



Vorschau Sommersession 30. Mai bis 16. Juni 2023

Empfehlungen von santésuisse

Geschäfte im Nationalrat

Datum	Geschäft	Empfehlung santésuisse	Seite
Mi, 31. Mai 2023	21.067 Für tiefere Prämien - Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)	Annehmen. Änderungs- und Detailempfehlungen beachten	4-6
Mi, 7. Juni 2023	21.323 Kt. Iv. Waadt Mehr Mitsprache für die Kantone	Keine Folge geben	7
Mi, 7. Juni 2023	21.324 Kt. Iv. Waadt. Für gerechte und angemessene Reserven	Keine Folge geben	8-9
Mi, 7. Juni 2023	22.316 Kt. Iv. Basel-Stadt. Rasche und proportionale Rückerstattung der Krankenkassenreserven an die Bevölkerung	Keine Folge geben	10-11
Mi, 7. Juni 2023	21.325 Kt. Iv. Waadt. Für kostenkonforme Prämien	Keine Folge geben	12
Fr, 16. Juni 2023	15.485 Pa. Iv. Frehner. Kostentransparenz der Spitäler	Keine Abschreibung	13

Parl. Vorstösse in Kategorie IV (EDI)

Geschäft	Empfehlung	Kurz begründung
<p>21.3779 Mo. Maitre. Die Krankenversicherer sollen dem BAG genau, vollständig und kostenlos Daten liefern</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Die SASIS AG erstellt im Auftrag der Krankenversicherer die gesamte Branchenstatistik zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Sie unterhält mit sämtlichen Krankenversicherern sogenannte Datenlieferungsverträge. Somit liefern alle Krankenversicherer Daten an die SASIS AG. Die SASIS AG konsolidiert und validiert die gesammelten Daten von allen Krankenversicherern und bereitet die Auswertung so auf, dass das BAG diese direkt nutzen kann. Diese Auswertung geht über die Erhebung von anonymisierten Individualdaten hinaus und erlaubt eine genauere Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Für die weitergehenden Arbeiten wird die SASIS im Rahmen eines Vertrags entsprechend abgegolten. Gemäss dem BAG hat sich die Zusammenarbeit bewährt und bewertet die Lösung in ihrer Antwort als "sinnvoll und effizient". Diese Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Institutionen ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie Arbeiten von einem Privatunternehmen vergleichsweise effizienter erbracht werden können.</p>
<p>21.3780 Mo. Feller. Kündigung des Vertrags zwischen der Sasis AG und dem BAG, um die Unvoreingenommenheit des Bundes sicherzustellen und Interessenkonflikte im Gesundheitssystem zu vermeiden</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Die SASIS AG konsolidiert und validiert die gesammelten Daten von allen Krankenversicherern und bereitet die Auswertung so auf, dass das BAG diese direkt nutzen kann. Diese Auswertung geht über die Erhebung von anonymisierten Individualdaten hinaus und erlaubt eine genauere Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Die am Schluss der Begründung aufgeworfene Kritik betreffend Art und Weise, wie die SASIS AG einen Teil der Daten sammle, ist nicht nachvollziehbar. Das BAG bewertet die Zusammenarbeit positiv und beurteilt die Lösung in ihrer Antwort als "sinnvoll und effizient". Diese Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Institutionen ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie Arbeiten von einem Privatunternehmen vergleichsweise effizienter erbracht werden können.</p>
<p>21.3795 Mo Herzog Verena. Marktrückzüge von bewährten und günstigen Arzneimitteln stoppen. Versorgungssicherheit besser berücksichtigen</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Die Forderungen der Motionärin sind einerseits Gegenstand des Kostendämpfungspakets 2, das derzeit von der SGK-N behandelt wird. Hier ist u.a. vorgesehen, sämtliche Leistungen im KVG auf deren WZW-Konformität zu prüfen. Die Prüfung soll je nach Art der Leistung zu verschiedenen Zeitpunkten mit unterschiedlicher Häufigkeit erfolgen. So könnte bspw. bei teuren und neuen Arzneimitteln</p>



		<p>eine regelmässige und unterschiedlich detaillierte Überprüfung stattfinden. Dies wiederum würde bei sehr günstigen Arzneimitteln wenig Sinn machen. Andererseits ist die Verwaltung daran, kurz- und mittelfristige Massnahmen bei den Medikamenten-Engpässen zu ergreifen. Einige sind bereits in der Umsetzung. Dringender gesetzlicher Handlungsbedarf ist daher nicht angezeigt.</p>
<p>21.3840 Mo. Fridez. KVG. Anerkennung der Leistungen, die durch diplomierte Podologinnen und Podologen bei Personen mit symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankheit erbracht werden</p>	<p>Ablehnen</p>	<p>Die Forderung entspricht einer Ausweitung des OKP-Leistungskatalogs. Eine Leistungsaufnahme müsste daher die WZW-Kriterien erfüllen. Diesbezüglich verweisen wir auf das im KVG festgelegte Beurteilungsverfahren. Die Eidgenössische Kommission für allgemein Leistungen und Grundsatzfragen (ELKG) prüft eine mögliche Leistungsaufnahme anhand der WZW-Kriterien. Sie gibt eine entsprechende Empfehlung zuhanden des EDI ab, welches abschliessend über eine allfällige Aufnahme entscheidet. Die Forderung ist daher auch aus prozessualen Gründen abzulehnen.</p>
<p>21.3876 Mo. Lohr. Ungleichbehandlung der Versicherten aufgrund fragwürdiger Bestimmungen in kantonalen Spitalplanungen verhindern</p>	<p>Zuweisung an die zuständige Kommission</p>	<p>Grundsätzlich unterstützt santésuisse das Anliegen des Motionärs. Es geht nicht an, dass offenbar einzelne Kantone zumindest in der Vergangenheit ihren finanziellen Verpflichtungen nicht oder nur teilweise nachgekommen sind. Dies unter fadenscheinigen Gründen. Offenbar gibt es immer noch einzelne Fälle. Die Spitalliste des Kantons Genf kennt bspw. Quoten, wonach der Mindestanteil an ausschliesslich grundversicherten Patientinnen und Patienten 50% betragen muss. Falls sich Ende Jahr herausstellt, dass die Mindestquote nicht erfüllt ist, muss die Zusatzversicherung für den Kantonsanteil aufkommen. Es besteht die Gefahr, dass der Kanton Quoten nicht primär für die Steuerung erlässt, sondern so, dass er den Kantonsanteil nicht bezahlen muss. Solche und ähnlich gelagerte Fällen wären entsprechend näher zu prüfen.</p> <p>Gemäss dem Bundesgerichtsurteil vom 16. Januar 2019 (C-5017/2015) ist die Streichung der Vergütung des Kantonsanteils im Falle einer Verletzung einer Auflage eines Spitals unter gewissen Voraussetzungen bereits rechtswidrig. Nämlich dann, wenn die (teilweise) Streichung der Vergütung zu starren Strukturen führen und jeglichen Wettbewerb zwischen den Spitälern/Kantonen verhindern würde. Zudem ist das behandelnde Spital rechtlich verpflichtet, die Patientin oder den Patienten zu informieren, wenn eine kantonale Vergütung der Behandlungskosten nicht erfolgen würde. Unterlässt das Spital seine Informationspflicht, so muss es die Kosten selber übernehmen</p>



Nationalrat, Mittwoch, 31. Mai 2023

21.067 Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative). Volksinitiative und indirekter Gegenvorschlag (Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung)

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

- **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.
- Insgesamt ist unklar, ob die aktuelle Fassung des Gegenentwurfs eine dämpfende Wirkung auf die Kosten hat und, wenn ja, in welchem Ausmass. Die Vorschläge haben mehrheitlich keine direkte Wirkung auf die Kostenentwicklung. Der Ständerat hat die Vorlage zudem weiter verwässert.

santésuisse nimmt zu den übrig gebliebenen Differenzen wie folgt Stellung:

Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
1.	Art. 32 Abs. 3 E-KVG Voraussetzungen	Mehrheit SGK-N folgen Bei Abs. 7 Minderheit folgen (= Ständerat)	Leistungen, die nicht oder nicht mehr den WZW-Prinzipien entsprechen, sollen anhand eines evidenzbasierten Verfahrens evaluiert werden. Entsprechende Leistungen würden gemäss Abs. 4 aus dem OKP-Katalog gestrichen werden, was konsequent ist. Ansonsten



Nr.	Massnahme	Haltung santésuisse	Kurzbegründung
			würden die Effizienzpotentiale nicht ausgeschöpft. Aus Gründen der Transparenz sind die Abs. 5 und 6 gemäss Version Ständerat weiterzuverfolgen.
2.	Art. 37a Abs. 1-3 E-KVG Laboratorien: Besondere Voraussetzungen	Festhalten	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	Festhalten	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. Zudem wird die Umsetzung herausfordernd sein.
4.	Art. 46 4ter E-KVG Tarifvertrag	Mehrheit SGK-N folgen (= Streichen / = Version Ständerat)	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 Vorschlag würde demnach auch die Genehmigungsbehörde übersteuern und schwächen.
5.	Art. 46a Abs. 3 Anpassung eines Tarifvertrags, der die gesetzlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt	SGK-N folgen (= Ständerat)	Leistungen, die übertarifiert sind, können Fehlanreize auslösen. Die Massnahme ersetzt die Schaffung neuer moderner Tarife nicht, kann in der Übergangsphase aber eine gewisse Korrektur herbeiführen. Die bisherige Version des Nationalrats wäre schlanker und einfacher formuliert gewesen als jene des Ständerats.
6.	Art. 49 Abs. 2 ^{bis}	Streichen (= Ständerat)	Eine subsidiäre Kompetenz des Bundesrates im Zusammenhang mit stationären Tarifstrukturen ist unnötig und würde den Druck auf eine Einigung innerhalb der SwissDRG AG reduzieren. Zudem werden seit über 10 Jahren die Tarifstrukturen für stationär erbrachte Leistungen professionell gepflegt und weiterentwickelt.
7.	II Übergangsbestimmungen	Minderheit SGK-N folgen	Im Jahr 2022 sind die Gesundheitskosten um 4 Prozent angestiegen. Der Trend nach oben ist auch in den ersten Monaten 2023 ungebrochen. Daher können kostendämpfende Sofortmassnahmen sinnvoll sein, wenn im Parlament keine griffigen Massnahmen verabschiedet werden.



santésuisse

Empfehlung santésuisse:

Annehmen. Änderungs- und Detailempfehlungen beachten

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



Nationalrat, Mittwoch, 7. Juni 2023

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 vorgesehenen 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.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

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



Nationalrat, Mittwoch, 7. Juni 2023

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

- Reserven sollen gemäss Vorschlag obligatorisch abgebaut werden, die eine Solvenzquote 150 Prozent übersteigen. Bei diesem faktisch erzwungenen Reserveabbau kann es dabei zu unerwünschten Prämiensprüngen kommen, sind doch die Solvenzquoten der einzelnen Versicherer erfahrungsgemäss sehr volatil. Die Solvenzquote dient zur 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 Absinken der Solvenzquote von 50 Prozentpunkte ist daher keine Seltenheit. Dies zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Solvenzquote von 2021 auf 2022: Sie sank von 207 Prozent auf 163 Prozent. Bei einzelnen Versicherern reduzierte sich die Solvenzquote teils sehr stark. Für die Versicherten bedeutet dies: Von einer fallenden Solvenz sind rund 88 Prozent, von einer steigenden Solvenz nur hingegen 7 Prozent der Versicherten betroffen.
- Die Krankenversicherer haben die Prämien für das Jahr 2022 unter grossem politischem Druck möglichst tief gehalten und dafür auf ihre Reserven zurückgegriffen. Dadurch ist die Höhe der Reserven bereits deutlich gesunken. Zudem haben die Nationalbanken aufgrund der hohen Inflation diverse Zinserhöhungen vorgenommen, was zu signifikanten negativen Einflüssen auf die Kapitalmärkte geführt hat. Gemäss dem BAG könnten die Reserven in Folge dieser Effekte Anfang 2023 unter 9 Milliarden Franken gesunken sein. Zudem ist wohl auch für 2023 und 2024 weiterhin mit steigenden Prämien zu rechnen, da auch für 2022 mit steigenden OKP-Ausgaben von rund 4 Prozent zu rechnen ist und die Monate Januar und Februar 2023 eine Kostentwicklung von über 7 Prozent pro Kopf aufweisen. Die Solvenzquoten und damit die Reservesituation werden sich dadurch weiter verschlechtern. **Somit ist erübrigt sich aus diesem Blickwinkel heraus ein automatischer Abbau der Reserven.**
- Die solide Reservesituation hat es den Versicherern während der Corona-Pandemie ermöglicht, einen Prämienschock zu verhindern. Die Versicherer haben sich in dieser für unser Gesundheitswesen herausfordernden Zeit als Garant der Stabilität erwiesen. Die Pa. Iv. suggeriert, dass die Krankenversicherer generell über deutlich zu hohe Reserven verfügen würden. Dies vermittelt der Öffentlichkeit ein völlig falsches Bild. Tatsächlich entsprechen die Reserven, welche die



Krankenversicherer heute halten, lediglich dem Gesamtbetrag von ca. drei bis vier Monatsprämien. Diese Mittel sind umso wichtiger, weil die Krankenversicherer keine Kredite aufnehmen dürfen, um ein allfälliges Minus zu decken. Gemäss einer Mitte 2021 vorgenommenen Verordnungsänderung können die Krankenversicherer ihre Solvenzquote neu auf 100 Prozent senken. Davon haben diverse Krankenversicherer auch Gebrauch gemacht. **Somit ist man auch in diesem Punkt der Standesinitiative bereits weit entgegenkommen. Zumal das Parlament bereits ähnlich lautende Standesinitiativen bereits abgelehnt hat.**

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

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



Nationalrat, Mittwoch, 7. Juni 2023

22.316 Kt. Iv. Basel-Stadt. Rasche und proportionale Rückerstattung der Krankenkassenreserven an die Bevölkerung

Eingereichter Text

Die Eidgenössischen Räte werden ersucht, durch Anpassung der gesetzlichen Grundlagen dafür zu sorgen, dass übermässige Krankenkassen-Reserven rasch und proportional zu den kantonalen Anteilen an die Versicherten zurückgeführt werden.

Position santésuisse

- santésuisse lehnt die Standesinitiative ab. Die Standesinitiative fordert, dass Reserven **obligatorisch** abgebaut werden. Die Reservesituation hat es den Versicherern ermöglicht, einen Prämienschock gerade in Krisenzeiten wie die Corona-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.
- 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 Absinken der Solvenzquote von 50 Prozentpunkte ist daher keine Seltenheit. Dies zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Solvenzquote von 2021 auf 2022: Sie sank von 207 Prozent auf 163 Prozent. Bei einzelnen Versicherern reduzierte sich die Solvenzquote teils sehr stark. Für die Versicherten bedeutet dies: Von einer fallenden Solvenz sind rund 88 Prozent, von einer steigenden Solvenz nur hingegen 7 Prozent der Versicherten betroffen.
- Die Krankenversicherer haben die Prämien für das Jahr 2022 unter grossem politischem Druck möglichst tief gehalten und dafür auf ihre Reserven zurückgegriffen. Dadurch ist die Höhe der Reserven bereits deutlich gesunken. Zudem haben die Nationalbanken aufgrund der hohen Inflation diverse Zinserhöhungen vorgenommen, was zu signifikanten negativen Einflüssen auf die Kapitalmärkte geführt hat. Gemäss dem BAG könnten die Reserven in Folge dieser Effekte Anfang 2023 deutlich unter 10 Milliarden Franken zu liegen kommen. Zudem ist wohl auch für 2024 wieder mit steigenden Prämien zu rechnen, da auch für 2022 mit steigenden OKP-Ausgaben von rund 4 Prozent zu rechnen ist und die Monate Januar und Februar 2023 eine Kostentwicklung von über 7 Prozent pro Kopf aufweisen. Die Solvenzquoten werden wohl weiter sinken.
- Ein Vergleich mit anderen Sozialversicherungen im Umlageverfahren zeigt zudem: 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 Prämienzahlerin und Prämienzahler ist aber ein überstürzt vorgenommener Abbau unbedingt zu vermeiden, denn sie wären es, die letztlich die Folgen einer Insolvenz zu tragen hätten.
- 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.
- Ein Reserveabbau auf einer kantonalen Grundlage ist auch nicht umsetzbar, da hierfür eine Kantonalisierung der Reserven erforderlich wäre. Es gibt denn auch keine kantonalen Reserven. Die Reserven, die der Sicherstellung der Solvenz des Versicherers dienen (Art. 14 Abs. 1 KVAG), werden für das gesamte örtliche Tätigkeitsgebiet des Versicherers gebildet.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

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



Nationalrat, Mittwoch, 7. Juni 2023

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.

Das Parlament hat bereits ähnlich lautende Vorstösse abgelehnt.

Empfehlung santésuisse:

Keine Folge geben

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



Nationalrat, Freitag, 16. Juni 2023

15.485 Pa. Iv. Frehner. Kostentransparenz der Spitäler

Eingereichter Text

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

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) soll angepasst werden, damit die Spitäler, welche ihre Daten den Tarifpartnern nicht transparent und fristgerecht mitteilen, mit einer Reduktion des Referenztarifs, welche höchstens 10 Prozent beträgt, sanktioniert werden.

Position santésuisse

Generell ist die Datenlieferung der Leistungserbringern verbesserungswürdig. Die Ausarbeitung eines Gesetzesänderungs-Vorschlags ist umgehend an die Hand zu nehmen. Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich sind die Qualität und die Transparenz der Datenlieferungen der Spitäler oft noch ungenügend. Dies hat sich seit der Corona-Pandemie noch weiter akzentuiert. Eine diesbezügliche Sanktionierung im Falle einer nicht transparenten und fristgerechten Lieferung der notwendigen Daten ist zu prüfen. Aus Sicht von santésuisse wird das Anliegen der Parl. Iv. mit der laufenden Anpassung der Verordnungen zur Tarifiermittlung nur ungenügend berücksichtigt.

Empfehlung santésuisse:

Keine Abschreibung

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