

Die Session

Informationsbrief

21. November 2024



Ihre Kontaktperson bei der Groupe Mutuel
Luca Strebel
T. 079 244 04 68
Istrebel@groupemutuel.ch

Inhaltsverzeichnis

Nationalrat	Empfehlung	
22.062 BRG. KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)	Empfehlungen anbei für die Differenzbereinigung	S. 4
23.039 BRG. Bundesgesetz über das nationale System zur Abfrage von Adressen natürlicher Personen (Adressdienstgesetz, ADG)	Eintreten unterstützen (Ständerat folgen)	S. 5
24.037 BRG. KVG (Tarife der Analysenliste). Änderung	Eintreten und zustimmen	S. 6
24.3372 Mo. Ettlin Erich, Die Mitte. Öffentlich-rechtliche Pensionskassen dürfen nicht benachteiligt werden	Angepasste Motion annehmen	S. 6
24.3608 Mo. Gutjahr Diana, SVP. Mindestfranchise den realen Gegebenheiten anpassen	Annehmen	S. 7
23.3920 Mo. Weichelt Manuela, Grüne. Schluss mit den unsozialen Kopfprämien bei der Krankenversicherung	Ablehnen	S. 8
22.497 Pa. Iv. Hurni Baptiste, SP. Schluss mit Werbung auf dem Rücken der Versicherten!	Keine Folge geben (SGK-NR und SGK-SR folgen)	S. 8
Ständerat	Empfehlung	
24.3920 Mo. Crevoisier Crelier Mathilde, SP. Berücksichtigung der Care-Arbeit endlich auch in der zweiten Säule	Ablehnen	S. 9
24.3921 Mo. Wasserfallen Flavia, SP. Mehrfachbeschäftigte und Teilzeitarbeitende besser versichern	Ablehnen	S. 9
24.4047 Mo. Broulis Pascal, FDP. Personen mit geringem Einkommen oder mit mehreren Arbeitsverträgen Zugang zur 2. Säule ermöglichen	Annehmen	S. 9
22.420 Pa. Iv. Dobler Marcel, FDP. Die Kosten der ärztlichen Beratungen im Zusammenhang mit einer Patientenverfügung sollen von der Krankenversicherung übernommen werden	Folge geben (SGK-SR folgen)	S. 10
23.319 Standesinitiative Genf. Für eine öffentliche Einheitskrankenkasse im Kanton Genf	Keine Folge geben (SGK-SR folgen)	S. 10
24.055 BRG. KVAG. Änderung (Teilnahme der Kantone am Prämien genehmigungsverfahren, Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen)	Nicht eintreten	S. 11

Ständerat	Empfehlung
<p>22.4245 Mo. Humbel Ruth, Die Mitte. Medikamentenverschwendung stoppen</p>	<p>Annehmen (Nationalrat und SGK-SR folgen) S. 12</p>
<p>24.3397 Mo. SGK-NR. Den Verwurf aufgrund von ungeeigneten Packungsgrössen oder Dosisstärken bei den Medikamentenpreisen berücksichtigen</p>	<p>Annehmen (Nationalrat und SGK-SR folgen) S. 12</p>
<p>24.4077 Mo. Poggia Mauro, MCG. Für die Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung endlich einen nationalen Fonds einrichten</p>	<p>Ablehnen S. 13</p>
<p>24.4066 Mo. Gapany Johanna, FDP. Besserer Zugang zur 2. Säule mittels freiwilliger Sparmöglichkeiten zur Erhöhung der Rente</p>	<p>Annehmen S. 14</p>
<p>24.4198 Mo. Maillard Pierre-Yves, SP. Dem Kaufkraftverlust der Renten in der 2. Säule entgegenwirken</p>	<p>Ablehnen S. 14</p>
<p>24.3919 Mo. Poggia Mauro, MCG. Spitalzusatzversicherung. Freie Wahl der Versicherten gewährleisten</p>	<p>Ablehnen S. 15</p>

Nationalrat

22.062 BRG.

KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Nationalrat: 9. Dezember 2024

Beide Räte haben dieses Geschäft beraten. Der Nationalrat beginnt jetzt mit der Differenzbereinigung.

Stärkung der koordinierten Versorgung (insbesondere Art. 37a, 38 und 48a E-KVG): In Bezug auf die Netzwerke zur koordinierten Versorgung hat der Bundesrat vorgeschlagen, diese neue Art von Leistungserbringern, welche zu Lasten der OKP tätig sein können, anzuerkennen. Nach der Ablehnung dieser Bestimmungen durch den Nationalrat hat der Ständerat den ursprünglichen Vorschlag angepasst. Die Groupe Mutuel unterstützt selbstredend den Grundsatz der integrierten Versorgung. Allerdings bestehen bei dem hier vorgeschlagenen Konzept verschiedene Mängel. Der derzeitige mengentreibende Fehlanreiz der Preisgestaltung müsste beseitigt werden und stattdessen eine pauschale Vergütung, idealerweise gekoppelt an Qualitätsparameter und den Nutzen für den Patienten, gefördert werden. Das System der einheitlichen Rechnungsstellung erschwert die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, da die beteiligten Leistungserbringer nicht mehr ohne weiteres identifizierbar sind. Somit empfiehlt die Groupe Mutuel, den Entscheid des Nationalrates beizubehalten (streichen – Mehrheit der SGK-NR unterstützen).

Ausgleich an die OKP bei grossem Marktvolumen von Medikamenten (Art. 52e E-KVG): Der Ständerat schlägt vor, Mengenrabatte für Medikamente mit grossem Marktvolumen in Form von sogenannten Kostenfolgeabschätzungsmodellen einzuführen. Demnach soll das BAG die ZulassungsinhaberIn zu einer Ausgleichszahlung verpflichten können, wenn ein Medikament einen gewissen Umsatz überschreitet. Die Groupe Mutuel unterstützt diesen Vorschlag, welcher es erlauben würde, bis zu 400 Millionen Franken einzusparen (Mehrheit der SGK-NR unterstützen).

Informationen an die Versicherten (Art. 56 Abs. 1bis, 56a und 84 Abs. 1 Bst. j E-KVG): Gemäss dem Nationalrat soll den Krankenversicherern erlaubt werden, die Daten ihrer Versicherten zu nutzen, um diese individuell über mögliche Einsparungen oder passendere Versorgungsmodelle zu informieren. Der Ständerat hat die Formulierung präzisiert, um die mögliche Verwendung der Daten zu beschränken. Die Groupe Mutuel bevorzugt die breitere Formulierung des Nationalrats, welche ebenfalls eine Information der Leistungserbringer erlaubt (Mehrheit der SGK-NR unterstützen). Allerdings hat auch die Formulierung des Ständerats ihre Vorteile.

Einbezug medizinisch-technischer Fortschritt in den Tarifverträgen (Art. 56 Abs. 5 E-KVG): Der Ständerat fordert ebenfalls, dass die Tarifpartner sicherstellen müssen, dass die Tarife laufend den Effizienzgewinnen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts Rechnung tragen, um die Kostenwahrheit zu wahren. Dies ist eine konkrete Massnahme zur Kostendämpfung und geht somit in die richtige Richtung. Die SGK-NR hat beschlossen, dies in Art. 43 Abs. 7 KVG zu integrieren. Darüber hinaus schlägt eine Minderheit auch vor, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Qualitätsmessungen zu verstärken. Diese Formulierung sollte daher unterstützt werden (Minderheit I der SGK-N unterstützen).

(Fortsetzung)

22.062 BRG.

KVG. Änderung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2)

Nationalrat: 9. Dezember 2024

Anpassung der nationalen ambulanten Tarifstruktur

(Übergangsbestimmungen Abs. 6): Der Ständerat hat eine neue Bestimmung eingefügt, damit der Bundesrat beauftragt wird, die nationale ambulante Tarifstruktur dahingehend zu ändern, dass eine Höchstgrenze für die pro Arbeitstag verrechenbaren Taxpunkte des ärztlichen Teils festgelegt wird. Dieser Vorschlag wird Missbräuche bzw.

Fakturierungsexzesse vermeiden und sollte unterstützt werden (Minderheit der SGK-NR unterstützen).

Empfehlungen:

- Grundsatz der integrierten Versorgung unterstützen, jedoch nicht wie vorgeschlagen
- Unterstützung eines Ausgleichs für die OKP bei grossem Marktvolumen eines Arzneimittels in der Schweiz
- Unterstützung einer gezielten Information der Versicherten
- Unterstützung der Übergangsmassnahmen bei den nationalen ambulanten Tarifstrukturen

23.039 BRG.

Bundesgesetz über das nationale System zur Abfrage von Adressen natürlicher Personen (Adressdienstgesetz, ADG)

Nationalrat: 9. Dezember 2024

Das Adressdienstgesetz schafft die Rechtsgrundlagen für den Aufbau und den Betrieb eines nationalen Adressdienstes. Der Ständerat hat als Erstrat dieses Geschäft während der Wintersession 2023 beraten. Während der Frühjahrsession hat der Nationalrat jedoch entschieden, dieses Geschäft an den Bundesrat zurückzuweisen. Er zweifelt an der Verfassungsmässigkeit und dem Mehrwert eines nationalen Adressdienstes. Da der Ständerat am 16. September 2024 die Rückweisung an den Bundesrat abgelehnt hat, soll der Nationalrat nochmals Stellung nehmen.

Da die Krankenversicherer systematisch die AHV-Nummer verwenden dürfen, werden sie ebenfalls zugriffsberechtigt sein.

Empfehlung: Eintreten unterstützen (Ständerat folgen)

- Gemäss dem Bundesrat verfolgt der nationale Adressdienst keinen eigenen Zweck, der einer ausdrücklichen Verfassungsgrundlage bedürfte; er ist als Instrument für den Vollzug des Bundesrechts konzipiert, vorgesehen und organisiert. Wenn die Verfassung dem Bund eine Aufgabe überträgt, ermächtigt sie ihn auch, die zur Erfüllung dieser Aufgabe erforderlichen Mittel zu beschaffen. Die Kompetenz, einen nationalen Adressdienst einzurichten, leitet sich somit aus allen Bundeskompetenzen ab, zu deren Erfüllung die Verwaltung auf Adressen zurückgreifen muss.
- Dieses Register ermöglicht es, im ganzen Land nach Adressen zu suchen.
- Es vereinfacht die Verwaltungsarbeit und senkt somit die damit verbundenen Kosten.

24.037 BRG.

**KVG (Tarife der Analysenliste).
Änderung**

Nationalrat: 9. Dezember 2024

Nach geltendem Recht ist es Aufgabe des EDI, eine Liste der Analysen mit den entsprechenden Tarifen zu erlassen. Mit der vorliegenden Änderung sollen die Tarifpartner die Kompetenz erhalten, die Tarife der Analysen selbst auszuhandeln. Damit wäre der Tarif für die Analysenliste nicht länger ein Amtstarif, sondern neu ein verhandelter Vertragstarif. Das Verfahren zur Benennung der Analysen soll jedoch in der Zuständigkeit des EDI verbleiben.

Eintreten: Diese Anpassung würde die Rolle der Tarifpartner und den Wettbewerb stärken. Es wäre zudem zu begrüssen, wenn die Preise durch die Tarifpartner verhandelt und nicht mehr vom Staat festgelegt würden. Die aktuell geltenden Preise sind im internationalen Vergleich nämlich zu hoch. Ausserdem haben die Labors, wenn Höchstpreise hoheitlich verfügt werden, keinen Anreiz, mit den Krankenversicherern niedrigere Preise zu vereinbaren. Die Groupe Mutuel empfiehlt deswegen einzutreten und den Tarifpartnern zu erlauben, die Tarife der Analysen auszuhandeln.

Besondere Voraussetzungen für die Labors: Die SGK-NR hat ebenfalls die Voraussetzungen der Labors, um zu Lasten der OKP abrechnen zu können, angepasst. Um zu Lasten der OKP abrechnen zu können, sollen somit die Labors, die keine Analysen der Grundversorgung für den Eigenbedarf durchführen (Praxislabors), einen Zusammenarbeitsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abschliessen. Das vorgeschlagene System ermöglicht es, die Tarifpartnerschaft zu stärken und den Wettbewerb zu fördern. Aus diesen Gründen unterstützt die Groupe Mutuel diesen Vorschlag.

Empfehlungen

- **Ja zum Eintreten**
- **Unterstützung der neuen besonderen Voraussetzungen für die Labors**

24.3372 Mo. Ettlin Erich, Die Mitte.

Öffentlich-rechtliche Pensionskassen dürfen nicht benachteiligt werden

Nationalrat: 19. Dezember 2024

Art. 46 BV2 bestimmt die Voraussetzungen, damit Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen, welche dem FZG unterstellt sind, bei nicht vollständig geäußerten Wertschwankungsreserven, Leistungsverbesserungen gewähren können. Die ursprüngliche Forderung war, diese Bestimmung zu ergänzen, um eine weitere Ausnahme an dieser Beschränkung vorzusehen (für öffentlich-rechtliche Pensionskassen). Die Kommission des Nationalrates hat jedoch die Motion angepasst. Anstatt die Ausnahmen zu erweitern, wird nun vorgeschlagen, Art. 46 BV2 gänzlich zu streichen.

Empfehlung: Angepasste Motion annehmen

- Diese Änderung ermöglicht es, dass alle Pensionskassen berechtigt werden, Leistungsverbesserungen vorzunehmen, auch wenn ihre Wertschwankungsreserven noch nicht vollständig geäußert sind.

(Fortsetzung)

24.3372 Mo. Ettlin Erich, Die Mitte.

Öffentlich-rechtliche Pensionskassen dürfen nicht benachteiligt werden

Nationalrat: 19. Dezember 2024

- Pensionskassen müssen per Gesetz ihre finanzielle Stabilität sicherstellen – das gilt für alle Kassen. Doch für Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen wurde 2012 eine zusätzliche Regelung eingeführt: Artikel 46 BVV 2. Diese Verordnung schränkt die betroffenen Kassen unnötig ein und sorgt für Ungleichbehandlung. Drei Viertel der Versicherten in der zweiten Säule sind in Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen versichert und damit von dieser Regelung betroffen.
- Artikel 46 BVV2 gilt für die Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen. Die Folge ist, dass die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter in diesen Stiftungsräten nur über einen kleinen Spielraum für bessere Verzinsungen verfügen. Eine Streichung dieser Bestimmung ist somit sinnvoll.

24.3608 Mo. Gutjahr Diana, SVP.

Mindestfranchise an den realen Gegebenheiten anpassen

Nationalrat: Vorstoss aus dem EDI

Diese Motion fordert eine Anpassung der Kostenbeteiligung in der OKP, insbesondere der Franchise.

Empfehlung: Annehmen

- Die Franchise hat eine dämpfende Wirkung auf den Konsum von Gesundheitsleistungen. Es handelt sich um die Stärkung der Selbstverantwortung.
- Bei der Einführung des KVG im Jahr 1996 betrug die ordentliche Franchise Fr. 150.- pro Jahr. Bei der letzten Anpassung im Jahr 2004 wurde sie auf Fr. 300.- pro Jahr angehoben. Seither wurde die Höhe der ordentlichen Franchise nicht mehr angepasst. Eine Anpassung ist somit angebracht.
- Das Verhältnis der ordentlichen Franchise zu den Bruttokosten kann analysiert werden. Als der Bundesrat im Jahr 2004 letztmals die ordentliche Franchise angepasst hat, hat er die Höhe der Franchisen jeweils im Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der OKP offensichtlich für angemessen erachtet. Dieser Prozentsatz betrug damals 11.6% für die ordentliche Franchise. 2022 waren es nur noch 7%, d.h. eine Reduktion um 39%.
- Es wäre sinnvoll, dass sich über die Zeit das Verhältnis zwischen der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten pro Person wie bei der Einführung des KVG im Jahr 1996 die Waage hält.

23.3920 Mo. Weichelt Manuela, Grüne.

Schluss mit den unsozialen Kopfprämien bei der Krankenversicherung

Nationalrat: Vorstoss aus dem EDI

Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Vorlage, welche einkommens- und vermögensabhängige Krankenkassenprämien vorsieht, zu unterbreiten.

Empfehlung: Ablehnen

- Das aktuelle System gewährleistet in seiner Gesamtheit die Solidarität durch die verschiedenen Finanzflüsse. Bereits heute wird ein bedeutender Teil der Gesundheitskosten über Steuergeld finanziert, welches einkommens- und vermögensabhängig erhoben wird (Teilfinanzierung der stationären Leistungen, gemeinwirtschaftlichen Leistungen, usw.).
- Darüber hinaus gewährleisten insbesondere auch steuerfinanzierte Prämienverbilligungen die Solidarität zwischen wohlhabenden und bedürftigen Personen.
- Schliesslich würde bei einkommens- und vermögensabhängigen Krankenkassenprämien ein grosser Teil der Bevölkerung sehr wenig bis keine Prämien bezahlen. Dies birgt die Gefahr in sich, dass diese Bevölkerung zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verleitet wird.
- Schlussendlich könnte eine einkommens- und vermögensabhängige Krankenkassenprämie zu einer höheren Prämienlast für die Mittelschicht führen.

22.497 Pa. Iv. Hurni Baptiste, SP.

Schluss mit Werbung auf dem Rücken der Versicherten!

Nationalrat: Parlamentarische Initiative 1. Phase

Laut dieser parlamentarischen Initiative sollten die Krankenversicherer gemäss KVG für ihre Dienstleistungen keine Werbung mehr machen dürfen.

Empfehlung: Keine Folge geben (SGK-NR und SGK-SR folgen)

- Das KVG beruht auf dem System des regulierten Wettbewerbs. Damit dieses System funktionieren kann, ist es sinnvoll und notwendig, dass die Akteure für ihre Angebote und Dienstleistungen Werbung machen können.
- Zudem bleiben die eingesetzten Beträge angemessen. Gemäss Bundesdaten betragen 2022 die Werbekosten in der Grundversicherung knapp 73 Millionen Franken; das entspricht nur gut 0,2 Prozent des Prämienvolumens.
- Gemäss dem Bundesrat beträgt die mittlere Prämie im Jahr 2024 Fr. 359.50. 72 Rappen werden also für die Werbekosten ausgegeben.
- Das BAG überwacht die Höhe der Verwaltungskosten, einschliesslich der Werbekosten, welche gemäss den Bestimmungen des KVAG (Art. 19) separat ausgewiesen werden müssen.

Ständerat

24.3920 Mo. Crevoisier Crelier Mathilde, SP.

Berücksichtigung der Care-Arbeit endlich auch in der zweiten Säule

Ständerat: 4. Dezember 2024

Die unbezahlte Care-Arbeit sollte im BVG mittels der Einführung von Erziehungs- und Betreuungsgutschriften anerkannt und versichert werden. Die Finanzierung sollte über eine dauerhafte Umlagekomponente zentral über den Sicherheitsfonds erfolgen.

Empfehlung: Ablehnen

- Das BVG basiert auf dem Kapitaldeckungsverfahren. Durch individuelles Sparen wird die zukünftige Rente berechnet. Die Finanzierung dieses Vorschlags entspricht nicht diesem System.
- Das BVG erlaubt nur, die Erwerbsarbeit zu versichern.
- Das System der Erziehungs- und Betreuungsgutschriften existiert bereits in der ersten Säule. Somit werden diese Elemente bereits bei der Rentenberechnung berücksichtigt.

24.3921 Mo. Wasserfallen Flavia, SP.

Mehrfachbeschäftigte und Teilzeitarbeitende besser versichern

Ständerat: 4. Dezember 2024

Arbeitnehmende, die im Dienste mehrerer Arbeitgeber stehen und deren gesamter Jahreslohn Fr. 22'050.- übersteigt, sollten bei der Vorsorgeeinrichtung des Hauptarbeitgebers oder bei der Auffangeinrichtung versichert werden. Der Koordinationsabzug sollte zudem neu prozentual ausgestaltet sein.

Empfehlung: Ablehnen

- Derzeit ist es auf freiwilliger Basis bereits möglich, sich bei der Auffangeinrichtung zu versichern.
- Die Verpflichtung in der vorgeschlagenen Form ist verwaltungstechnisch sehr aufwändig.
- Hingegen kann eine prozentuale Berechnung des Koordinationsabzugs unterstützt werden. Denn dadurch kann der Schwelleneffekt vermieden werden und Teilzeitbeschäftigte sind besser abgesichert.

24.4047 Mo. Broulis Pascal, FDP.

Personen mit geringem Einkommen oder mit mehreren Arbeitsverträgen Zugang zur 2. Säule ermöglichen

Ständerat: 4. Dezember 2024

Die Eintrittsschwelle ins BVG sollte auf unter Fr. 20'000.- gesenkt werden.

Empfehlung: Annehmen

- Diese Massnahme ermöglicht es, die Zahl der Versicherten mit einer Deckung aus der zweiten Säule zu erweitern.
- So ermöglicht sie eine bessere Absicherung von Personen mit tiefen Einkommen und Teilzeitbeschäftigten.
- Andererseits muss diese Senkung angemessen bleiben, um einen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, der nicht im Verhältnis mit der künftigen Rente steht.

22.420 Pa. Iv. Dobler Marcel, FDP.

Die Kosten der ärztlichen Beratungen im Zusammenhang mit einer Patientenverfügung sollen von der Krankenversicherung übernommen werden

Ständerat: 9. Dezember 2024

Es wird gefordert, dass die Beratung durch einen Arzt bei der Erstellung einer Patientenverfügung zu den von der OKP übernommenen Leistungen gehören sollte.

Empfehlung: Folge geben (Nationalrat folgen)

- Derzeit wird empfohlen, sich beim Ausfüllen einer Patientenverfügung von einem Arzt beraten zu lassen. Nur durch eine präzise Formulierung lassen sich Fragen, Widersprüche und Ärgernisse vermeiden, die aus unklaren Formulierungen resultieren können. Wenn ein Patient jedoch ausdrücklich einen Termin zur Besprechung der Patientenverfügung vereinbart, hat der Arzt heute nicht das Recht, diese Konsultation zu Lasten der OKP abzurechnen. Diese Inkohärenz sollte beseitigt werden.
- Da sich aus einer solchen Beratung auch fundiertere Entscheidungen bezüglich der Patientenverfügung ergeben können, scheint sich eine Vergütung dieser ärztlichen Leistung zu rechtfertigen.

23.319 Standesinitiative Genf. Für eine öffentliche Einheitskrankenkasse im Kanton Genf

Ständerat: 9. Dezember 2024

Die Bundesversammlung wird beauftragt, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, dass die Kantone kantonale Einheitskassen einführen und alternative Modelle zur Steuerung der Gesundheitspolitik testen können.

Empfehlung: Keine Folge geben (SGK-SR folgen)

- Die Verwaltungskosten der Krankenversicherer sind heute mit weniger als 5 Prozent des Prämienvolumens sehr tief. Dieser Vorschlag greift somit ein nicht vorhandenes Problem auf.
- Ein heute ausserordentlich gutes, verlässliches und qualitativ hochstehendes sowie schuldenfreies System würde mit der Einführung einer (auch kantonalen) Einheitskasse zerstört oder zumindest stark geschädigt.
- Mit diesem Vorschlag würden ausserdem schweizweit verschiedene Systeme parallel geführt. Manche Kantone könnten eine Einheitskasse einführen, während in anderen Kantonen weiterhin der Wettbewerb spielt, und die Versicherten unter den auf dem Kantonsgebiet tätigen Krankenversicherern sowie den von ihnen angebotenen Produkten frei wählen können. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung der Schweizer Bevölkerung.
- Die Mehrfachrollen der Kantone als Versorgungsplaner, Eigentümer, Finanzierer, Tariffestsetzungsbehörde und Wirtschaftsförderer würden weiter ausgebaut. Die bereits heute bestehenden Interessenkonflikte der Kantone würden damit noch weiter verstärkt.

24.055 BRG.

KVAG. Änderung (Teilnahme der Kantone am Prämiengenehmigungsverfahren, Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen)

Ständerat: 11. Dezember 2024

Diese Vorlage soll die Rolle der Kantone im Prämiengenehmigungsverfahren stärken. Sie sieht auch vor, dass bei Versicherten, deren Prämie vollständig von der öffentlichen Hand übernommen wird, die Rückerstattung von zu hohen Prämieinnahmen den Kantonen gewährt wird.

Empfehlung Nicht eintreten

- Die Kantone können bereits heute gegenüber den Versicherern und der Aufsichtsbehörde ihre Stellungnahme zu den für ihren Kanton geschätzten Kosten abgeben. Damit sind die rechtlichen Rahmenbedingungen bereits geklärt.
- Zudem müssen die Prämien von den Versicherern festgelegt und vom BAG genehmigt werden. Die Kantone dürfen beides nicht tun. Die Prämien müssen die gesetzlichen Anforderungen erfüllen (insbesondere müssen sie kostendeckend sein und dürfen nicht zu übermässigen Reserven führen). Die Festlegung «politischer» Prämien wäre systemwidrig und würde zu einer gefährlichen Volatilität der Prämien führen. Die Versicherer sind Risikoträger und nicht die Kantone.
- Darüber hinaus müssen auch andere Elemente als die Kosten zu Lasten der OKP bei der Berechnung der Prämien berücksichtigt werden, zum Beispiel die Beiträge an den Risikoausgleich, die Entwicklung des Portfolios oder die Ergebnisse der Finanzmärkte.
- Die Anpassung betreffend den Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen wird zudem einen bedeutenden administrativen Mehraufwand bei den Krankenversicherern verursachen und zu einer Ungleichbehandlung zwischen Versicherten führen. Die Beschränkung der direkten Rückerstattung an den Kanton nur dann zu ermöglichen, wenn die Subventionierung vollständig ist, führt nämlich zu einer Ungleichbehandlung der Versicherten. Diejenigen, die nur eine Teilsubventionierung erhalten haben, werden weiterhin ungerechtfertigt begünstigt, da sie weiterhin von der vollständigen Rückerstattung profitieren können.

22.4245 Mo. Humbel Ruth, Die Mitte. Medikamentenverschwendung stoppen

Ständerat: 11. Dezember 2024

Diese Motion beauftragt den Bundesrat, Art und Ausmass der Medikamentenverschwendung zu quantifizieren und Massnahmen zur Behebung dieser Verschwendung vorzuschlagen.

Empfehlung: Annehmen (Nationalrat und SGK-SR folgen)

- Gemäss Sonderabfallstatistik des Bundesamtes für Umwelt wurden im Jahr 2020 schweizweit etwa 4'200 Tonnen Altmedikamente und Zytostatika-Abfälle aus dem ambulanten und stationären Bereich entsorgt.
- Dies dürfte gemäss Experten einem Wert von über 2 Milliarden Franken entsprechen.
- Es sind somit Massnahmen erforderlich, dies vor allem, um die Kosten zu Lasten der OKP und damit der Prämienzahler zu begrenzen. Es muss vermieden werden, Medikamente zu finanzieren, die im Abfall landen. Der Fokus sollte vermehrt auf die Compliance bei der Medikamenteneinnahme gerichtet werden.

24.3397 Mo. SGK-NR. Den Verwurf aufgrund von ungeeigneten Packungsgrössen oder Dosisstärken bei den Medikamentenpreisen berücksichtigen

Ständerat: 11. Dezember 2024

Der Bundesrat wird beauftragt, die rechtlichen Grundlagen so anzupassen, dass bei der Beurteilung der Zweckmässigkeit und insbesondere der Wirtschaftlichkeit eines Medikaments vollständig berücksichtigt wird, ob es durch ungeeignete Packungsgrössen, Dosisstärken oder Darreichungsformen zu Medikamentenverwurf kommt.

Empfehlung: Annehmen (Nationalrat und SGK-SR folgen)

- Pharmaunternehmen beantragen bei der Zulassung durch Swissmedic nicht immer die zweckmässigsten Dosierungen und Verpackungsgrössen, sondern richten den Fokus oft auf den maximalen Gewinn. Die durch diese Praxis verursachte Verschwendung von Medikamenten sollte bei der Preisgestaltung berücksichtigt werden.
- Diese Massnahme erlaubt es, Kosten zu Lasten der OKP einzusparen.

24.4077 Mo. Poggia Mauro, MCG.

Für die Reserven in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung endlich einen nationalen Fonds einrichten

Ständerat: 11. Dezember 2024

Das KVAG sollte angepasst werden, um auf nationaler Ebene einen Fonds einzurichten, in den die Reserven sämtlicher Versicherer übergehen, die über eine Bewilligung zur Durchführung der OKP verfügen. Dieser Fonds sollte von einer unabhängigen Institution verwaltet werden.

Empfehlung: Ablehnen

- Zunächst gilt es zu erwähnen, dass das KVAG keine kantonalen Reserven vorsieht. Art. 14 Abs. 1 KVAG sieht unter anderem vor, dass „die Versicherer zur Sicherstellung der Solvenz im Bereich der sozialen Krankenversicherung ausreichende Reserven bilden müssen“.
- Das Ziel dieser Bestimmung ist es unter anderem, dass die Krankenversicherer mit Hilfe ihrer Reserven ihre Solvenz mittel- und langfristig gewährleisten, sowie die mit der Rückerstattung von Leistungen einhergehenden Schwankungen ausgleichen können. Das zu berücksichtigende Kollektiv ist somit die Krankenkasse als Ganzes und nicht dasjenige der Schweiz.
- Es ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass die Reserven einen Teil der Eigenmittel der Versicherungsunternehmen darstellen. Sie sind ausschliesslich für die Versicherten des jeweiligen Krankenversicherers bestimmt und können daher nicht übertragen werden.
- Schliesslich besteht bei einem einzigen gesamtschweizerischen Reservefonds die Gefahr, dass die Krankenversicherer zu tiefen Prämien festlegen und/oder zu hohen Versicherungs-, Markt- und Kreditrisiken in Kauf nehmen. Dies unter anderem, da sie die damit einhergehenden Konsequenzen nicht direkt zu tragen haben.
- Ausserdem hat der Bundesrat in seiner Antwort auf die Motion von Herrn Poggia (11.4089) präzisiert: «Unklar ist ferner, nach welchen Kriterien die Krankenversicherer in einen solchen Fonds einzahlen müssten. Die Folge könnte sein, dass die Reservebildung zufällig erfolgen würde, und das ausgewogene Verhältnis zwischen kantonalen Prämien und kantonalen Gesundheitsausgaben beeinträchtigt würde, wenn deren Differenzbetrag in einen einzigen Reservepool fliessen würde. Die mit der Motion angestrebte ausgleichende Gerechtigkeit liesse sich daher eben gerade nicht verwirklichen».

24.4066 Mo. Gapany Johanna, FDP.
**Besserer Zugang zur 2. Säule
mittels freiwilliger
Sparmöglichkeiten zur Erhöhung
der Rente**

Ständerat: 11. Dezember 2024

Arbeitgeber sollten ihren Arbeitnehmern ermöglichen, ihren Jahreslohn zu mindestens 80 % zu versichern, wenn dieser über der Eintrittsschwelle liegt.

Empfehlung: Annehmen

- Ein Koordinationsabzug, der als Prozentsatz des Lohns berechnet wird, hat mehrere Vorteile (kein Schwelleneffekt mehr und bessere Abdeckung von Teilzeitbeschäftigten).
- Mit diesem Vorschlag können die Angestellten selbst entscheiden, ob sie zugunsten einer höheren Rente einen etwas teureren Plan oder zulasten ihrer Rente einen höheren Nettolohn bevorzugen.

24.4198 Mo. Maillard Pierre-Yves, SP.
**Dem Kaufkraftverlust der
Renten in der 2. Säule
entgegenwirken**

Ständerat: 11. Dezember 2024

Die Renten aus dem BVG sollten regelmässig der Teuerung angepasst werden.

Empfehlung: Ablehnen

- Nach den geltenden Bestimmungen (Art. 36 BVG) werden Hinterlassenen- und Invalidenrenten, die seit mehr als drei Jahren laufen, an die Preisentwicklung angepasst. Darüber hinaus werden die Altersrenten im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der Vorsorgeeinrichtungen an die Preisentwicklung angepasst.
- Eine Verpflichtung zum Teuerungsausgleich führt zu einem Finanzierungsproblem. Wie sollte diese Anpassung finanziert werden? In seiner Botschaft vom 1. März 2000 präzisiert der Bundesrat: «Ein voller Teuerungsausgleich ist nicht möglich. Ein voller Teuerungsausgleich setzt einerseits einen gesamtschweizerischen Lastenausgleich voraus und macht andererseits eine Beanspruchung von Beiträgen der Aktivversicherten und ihrer Arbeitgebenden notwendig. Beide Massnahmen sind in einem Kapitaldeckungsverfahren systemfremd».
- In der Vergangenheit hat die Zwangsteuerung die öffentlichen Pensionskassen in Schwierigkeiten gebracht.

**24.3919 Mo. Poggia Mauro,
MCG.**

**Spitalzusatzversicherung. Freie
Wahl der Versicherten
gewährleisten**

Ständerat: 18. Dezember 2024

Das VVG sollte angepasst werden, um den Versicherten, die über eine Spitalzusatzversicherung verfügen, Folgendes zu gewährleisten:

1. eine Information jeder versicherten Person durch den Versicherer, wenn ein bei Vertragsabschluss zugelassenes Spital, das sich im Wohnkanton der versicherten Person befindet, von der Liste der anerkannten Spitäler gestrichen wird;
2. wenn ein Spital von der Liste der anerkannten Einrichtungen gestrichen wird, die minimale Übernahme der Kosten, die der Versicherer für die Hospitalisierung und Pflege bei einer anerkannten Einrichtung in der Nähe des Wohnortes der versicherten Person übernommen hätte.

Empfehlung: Ablehnen

- Der Versicherer muss bereits heute den Versicherungsnehmenden vor Abschluss des Versicherungsvertrags verständlich über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrags informieren.
- Mit der vom Motionär vorgeschlagenen Pflicht zur Übernahme mindestens der Kosten, die der Versicherer bei der Streichung eines Spitals von der Liste der anerkannten Spitäler für die Aufnahme und Pflege in einem anerkannten Spital in der Nähe des Wohnortes der versicherten Person übernommen hätte, würde, wie vom Bundesrat in seiner Stellungnahme geschrieben, faktisch ein Kontrahierungszwang eingeführt, und die Wirtschafts- und Vertragsfreiheit der Versicherer würden unverhältnismässig eingeschränkt.