisierbaren Kosteneinsparungen führen
- Reversibilität
- Rechtssicherheit und Rechtsstaatlichkeit
- Erhaltung der Leistungsgarantie und des Solidaritätsprinzips
- Befristung der Pilotversuche
- Wissenschaftliche Begleitung
- Einreichung der Pilotvorschläge durch mindestens 2 Partner

Position santésuisse

Der Vorstoss wird von santésuisse im Grundsatz unterstützt und es gelten dieselben Bemerkungen wie bei **18.3387 Mo. SGK-NR. Sinnvolle Patientensteuerungsprogramme im KVG ermöglichen.**

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

17.3828 Mo. Humbel. Differenziertes Preisfestsetzungssystem für Arzneimittel

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird aufgefordert, im Bereich der Spezialitätenliste ein differenziertes Zulassungs- und Preis-system zu implementieren, bei dem neben den Tagestherapiekosten auch die Kosten auf das Gesamtsystem massgeblich in Erwägung gezogen werden. Teure und innovative Arzneimittel mit hoher Prävalenz sind einer systematischen Evaluation zu unterziehen. Demgegenüber sollen Zugangshürden im patentabgelaufenen Bereich abgebaut werden.

Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse kann die Motion angenommen werden. Allerdings: Wie der Bundesrat überzeugend darlegt, dürften damit keine wesentlichen Neuerungen zu Gunsten der Kosteneindämmung bei Medikamenten verbunden sein.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch

Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

17.3974 Mo. SGK-NR. Schadenprävention und Umgang mit Schäden bei medizinischen Behandlungen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, gemeinsam mit den Kantonen, der Stiftung Patientensicherheit, Gesundheitsfachpersonen, Patientenorganisationen und den Krankenkassen Massnahmen zu ergreifen mit dem Ziel der Stärkung der Schadenprävention wie:

- Stärkung und flächendeckende Implementierung einer Sicherheits- und Fehlerlernkultur verbunden mit Regressmöglichkeiten und der Erleichterung der Beweissituation durch Verbesserung der Behandlungstransparenz insbesondere bei fehlerhaften Eingriffen;
- Verbesserung des Medizinal-Haftpflichtrechts und Vereinfachungen zur Erleichterung der Beweissituation betreffend Einhaltung bundesrechtlich verbindlicher Vorgaben der Qualitätssicherung und Patientensicherheit;
- Klärung der Fragen des Haftungsrechts auf Bundes- und Kantonebene betreffend.

Position santésuisse

Im schweizerischen Gesundheitswesen ist die Qualität nicht immer so gut wie behauptet wird. Allein im stationären Bereich geht der Bundesrat von 2000 – 3000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr aus. Hinzu kommen rund 75'000 zumeist vermeidbare Spitalinfektionen.

Der gesamte ambulante Bereich ist eine eigentliche Blackbox, was die Qualität respektive die vermeidbaren medizinischen Zwischenfälle angeht. Und auch für die finanzielle Behebung der ärztlich verschuldeten Komplikationen müssen im ambulanten Bereich zumeist die Patienten bzw. Kostenträger aufkommen, da die Leistungen in der Regel nicht pauschalisiert sind. Ohne Qualitätstransparenz verkommt die Wahlfreiheit zur Makulatur: Die vorherrschende Intransparenz bei der Ergebnisqualität verunmöglicht es dem Patienten in den allermeisten Fällen, zum Voraus die richtige Arzt- oder Spitalwahl zu treffen.

In Sachen Beweislast und Haftung liegen die Vorteile heute zu einseitig auf Seiten der Spitäler und Ärzte. Auch bei klarem Fehlverhalten haben sie de facto kaum je etwas zu befürchten. So wurden beispielweise in einer Tessiner Klinik der falschen Patientin beide Brüste amputiert. Der Arzt hatte trotz Einspruch einer Assistentin jede Kontrollfrage unterlassen und nachträglich versucht, das Operationsprotokoll zu fälschen. Die Klinik vertuschte den Sachverhalt, liess den Arzt unbehelligt weiteroperieren und zeigte später sogar die Journalisten an, welche den Skandal ans Tageslicht brachten. (**AZ 12.06.2018**)

Der beschriebene Fall zeigt exemplarisch: Wer nichts zu befürchten hat, der wird auch sein fehlerhaftes Verhalten weniger rasch ändern, als wenn Konsequenzen drohen. Künftig sollten die Rahmenbedingungen derart korrigiert werden, dass die Ärzte und Spitäler bessere Anreize haben, vermeidbare Komplikationen auch tatsächlich zu verhindern. Damit ist letztlich der gesamten Gesundheitsbranche und auch den Patienten und Kostenträgern gedient.

Zusammenfassend

- Zur Qualität unserer Gesundheitsversorgung bestehen mehr Fragezeichen als uns lieb sein könnte: Wissenschaftliche Studien zeigen, dass zu oft und mit zu tiefen Fallmindestzahlen operiert wird. Rund 2000 – 3000 medizinisch vermeidbare Todesfälle und 75'000 zumeist vermeidbare Infektionen pro Jahr sind weitere kritische Fakten. Vor allem im ambulanten Bereich wird die Qualität weder systematisch gemessen, noch ausgewiesen.
- Mit ausgewogeneren Bestimmungen bei Beweislast und Haftung, erhalten Ärzte und Spitäler den notwendigen Anreiz, vermeidbare Vorfälle auch tatsächlich zu verhindern.
- Dies ist im Interesse nicht nur der Patienten, sondern auch der Prämien- und Steuerzahler.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

18.4091 Mo. SGK-SR. Krankenkassen: Verbindliche Regelung der Vermittlerprovisionen, Sanktionen und Qualitätssicherung

17.3956 Mo. Birrer-Heimo. Keine unverhältnismässigen Ausgaben für Vermittlerprovisionen in der Grundversicherung

18.305 Kt.Iv. SG. Keine Prämiegelder für Vermittlungsprovisionen

Position santésuisse

santésuisse unterstützt die Motion der ständerätlichen Gesundheitskommission (**18.4091**), welche dem Bundesrat ermöglicht:

- in der obligatorischen Grundversicherung eine Branchenlösung zur Regelung der Provisionen allgemeinverbindlich zu erklären, Änderungen zu genehmigen sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung vorzusehen;
- in der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen zum KVG eine Branchenlösung zur Regelung folgender Punkte allgemeinverbindlich zu erklären sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung vorzusehen:
 - Verbot telefonische Kaltakquise;
 - Umfangreiche obligatorische Ausbildung;
 - Pflicht zu Beratungsprotokoll, das vom Kunde und Berater unterzeichnet wird.

Aus Sicht von santésuisse ist bedauerlich, dass im Bereich der Zusatzversicherungen keine verbindlichen Vergütungsobergrenzen vorgesehen werden. Wirtschaftlich sinnvolle Obergrenzen wären am besten geeignet, missbräuchliche Praktiken und dem «Telefonterror» durch schwarze Schafe unter den Vermittlern und Maklern das Handwerk zu legen. santésuisse wird sich weiter dafür einsetzen, dass analog zur OKP auch im Bereich der Zusatzversicherungen eine allgemeinverbindliche Lösung zustande kommt.

Zusammenfassend

- Die Allgemeinverbindlichkeit von Branchenlösungen auf Gesetzesstufe ist ein wichtiger Schritt, um in der OKP unverhältnismässige Courtagen zu verhindern und dem Problem der unerwünschten Telefonanrufe von Vermittlern und Maklern zu begegnen.
- Im Bereich der Zusatzversicherungen zum KVG sollten ebenfalls verbindliche Vergütungsobergrenzen festgelegt werden, um missbräuchlichen Praktiken und dem «Telefonterror» durch schwarze Schafe unter den Vermittlern und Maklern vorzubeugen. Nur so kann das Problem ganzheitlich gelöst werden.
- Notwendig sind ebenfalls Massnahmen im Fernmeldegesetz, damit die Unterbindung der Kaltakquise nicht via Ausland, oft mit vorgeschobenen CH-Tel.-Nummern (Spoofing etc.), umgegangen werden kann.

Empfehlung santésuisse:

Annahme der Motion 18.4091 mit Änderung

Ablehnung der Motion 17.3956 und der Kt. Iv. 18.305

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

18.3713 Mo. SGK-SR. Aktuelle Einteilung der Prämienregionen beibehalten

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die einschlägigen Rechtsgrundlagen (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG) so anzupassen, dass die aktuelle Einteilung der Prämienregionen beibehalten werden kann. Zudem soll er regeln, welcher Region eine durch Fusion entstandene Gemeinde zuzuordnen ist.

Position santésuisse

Die Krankenversicherer bekennen sich dazu, dass das heutige System der Prämienregionen optimiert werden kann. Mit Stand Dezember 2017 sind jedoch weder der erste, noch der zweite Vorschlag des BAG zur Reform der Prämienregionen sachgerecht. Der zweite Vorschlag des BAG weist zwar Verbesserungen auf, basiert aber immer noch auf der nicht adäquaten Bezirksebene, die mit der Krankenversicherung nichts zu tun hat. Der zweite Vorschlag widerspricht damit dem Auftrag der vorliegenden Initiative Aebi und der Motion Ger-mann, die Prämienregionen auf der Basis der Gemeinden festzulegen. Weiter kommt jetzt die Motion der SGK-SR (18.3713) «Aktuelle Einteilung der Prämienregionen beibehalten» hinzu. Allen drei Vorstössen ist ge-meinsam, dass sie die heutige Lösung weiterführen wollen und dass sie den Vorschlag des EDI zu Neueinteilung ablehnen.

santésuisse begrüsst eine regelmässige Überprüfung der Prämienregionen auf der Grundlage der Gemeindeebene. Die lokalen Kostenunterschiede werden damit eindeutig besser abgebildet als auf der verwaltungsorientierten Bezirksebene. Von Gesetzes wegen müssen die «Rabatte» den realen Kostenunterschieden gerecht werden, sekundär – dies ist aber kein Ziel des Gesetzes – kann darauf geachtet werden, dass kein «Flicken-teppich» entsteht. Das Ziel des Modells für die Prämienregionen sollte es sein, dass jene Faktoren bewertet werden, die aufgrund der Daten als echte Mehrkosten gegenüber dem statistischen Durchschnitt im Kanton zu betrachten sind und die entsprechend zu einer leicht höheren Prämie führen.

Systematische Quersubventionierungen zwischen den Prämienregionen können durch die periodische Überprüfung alle 4 – 5 Jahre eliminiert werden. Weiter muss das Modell – wie im Gesetz vorgeschrieben – auf alle Kantone übertragbar sein. Über alle diese Eigenschaften verfügt auch das zweite, überarbeitete Modell des BAG nicht.

Zusammenfassend

- Auch das zweite Modell des BAG ist weniger kostengerecht als die heutige Situation. Vom BAG wurde keine Kennzahl entwickelt, wie die Kostengerechtigkeit über den ganzen Kanton überprüft werden kann.
- santésuisse empfiehlt, die Motion der SGK-SR **18.3713** anzunehmen.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch

Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

16.4083 Mo. Germann. Krankenversicherung. An bewährten Prämienregionen festhalten

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, die einschlägigen Gesetzesgrundlagen (KVG, KVAG) derart anzupassen, dass die Einteilung der Prämienregionen analog dem heutigen System grundsätzlich auf Ebene der Gemeinden erfolgt und der Bundesrat die maximal anrechenbaren Kostenunterschiede festlegt.

Position santésuisse

Weder der erste, noch der zweite Vorschlag des BAG zur Reform der Prämienregionen sind sachgerecht. Der zweite Vorschlag basiert immer noch auf den nicht adäquaten Ebenen der Bezirke oder der MS-Regionen des BFS ([mobilité spatiale](#)), wobei Letztere z.T. kantonsübergreifend sind. Bezirke und MS-Regionen sind beides Fremdkörper, was die Krankenversicherung betrifft. Sie haben auch keinen Bezug zu den Steuern, die wiederum zu einem beträchtlichen Teil für die Krankenversicherung verwendet werden.

Mit der Kontrolle des KVG-Obligatoriums, der Bezahlung von Prämien für Sozialhilfeempfänger, der Bezahlung oder Mitfinanzierung von Prämienverbilligungen, der Finanzierung oder Mitfinanzierung von nicht bezahlten Prämien und der Beteiligung am Betreuungsaufwand der Krankenversicherer haben die Gemeinden als anerkannte dritte Staatsebene diverse Rollen und Verantwortungsbereiche, was die Krankenversicherung betrifft. Dies ganz im Gegensatz zu den Bezirken oder MS-Regionen, die das BAG als Grundlage für die Prämienregionen vorschlägt: Diese haben weder eine Rolle in der Krankenversicherung, noch bei den Steuern, mit welchen wiederum die Krankenkassenprämien subventioniert werden.

Die Prämienregionen sollten im Grundsatz auf der Basis der Gemeinden festgelegt werden. Das ist nicht nur die kostengerechteste, sondern auch eine korrekte Lösung, wenn man die Rollen der drei Staatsebenen in der Schweiz betrachtet (siehe oben). Der Umstand, dass es Gemeindefusionen gibt, ist kein Grund, nicht von den Gemeinden auszugehen: Es gab immer schon Gemeindefusionen, es muss nur eine sinnvolle Regel definiert werden, welche Prämienregion im Fusionsfall gilt (z.B. Zuteilung gemäss Mehrheit der Bevölkerung). Auch die Bezirke und die MS-Regionen sind keine fixen Grössen: Die Bezirke verändern sich über die Jahre: 9 Kantone haben seit 1995 die Bezirke abgeschafft (AR, SH, SG, SO, LU, NE) oder reduziert (GR, VD, BE, TG), in etlichen Kantonen waren jüngst Bestrebungen im Gange, die Bezirke zu reduzieren bzw. abzuschaffen (SZ, FR, VS). Ebenso wenig sind MS-Regionen fix, ihre Anpassung ist bis spätestens im Jahr 2019 angekündigt.

Auf der Grundlage der Gemeinden werden die lokalen bzw. regionalen Kostenunterschiede eindeutig besser abgebildet als auf Ebene der Bezirke oder MS-Regionen. Von Gesetzes wegen müssen die «Rabatte» den realen Kostenunterschieden gerecht werden, sekundär – dies ist aber kein Ziel des Gesetzes – kann darauf geachtet werden, dass geografische Verwerfungen möglichst vermieden werden. Systematische Quersubventionierungen zwischen den Prämienregionen müssen durch die periodische Überprüfung alle 4 – 5 Jahre eliminiert werden. Weiter muss das Modell – wie im Gesetz vorgeschrieben – auf alle Kantone übertragbar sein. Durch die Verwendung von standardisierten Daten wird dafür gesorgt, dass Gemeinden z.B. mit Pflegeheimen oder einer älteren Bevölkerung nicht benachteiligt werden.

Zusammenfassend

- Die Vorschläge des BAG zur Reform der Prämienregionen sind weder kostengerecht, noch politisch nachvollziehbar. Sie negieren die Bedeutung der Gemeinden als dritte Staatsebene und bei der Krankenversicherung. Die vorgeschlagenen Bezirke und MS-Regionen haben in beiden Fragen keine Bedeutung.
- Um die Rahmenbedingungen zu klären, sollte die Motion Germann angenommen werden.
- Als Alternative dazu kann auch die Motion **18.3713 (SGK-SR) «Aktuelle Einteilung der Prämienregionen beibehalten»** angenommen werden.

Empfehlung santésuisse:

Annehmen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

18.4079 Mo. Ettl. Kostendämpfende Apothekerleistungen ermöglichen

Inhalt der Vorlage

Der Bundesrat wird beauftragt, das Krankenversicherungsgesetz so anzupassen, dass es möglich wird, für Tarifpartner kostendämpfende Apothekerleistungen auch ohne Abgabe von Medikamenten in der OKP abzugelten sowie für Apotheker, die sich an OKP-mitfinanzierten kantonalen oder nationalen Präventionsprogrammen beteiligen, auch abgegolten zu werden.

Position santésuisse

Aus Sicht von santésuisse ist es nicht gesichert, dass die Annahme des Vorstosses zu einer Entlastung der Krankenversicherung führen würde. Die langjährige Erfahrung zeigt viel mehr, dass im Gesundheitswesen jede Kompetenzerweiterung zu zusätzlichen Kosten führt. Wahrscheinlicher ist es deshalb, dass mit der Umsetzung des Vorstosses eine Mengenausweitung – und damit zusätzliche Kosten zu Lasten der Krankenversicherung – einhergehen würde.

Ausserdem erscheint es wenig zielführend, im Bundesrat und im Parlament diverse Pakete zur Kostendämpfung zu diskutieren und gleichzeitig für potenzielle Mehrkosten die Schleusen weiter zu öffnen.

Allenfalls könnte **im Rahmen des diskutierten neuen Experimentier-Artikels** regional und zeitlich befristet geprüft werden, ob die gemachten Versprechungen auch tatsächlich zutreffen.

Zusammenfassend

- santésuisse lehnt den Vorstoss ab.
- Wahrscheinlicher als Kosteneinsparungen ist die Mengenausweitung; was höhere Kosten bedeutet.
- Allenfalls könnte im Rahmen des diskutierten neuen Experimentier-Artikels eine entsprechende Versuchsanlage regional und zeitlich befristet geprüft werden.
- Zurzeit werden die ersten Pakete zur Kostendämpfung geschnürt und diverse Akteure fordern eine Kostenbremse: Vor diesem Hintergrund ist es wenig zielführend, gleichzeitig die Schleusen weiter zu öffnen, die zu Mehrkosten zu Lasten der Prämienzahler führen.

Empfehlung santésuisse:

Ablehnen

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch



Ständerat, Donnerstag 13. Dezember 2018

16.411 Pa.Iv. Eder. Für den Persönlichkeitsschutz auch in der Aufsicht über die Krankenversicherung (Fristverlängerung)

Inhalt der Vorlage

Das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) ist dahingehend anzupassen, dass der persönliche Datenschutz gewährleistet wird. Folgende Gesetzesanpassung stellt hierzu einen möglichen Weg dar:

Art. 35

...

Abs. 2bis

Die Angaben über die Daten sind in gruppierter Form zu liefern, sodass keine Rückschlüsse auf individuelle Daten der versicherten Personen möglich sind.

Abs. 2ter

Für die Durchführung des Risikoausgleichs stellen die Versicherer die erforderlichen individuellen Daten der gemeinsamen Einrichtung (Art. 18 KVG) zur Verfügung.

Position santésuisse

santésuisse unterstützt die Vorlage.

Zusammenfassend

- santésuisse unterstützt die Vorlage.
- Bei Fristverlängerungen empfiehlt santésuisse in aller Regel ein Ja, unabhängig vom Inhalt.

Empfehlung santésuisse:

Fristverlängerung gewähren

Weitere Auskünfte: Daniel Habegger, santésuisse Bern, 079 609 90 68, daniel.habegger@santesuisse.ch