

Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und verabschiedet drei Ausführungsverordnungen

Der Bundesrat hat das Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), welches am 4. Dezember 1994 vom Volk angenommen worden ist, auf den 1. Januar 1996 festgesetzt. Er hat ebenfalls drei Verordnungen verabschiedet, welche Details zur Inkraftsetzung des Gesetzes, der Verteilung der Bundessubventionen und des Risikoausgleiches unter den Versicherern regeln.

Diese drei relativ kurzen Verordnungen sind vorgängig als Entwürfe den Kantonen den politischen Parteien und interessierten Organisationen zur Vernehmlassung unterbreitet worden. Sie enthalten Bestimmungen, welche die Versicherer und die Kantone unbedingt benötigen, um sich auf die Umsetzung der neuen Regelungen vorbereiten zu können. Der grösste Teil der Ausführungsbestimmungen zum Gesetz wird Gegenstand einer umfangreicheren Hauptverordnung sein, welche sich zur Zeit als Entwurf im Vernehmlassungsverfahren befindet und vom Bundesrat im Juni 1995 verabschiedet wird.

Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des Gesetzes

Es handelt sich um jene Verordnung, die das Inkrafttreten des KVG auf den 1. Januar 1996 festsetzt. Dieses Datum ist im Vernehmlassungsverfahren nicht bestritten worden. Diese Verordnung regelt aber auch eine Reihe von Fragen, welche vor dem Inkrafttreten des Gesetzes geklärt sein müssen (z.B. die Registrierung der Versicherer) und garantiert in einigen Bereichen den Uebergang vom alten zum neuen Recht. So werden die Versicherer und die Ärzte, Spitäler usw. bis Ende 1997 Zeit haben, um gemeinsam die Tarifverträge an das neue Gesetz anzupassen. Ebenfalls bis Ende 1997 haben die Kantone ihre Spitalplanung zu erstellen.

Im Vernehmlassungsverfahren hatten die Krankenkassen um eine Frist von drei Monaten für die Anpassung ihrer Kollektivversicherungsverträge an das neue Recht ersucht. Dieser Vorschlag konnte nicht berücksichtigt werden, da die Möglichkeit einer solchen Schonfrist im KVG nicht gegeben ist. Sofern die Kollektivverträge sich auf Leistungen der obligatorischen Pflegeversicherung beziehen, werden sie auf das Ende des Jahres 1995 ungültig sein und per 1. Januar 1996 muss für alle Versicherten eine Einheitsprämie nach Versicherer und Region erhoben werden. Hinsichtlich der Zusatzversicherungen (z.B. für die private oder halbprivate Abteilung im Spital) gilt es in Erinnerung zu rufen, dass diese nach dem neuen Gesetz als Verträge des Privatversicherungsrechts geführt werden, wobei sie jedoch von den Krankenkassen noch bis Ende 1996 nach dem alten Recht weitergeführt werden können.

Verordnung über die Prämienverbilligung

Das KVG sieht vor, dass der Bund den Kantonen Subventionen gewährt, welche sie aus eigenen Mitteln aufzustocken haben und zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu verwenden haben. Es ist Sache eines jeden Kantons, den Kreis der Begünstigten wie auch die Höhe und die Modalitäten der Prämienverbilligung festzulegen. Die Verordnung über die Prämienverbilligung regelt im Detail die Verteilung der Bundesbeiträge auf die Kantone und die Pflicht, diese durch eigene Beiträge zu ergänzen.

In der Verordnung ist vorgesehen, dass die Bundesbeiträge nach der Finanzkraft der Kantone aufzuteilen sind. Im Vernehmlassungsverfahren hatte sich die Mehrheit der Kantone gegen eine Berücksichtigung der Prämienhöhe bei der Aufteilung der Bundesbeiträge ausgesprochen.

Verordnung über den Risikoausgleich

Im neuen Gesetz ist vorgesehen, dass für zehn Jahre ein Risikoausgleichssystem zwischen den Versicherern zur Anwendung gelangen soll. Diejenigen Versicherer, die einen Bestand an relativ jungen (und demzufolge weniger oft erkrankten) Versicherten aufweisen, müssen eine Abgabe zu Gunsten derjenigen leisten, die einen Bestand an eher älteren (und damit häufiger erkrankten) Versicherten haben. Die soeben verabschiedete Verordnung regelt die technischen Modalitäten dieses Systems. Sie wurde insbesondere in der Weise konzipiert, dass kostengünstig arbeitende Versicherer nicht benachteiligt werden.

EIDG. DEPARTEMENT DES INNERN
Presse- und Informationsdienst

Auskünfte:

Tel. 031 322 90 04
Markus Moser, Vizedirektor
Hauptabteilung Kranken- und
Unfallversicherung
Bundesamt für Sozialversicherung

Beilage:

- 3 Verordnungen
- Bericht zu den Ergebnissen der Vernehmlassung zu den drei Verordnungen

**Verordnung
über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom
18. März 1994 über die Krankenversicherung**

vom 12. April 1995

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf Artikel 107 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹⁾ über die Krankenversicherung (KVG; Gesetz),

verordnet:

1. Abschnitt: Inkraftsetzung

Art. 1

¹Das Gesetz tritt vorbehältlich Absatz 2 am 1. Januar 1996 in Kraft.

²Die Artikel 11-14, 18, 61 Absatz 4, 76 Absatz 4, 97-104 und 107 Abs. 2 treten am 1. Juni 1995 in Kraft.

2. Abschnitt: Einführungsbestimmungen

Art. 2 Kantonale Erlasse
 (Art. 97 KVG)

¹Die Kantone erlassen bis zum 1. Januar 1996 die Ausführungsbestimmungen zu den Artikeln 6 und 44 Absatz 2 des Gesetzes sowie zu Artikel 47 Absätze 2 und 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) vom 23. Juni 1978²⁾.

¹SR ...; AS ... (BBl 1994 II 236)

²SR 961.01

²Die Kantone erstellen bis zum 1. Januar 1998 die Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung sowie die Listen gemäss Artikel 39 des Gesetzes. Spitäler und andere Einrichtungen, die nach altem Recht als Heilanstalten gelten, sind als Leistungserbringer nach neuem Recht zugelassen, solange der Kanton die Planung und die Listen nicht erstellt hat.

Art. 3 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen
(Art. 98 KVG)

¹Die gestützt auf die Artikel 3 und 4 des Bundesgesetzes vom 13. Juni 1911¹⁾ über die Krankenversicherung (KUVG) anerkannten Krankenkassen (Kassen), welche die Krankenversicherung nach dem neuen Gesetz fortführen wollen, haben dies dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) bis zum 31. Juli 1995 schriftlich mitzuteilen.

²Bis zum 30. September 1995 haben die Kassen dem BSV folgende Unterlagen einzureichen:

- a. die Prämientarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes;
- b. das nach den Versicherungsbereichen gemäss Artikel 4 Absatz 2 aufgegliederte Budget für 1996;
- c. die Bestimmungen über die besonderen Formen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 62 des Gesetzes sowie über die freiwillige Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes.

³Bis zum 31. Dezember 1995 haben die Kassen dem BSV die Statuten und allfällige weitere allgemeine Bestimmungen über Rechte und Pflichten der Versicherten einzureichen.

⁴Kassen, die am 1. Januar 1996 keine juristischen Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sind, haben ihre Organisationsform bis zum 1. Januar 1998 dem Gesetz anzupassen.

¹SR 832.10

⁵Kassen, die noch nicht ins Handelsregister eingetragen sind, haben dies bis zum 1. Januar 1997 zu veranlassen.

⁶Kollektivversicherungsverträge, die gestützt auf Artikel 5^{bis} KUVG abgeschlossen wurden, fallen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf den 31. Dezember 1995 dahin. Ab dem 1. Januar 1996 führen die Kassen die Krankenpflegeversicherung ihrer Versicherten, die bis dahin einem dahingefallenen Vertrag angeschlossen waren, nach dem neuen Recht weiter.

Art. 4 Aufteilung des Vermögens
 (Art. 98 Abs. 3 KVG)

¹Die Kassen haben ihre Reserven nach den Artikeln 9-11 der Verordnung V vom 2. Februar 1965¹⁾ über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit, die weiteren zu Versicherungszwecken gebildeten Reserven, die Rückstellungen für unerledigte Versicherungsfälle und die Rücklagen aus Fusionen per 1. Januar 1996 auf die einzelnen Versicherungsbereiche aufzuteilen und in der Eröffnungsbilanz 1996 entsprechend auszuweisen. Die Aufteilung erfolgt aufgrund des Vermögensstandes am 31. Dezember 1995.

²Als Versicherungsbereiche gelten:

- a. die obligatorische Krankenpflegeversicherung;
- b. die freiwillige Taggeldversicherung nach den Artikeln 67-77 des Gesetzes;
- c. Zusatzversicherungen und weitere Versicherungsarten zusammen.

³Die Aufteilung erfolgt aufgrund der Ausgaben der Kasse für die einzelnen Versicherungsbereiche in den Jahren 1990 bis 1994. Das BSV bestimmt, welche Positionen der offiziellen Erhebungformulare zu berücksichtigen sind, und erlässt die erforderlichen Weisungen.

¹SR 832.121; AS 1965 90, 1969 77 1220, 1970 1644, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 40 370

⁴Bestehende Fonds und andere den Versicherungsbereich betreffende zweckgebundene Verbindlichkeiten bleiben ihren Zwecken zugewiesen.

Art. 5 Rückversicherung
 (Art. 14 KVG)

¹Die nach KUVG anerkannten Krankenkassen und Rückversicherungsverbände, welche die Rückversicherung nach dem neuen Gesetz fortführen wollen, haben dem BSV ein schriftliches Gesuch um Bewilligung bis zum 31. Juli 1995 einzureichen.

²Bestehende Rückversicherungs-, Garantie- oder andere Verträge zwischen Kassen und Rückversicherern sind bis zum 31. Dezember 1996 dem neuen Recht anzupassen.

Art. 6 Gemeinsame Einrichtung
 (Art. 18 KVG)

Die Versicherer haben dem Eidgenössischen Departement des Innern (Departement) bis zum 30. September 1995 die Stiftungsurkunde der gemeinsamen Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes und die Reglemente über deren Betrieb zur Genehmigung einzureichen.

Art. 7 Förderung der Gesundheit
 (Art. 19 und Art. 20 KVG)

¹Die in Artikel 19 Absatz 2 des Gesetzes vorgesehene Institution hat ihre Tätigkeit spätestens am 1. Januar 1998 aufzunehmen. Die Versicherer und die Kantone teilen dem Departement bis zum 31. Dezember 1996 mit, ob die Gründung der Institution erfolgt ist. Sie unterbreiten dem Departement gleichzeitig die Statuten der Institution.

²Die Institution hat dem BSV bis zum 30. Juni 1997 ihren Antrag betreffend den in Artikel 20 Absatz 1 des Gesetzes vorgesehenen Beitrag schriftlich mitzuteilen. Will die Stiftung ihre Tätigkeit bereits im Jahre 1997 aufnehmen, hat sie ihren Antrag bis zum 30. Juni 1996 einzureichen. Dem Antrag ist ein Tätigkeitsprogramm und ein Budget beizulegen, woraus ersichtlich wird, dass dieser Beitrag erforderlich ist.

Art. 8 Tarife und Tarifverträge
(Art. 101 Abs. 2 und Art. 104 KVG)

¹Nach bisherigem Recht abgeschlossene Tarifverträge sind bis zum 31. Dezember 1997 an das neue Recht anzupassen.

²Bei Anstalten oder deren Abteilungen, die nach bisherigem Recht als Heilanstalten gelten, richten sich die Leistungspflicht der Versicherer und die Vergütung an die Heilanstalt bis zur Anpassung an das neue Recht nach den bisherigen Verträgen oder Tarifen.

³Bei nach bisherigem Recht abgeschlossenen Tarifverträgen sind Tariferhöhungen auch ohne Anpassung der übrigen Bestimmungen an das neue Recht möglich, wenn dadurch Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes nicht verletzt wird.

Art. 9 Kostenstellenrechnung
(Art. 49 Abs 6 KVG)

Die Spitäler haben dem Bundesrat bis zum 31. Dezember 1996 einen gemeinsamen Vorschlag über die Kostenstellenrechnung und die Leistungsstatistik im Sinne von Artikel 49 Absatz 6 des Gesetzes mit einem Vorschlag über die Frist zur Einführung in den Spitälern und Pflegeheimen einzureichen. Der Bundesrat erlässt anschliessend nach Anhören der Kantone, der Versicherer, der Spitäler und der Pflegeheime die nötigen Bestimmungen zur Einführung der Kostenstellenrechnung und der Leistungsstatistik.

3. Abschnitt: Inkrafttreten

Art. 10

Diese Verordnung tritt am 1. Juni 1995 in Kraft.

12. April 1995

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident:

Der Bundeskanzler:

**Verordnung
über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der
Krankenversicherung**

vom 12. April 1995

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf die Artikel 66 und 96 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹⁾ über die Krankenversicherung (Gesetz)

verordnet:

Art. 1 Zweck

Diese Verordnung regelt die in Artikel 66 des Gesetzes vorgesehene Aufteilung der Beiträge des Bundes an die Kantone sowie die Verpflichtung der Kantone, die Beiträge des Bundes aus eigenen Mitteln aufzustocken.

Art. 2 Bundes- und Kantonsbeitrag

¹Der Höchstbetrag des Anteils jedes Kantons ergibt sich aus der Aufteilung des gesamten Bundesbeitrages aufgrund des Verteilungsschlüssels nach Artikel 3.

²Die von den Kantonen aus eigenen Mitteln zu erbringenden Beiträge werden aufgrund der Höchstbeträge nach Absatz 1 festgesetzt.

¹SR ...; AS ... (BBl 1994 II 236)

Art. 3 Verteilungsschlüssel

¹Die Bundes- und Kantonsbeiträge nach Artikel 66 des Gesetzes werden aufgrund der folgenden Masszahlen auf die Kantone aufgeteilt:

- a. Index der Finanzkraft des Kantons [IFK];
- b. mittlere Wohnbevölkerung des Kantons in Tausend [Bev];
- c. gesamter Bundesbeitrag in Millionen Franken [B];
- d. gesamter Kantonsbeitrag in Millionen Franken [K];
- e. Korrekturfaktor [a], um den sich verändernden Verhältnissen zwischen dem nach Finanzkraft zu verteilenden gesamten Bundes- und Kantonsbeitrag Rechnung zu tragen [$a = 2 * K / B$ (FK)];
- f. durchschnittlicher schweizerischer Pro-Kopf-Beitrag von Bund und Kantonen gemäss Finanzkraft [D];
- g. Konstante, die für die Berechnung der Anteile jeweils so festgelegt wird, dass die resultierende Summe der Anteile aller Kantone genau dem zu verteilenden Bundesbeitrag entspricht [k].

²Der gesamte Bundesbeitrag [B] wird nach dem folgenden Schlüssel unter die Kantone verteilt:

$$\text{Anteil je Kanton an B in Fr.} = 2,71828 (a * \text{IFK} * -0.00503) * B * \text{Bev} * k.$$

³Die Kantone ergänzen die Bundesbeiträge aus eigenen Mitteln mindestens in dem Masse, bis die finanzkraftabhängigen Pro-Kopf-Beiträge von Bund und Kantonen [D] in jedem Kanton die gleiche Höhe erreichen, nach der folgenden Formel:

$$\text{Komplementärleistung des Kantons} = (D * \text{Bev} * 1000) - \text{Anteil des Kantons an B.}$$

Art. 4 Berechnungsgrundlagen

¹Für die Wohnbevölkerung der Kantone sind die Zahlen der letzten Erhebung über die mittlere Wohnbevölkerung massgebend.

²Die Finanzkraft der Kantone ergibt sich aus den Indexzahlen für die entsprechenden Jahre, wie sie nach den Artikeln 2-4 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959¹⁾ über den Finanzausgleich unter den Kantonen ermittelt worden ist.

³In Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Finanzverwaltung veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) jeweils im April die Höchst- bzw. Mindestbeträge der Bundes- bzw. Kantonsbeiträge für das folgende Jahr.

Art. 5 Antrag auf Bundesbeiträge

¹Die Kantone haben dem BSV bis zum 31. Januar eine Aufstellung der für das laufende Jahr vorgesehenen Verbilligungsbeiträge auf dem dafür bestimmten Formular einzureichen. Sie geben dem BSV die kantonalrechtlichen Bestimmungen bekannt, nach denen diese Beiträge ausgerichtet werden.

²Kantone, welche die von ihnen zu übernehmenden Beiträge nach Artikel 66 Absatz 5 des Gesetzes kürzen, haben dem BSV den entsprechenden Prozentsatz der Kürzung mit der Aufstellung nach Absatz 1 mitzuteilen. Das BSV berücksichtigt diese Kürzung bei der Auszahlung der Bundesbeiträge.

Art. 6 Auszahlung

Die Bundesbeiträge werden wie folgt ausbezahlt:

- a. 80 Prozent aufgrund der Aufstellung nach Artikel 5 Absatz 1 in drei Raten im laufenden Jahr;
- b. die restlichen Beiträge in der Regel spätestens 3 Monate nach Eingang der Schlussabrechnung im folgenden Jahr.

¹SR 613.1

Art. 7 Abrechnung

¹Die Abrechnung über die Bundes- und Kantonsbeiträge erstreckt sich jeweils auf ein Kalenderjahr und ist dem BSV spätestens bis am 30. Juni des folgenden Jahres einzureichen.

²Die Abrechnung erfolgt auf einem vom BSV nach Anhören der Kantone erstellten Formular, welches insbesondere Angaben bezüglich Anzahl, Geschlecht, Alter, Einkommen und Zusammensetzung der Haushalte der Begünstigten enthält.

³Kantone, welche die Festsetzung und Auszahlung von Verbilligungsbeiträgen den Gemeinden überlassen, haben die Abrechnungen der Gemeinden zu überprüfen und zuhanden des BSV nach dessen Weisungen zusammenzufassen.

Art. 8 Kontrolle

¹Mit der Abrechnung ist ein Revisionsbericht einzureichen, der Auskunft gibt über den Zeitpunkt und den Umfang der vorgenommenen Revision, die gemachten Feststellungen und die daraus zu ziehenden Schlüsse. Das BSV kann von den Revisionsstellen ergänzende Berichte verlangen.

²Das BSV prüft im Sinne des Artikels 25 des Subventionsgesetzes vom 5. Oktober 1990¹⁾ ob die Bundesbeiträge gesetzeskonform verwendet werden.

³Die Kantone haben dem BSV nach Artikel 11 des Subventionsgesetzes alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und ihm auch Einsicht in die Akten und den Zutritt an Ort und Stelle zu gewähren.

¹SR 616.1

Art. 9 Rückerstattung, Kürzung und Aufschub von Beitragszahlungen

¹Zu Unrecht ausbezahlte Beiträge sind nach den Artikeln 28 und 30 des Subventionsgesetzes zurückzuerstatten.

²Ist eine Abrechnung unvollständig oder fehlerhaft oder wurden die Vorschriften des Gesetzes oder dieser Verordnung oder der darauf gestützten Weisungen nicht beachtet, können bis zur Behebung der Mängel Beiträge zurückbehalten oder nach Artikel 28 Absatz 2 des Subventionsgesetzes gekürzt werden.

Art. 10 Zuständigkeit

Wechseln Versicherte ihren Wohnsitz von einem Kanton in einen anderen, so besteht der Anspruch auf Prämienreduktionen für die ganze Dauer des Kalenderjahres nach dem Recht jenes Kantons, in welchem die Versicherten am 1. Januar ihren Wohnsitz hatten.

Art. 11 Schlussbestimmung und Inkrafttreten

¹Die Verordnung vom 31. August 1992¹⁾ über Beiträge an die Kantone zur Verbilligung der Prämien in der Krankenversicherung ist aufgehoben.

²Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

12. April 1995

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident:

Der Bundeskanzler:

¹SR 832.112.4

Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung

vom 12. April 1995

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf die Artikel 18 und 105 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994¹⁾ über die Krankenversicherung (Gesetz),

verordnet:

Art. 1 Umfang des Risikoausgleichs

¹Der Risikoausgleich nach Art. 105 des Gesetzes gilt für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, einschliesslich der besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 41 Absatz 4 und 62 des Gesetzes.

²Sämtliche Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, haben die für den Risikoausgleich nötigen Angaben zu liefern.

Art. 2 Risikogruppen

¹Die Versicherten werden für den Risikoausgleich in Risikogruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Versicherten im Alter von 18-25 Jahren. Die Versicherten im Alter von 26-90 Jahren werden in Gruppen von je fünf Jahren eingeteilt. Die letzte Risikogruppe umfasst die Versicherten im Alter ab 91 Jahren.

²Die Risikogruppenzuteilung erfolgt aufgrund der Geburtsjahre der Versicherten.

¹SR ...; AS ... (BBl 1994 II 236)

Art. 3 Durchschnittskosten

¹Für die Durchführung des Risikoausgleichs werden pro Kanton folgende Durchschnittskosten ermittelt:

- a. die Durchschnittskosten pro versicherte Person, deren Alter 18 oder mehr Jahre beträgt (Gesamtdurchschnitt);
- b. die Durchschnittskosten pro versicherte Person der einzelnen Risikogruppen, getrennt nach Geschlecht (Gruppendurchschnitt).

²Für die Berechnung der Durchschnittskosten sind die Kosten massgebend, die für alle Versicherten des Kantons im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, abzüglich der Kostenbeteiligungen.

³Wenn in einzelnen Kantonen starke Abweichungen vom durchschnittlichen Kostenverlauf infolge kleiner Versichertenbestände oder einzelner teurer Krankenpflegefälle auftreten, so legt das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) auf Antrag der für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständigen Stelle (Art. 7) die für den Risikoausgleich massgebenden Durchschnittskosten nach versicherungsmathematischen Grundsätzen fest.

Art. 4 Versichertenbestände

¹Für die Errechnung der Versichertenbestände eines Versicherers sind die Versicherungsmonate massgebend.

²Versicherte, die im Ausland wohnen und in der Schweiz ihren Arbeitsort haben, werden dem Kanton zugeordnet, in welchem sie arbeiten. Andere Versicherte aus dem Ausland werden jenem Kanton zugeordnet, in dem sie ihren letzten Wohnsitz hatten oder in dem der Versicherer seinen Sitz hat.

³Bei neuen Versicherern sind die Versichertenbestände bei Beginn der Durchführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung massgebend, bis die Angaben nach den Absätzen 1 und 2 vorliegen.

Art. 5 Risikoausgleich

¹Die Versicherer bezahlen für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher die nach Artikel 3 ermittelten Durchschnittskosten getrennt nach Geschlecht unter dem Gesamtdurchschnitt liegen, eine Risikoabgabe, welche der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

²Die Versicherer erhalten für ihre Versicherten einer Risikogruppe, bei welcher die nach Artikel 3 ermittelten Durchschnittskosten getrennt nach Geschlecht über dem Gesamtdurchschnitt liegen, einen Ausgleichsbeitrag, welcher der Differenz zwischen dem Gruppendurchschnitt und dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

Art. 6 Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge

¹Massgebend für die Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge sind die Versichertenbestände und die von ihnen verursachten Kosten im Kalenderjahr, für welches der Risikoausgleich erfolgt (Ausgleichsjahr).

²Die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Jahre vor dem Ausgleichsjahr aufgrund einer provisorischen Berechnung festgelegt. Diese stützt sich auf die Versichertenbestände und Kosten im Kalenderjahr, das zwei Jahre vor dem Ausgleichsjahr liegt. Bei der Berücksichtigung der Kosten kann die für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständige Stelle (Art. 7) für die voraussichtlich bis zum Ausgleichsjahr zu erwartende Kostensteigerung einen angemessenen Zuschlag einberechnen.

³Die definitiven Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge werden im Jahr, welches dem Ausgleichsjahr folgt, festgesetzt.

Art. 7 Durchführungsstelle

¹Die gemeinsame Einrichtung nach Artikel 18 des Gesetzes führt den Risikoausgleich durch.

²Sie ermittelt die Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge und stellt jedem Versicherer die ihn betreffende Saldoabrechnung sowie dem BSV die Berechnungsunterlagen und die Saldoabrechnungen pro Versicherer, Kanton und für die ganze Schweiz zu.

³Sie erstellt eine Statistik über die Versicherten und Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in den Kantonen und stellt diese dem Bund, den Kantonen, den Versicherern und ihren Verbänden zur Verfügung. Die Kosten für die Bereitstellung dieser Statistik fallen zu Lasten der gemeinsamen Einrichtung. Die Statistik kann auch weiteren Interessierten zugestellt werden.

⁴Die gemeinsame Einrichtung erstattet jährlich Bericht über die Durchführung des Risikoausgleichs.

⁵Der Inhalt des Berichts und der Statistik wird von der gemeinsamen Einrichtung und dem BSV gemeinsam festgelegt. Die beiden Vorlagen werden von der gemeinsamen Einrichtung jährlich veröffentlicht.

Art. 8 Wirkungsanalyse

Das BSV führt mit den Fachkreisen der Krankenversicherung eine begleitende wissenschaftliche Untersuchung durch. Zu untersuchen sind insbesondere die Wirkungen des Risikoausgleichs in bezug auf die Kostenentwicklung bei den einzelnen Versicherern und in bezug auf das Recht der Versicherten, den Versicherer zu wechseln. Das BSV bestimmt die technischen Einzelheiten der Untersuchung. Für die Erhebungsarbeiten und die Auswertung der Ergebnisse kann es ein wissenschaftliches Institut beziehen.

Art. 9 Verwaltungskosten

Die Versicherer tragen mit einem einheitlichen Beitrag je versicherte Person zur Deckung der Verwaltungskosten des Risikoausgleichs bei. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach den Versichertenbeständen im Sinne von Artikel 4.

Art. 10 Datenlieferung an die Durchführungsstelle

¹Die Versicherer liefern ihre nach Kantonen, Risikogruppen, Geschlecht und Kalenderjahr ermittelten Daten über die Versichertenbestände, Kosten und Kostenbeteiligungen nach den Weisungen der gemeinsamen Einrichtung. Sie stellen der gemeinsamen Einrichtung die Daten mit einer Kopie des amtlichen Formulars über den durchschnittlichen Versichertenbestand zu.

²Diese Daten sind der gemeinsamen Einrichtung bis Ende April des dem Ausgleichsjahr vorausgehenden Jahres und des dem Ausgleichsjahr folgenden Jahres zu übermitteln.

Art. 11 Kontrolle der Daten

Die gemeinsame Einrichtung kann von den Revisionsstellen der Versicherer einen Bericht über die Richtigkeit und Vollständigkeit der gelieferten Daten verlangen.

²Die gemeinsame Einrichtung kann, in Zusammenarbeit mit den Revisionsstellen der Versicherer die Richtigkeit und Vollständigkeit der nach Artikel 10 gelieferten Daten mittels Stichproben überprüfen.

Art. 12 Zahlungsfristen

¹Zahlungen der Versicherer an den Risikoausgleich aufgrund der provisorischen Berechnung nach Artikel 6 Absatz 2 sind je zur Hälfte bis 15. Februar und 15. August des Ausgleichsjahres zu leisten. Zahlungen des Risikoausgleichs an

die Versicherer haben je zur Hälfte bis zum 28. bzw. 29. Februar und 31. August des Ausgleichsjahres zu erfolgen.

²Zahlungen der Versicherer aufgrund der definitiven Berechnung nach Artikel 6 Absatz 3 sind bis zum 15. November des Jahres zu leisten, welches dem Ausgleichsjahr folgt. Zahlungen des Risikoausgleichs an die Versicherer sind bis zum 30. November des Jahres auszurichten, welches dem Risikoausgleich folgt.

³Die an die Versicherer geschuldeten Zahlungen sind von der gemeinsamen Einrichtung auch dann vorzunehmen, wenn nicht alle Versicherer ihre Zahlungen an den Risikoausgleich geleistet haben. Stehen am Stichtag noch Zahlungen der Versicherer aus, kann die gemeinsame Einrichtung die Zahlungen aufgrund der eingegangenen Risikoabgaben vornehmen. Die ausstehenden Ausgleichsbeiträge sind nach Eingang zu entrichten und um die Einnahmen aus den Verzugszinsen nach Absatz 4 zu erhöhen. Bei geringfügigen Ausständen kann die gemeinsame Einrichtung Darlehen aufnehmen, um die Ausgleichsbeiträge ohne Kürzung termingemäss auszusahlen.

⁴Versicherer, welche die Zahlungsfristen nach den Absätzen 1 und 2 nicht einhalten, haben nach deren Ablauf pro Monat 0,5 Prozent Verzugszins an die gemeinsame Einrichtung zu bezahlen. Diese Regelung gilt sowohl für die beiden Raten des provisorischen Risikoausgleichs als auch für die Schlusszahlung des definitiven Risikoausgleichs.

⁵Die im Rahmen der provisorischen Berechnung gegenüber der definitiven Berechnung zuviel oder zuwenig bezahlten Beträge sind zu verzinsen. Die Verzinsung erfolgt jeweils bezogen auf die Ein- und Auszahlungstermine für den provisorischen und definitiven Risikoausgleich sowie unter Berücksichtigung der effektiv erhaltenen oder bezahlten Beiträge. Die gemeinsame Einrichtung legt den Vergütungszins in Berücksichtigung der marktüblichen Zinsen fest. Sie vergütet und fordert die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, welches dem Risikoausgleich folgt.

Art. 13 Zinserträge

¹Die bei der gemeinsamen Einrichtung aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine für die Zahlungen des provisorischen und des definitiven Risikoausgleichs auflaufenden Zinsen werden den Versicherern zurückvergütet.

²Die Höhe der Zinsvergütung richtet sich nach der umsatzmässigen Beteiligung des Versicherers am jeweiligen Risikoausgleich. Die gemeinsame Einrichtung vergütet die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, welches dem Risikoausgleich folgt.

Art. 14 Datenschutz

¹Die gemeinsame Einrichtung ist, ausser gegenüber dem BSV und ihrer eigenen Revisionsstelle, zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet, die Rückschlüsse auf den Versicherer zulassen. Dritte, die mit der Verarbeitung der Daten beauftragt werden, sind ebenfalls zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet.

²Die gesammelten Daten dürfen nur für die Durchführung des Risikoausgleichs und die Erstellung der Statistik verwendet werden.

Art. 15 Verfahren und Rechtspflege

¹Bei Streitigkeiten zwischen einem Versicherer und der gemeinsamen Einrichtung über die Durchführung des Risikoausgleichs entscheidet die gemeinsame Einrichtung in der Form einer Verfügung im Sinne von Artikel 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVG)¹).

²Gegen diese Verfügung kann der Versicherer beim Eidgenössischen Departement des Innern (Departement) Beschwerde gemäss den Artikeln 44ff VwVG erheben.

¹SR 172.021

Art. 16 Schadenersatz und Ordnungsmassnahmen

¹Die gemeinsame Einrichtung kann Versicherern, die ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht nicht in genügender Weise nachkommen, den daraus entstandenen Schaden in Rechnung stellen.

²Bei Versicherern, die trotz Aufforderung durch das BSV am Risikoausgleich nicht teilnehmen, kann das BSV dem Departement den Entzug der Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung beantragen. Dasselbe gilt, wenn Versicherer trotz schriftlicher Mahnung der gemeinsamen Einrichtung ihrer Datenlieferungs- und Zahlungspflicht in wiederholter Weise nicht nachkommen.

Art. 17 Schluss- und Übergangsbestimmungen, Inkrafttreten

¹Die Verordnung IX vom 31. August 1992¹⁾ über die Krankenversicherung betreffend den Risikoausgleich unter den Krankenkassen (Verordnung IX) ist aufgehoben.

²Die Risikoausgleiche 1994 und 1995 werden nach bisherigem Recht durchgeführt. Wird die Durchführung dieser Risikoausgleiche vom Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen an die gemeinsame Einrichtung übertragen, ist Artikel 15 dieser Verordnung auch auf die Risikoausgleiche nach bisherigem Recht anwendbar, sofern nicht bereits eine Verfügung des BSV eröffnet worden ist.

³Für die Kalenderjahre 1995 und 1996 liefern die Versicherer ihre Daten an die für die Durchführung des Risikoausgleichs zuständige Stelle sowohl nach den Artikeln 3 und 12 der Verordnung IX als auch nach den Artikeln 2 und 10 dieser Verordnung.

¹AS 1992 1738, 1993 2013

⁴Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2005.

12. April 1995

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident:

Der Bundeskanzler:

**Bericht zu den Ergebnissen der Vernehmlassung
zu den folgenden Verordnungsentwürfen:**

**Verordnung
über die Inkraftsetzung und Einführung
des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die
Krankenversicherung**

**Verordnung
über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der
Krankenversicherung**

**Verordnung
über den Risikoausgleich in der
Krankenversicherung**

INHALT

	Seite
Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen	5
A. VERORDNUNG ÜBER DIE INKRAFTSETZUNG UND EINFÜHRUNG DES BUNDESGESETZES VOM 18. MÄRZ 1994 ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG	
1 Durchführung der Vernehmlassung	7
2 Grundsätzliche Zustimmung zum Verordnungsentwurf	7
3 Kritik	7
4 Ergebnisse im einzelnen	8
Art. 1 Inkraftsetzung des Gesetzes und einzelner Bestimmungen des Gesetzes	8
Art. 2 Kantonale Erlasse	8
Art. 3 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen	9
Art. 4 Aufteilung des Vermögens	9
Art. 5 Rückversicherung	10
Art. 6 Zusatzversicherungen	10
Art. 7 Gemeinsame Einrichtung	11
Art. 8 Förderung der Gesundheit	11
Art. 9 Tarife und Tarifverträge	12
Art. 10 Indexwerte	14
Art. 11 Inkrafttreten der Verordnung	14

	Seite
B. VERORDNUNG ÜBER DIE BEITRÄGE DES BUNDES ZUR PRÄMIENVER- BILLIGUNG IN DER KRANKENVERSICHERUNG	
1 Durchführung der Vernehmlassung	15
2 Grundsätzliche Zustimmung zum Verordnungsentwurf	15
3 Kritik	15
4 Ergebnisse im einzelnen	16
Art. 1 Zweck	16
Art. 2 Bundes- und Kantonsbeitrag	16
Art. 3 Verteilungsschlüssel	16
Art. 4 Berechnungsgrundlagen	17
Art. 5 Verwendung der Beiträge	17
Art. 6 Antrag auf Bundesbeiträge	18
Art. 7 Abrechnung	18
Art. 8 Auszahlung	19
Art. 9 Kontrolle	19
Art. 10 Rückerstattung, Kürzung und Aufschub der Beitragszahlungen	20
Art. 11 Situation der Versicherten	20
Art. 12 Schlussbestimmung und Inkrafttreten	21
Hinweise des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zu Verfahrens- fragen	21

Seite

C. VERORDNUNG ÜBER DEN RISIKOAUSGLEICH IN DER KRANKENVERSICHERUNG

1	Durchführung der Vernehmlassung	22
2	Grundsätzliche Zustimmung zum Verordnungsentwurf	22
3	Kritik	22
4	Ergebnisse im einzelnen	23
Art. 1	Umfang des Risikoausgleichs	23
Art. 2	Risikogruppen	24
Art. 3	Durchschnittskosten	24
Art. 4	Versichertenbestände	25
Art. 5	Risikoausgleich	25
Art. 6	Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge	25
Art. 7	Durchführungsstelle	26
Art. 8	Verwaltungskosten	26
Art. 9	Datenlieferung an die Durchführungsstelle	27
Art. 10	Kontrolle der Daten	27
Art. 11	Zahlungsfristen	27
Art. 12	Datenschutz	28
Art. 13	Streitigkeiten	28
Art. 14	Ordnungsmassnahmen	28
Art. 15	Schlussbestimmung und Inkrafttreten	29

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

ACSI	Associazione Consumatrice della Svizzera Italiana
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CVP	Christlichdemokratische Volkspartei
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
Finanzdirektoren	Konferenz der kantonalen Finanzdirektoren
FMH	Verbindung der Schweizer Ärzte
FPS	Freiheits-Partei Die Autopartei
HMO	Health Maintenance Organization
Konkordat	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
KF	Konsumentinnenforum Schweiz
KVG	Bundesgesetz vom 18.3.1994 über die Krankenversicherung
LFSA	Landesverbandes freier Schweizer Arbeitnehmer
Liberale Partei	Liberale Partei der Schweiz
MPF	Mouvement populaire des familles
PKU	Schweizerische Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer
Sanitätsdirektoren	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
SBK	Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
SGB	Schweizerischen Gewerkschaftsbund
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband
SPO	Stiftung Schweizerische Patienten-Organisation
SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
SRK	Schweizerische Rote Kreuz
SSO	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft

SVP	Schweizerische Volkspartei
SVPK	Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken
VESKA	Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser
Vorort	Schweizerischer Handels- und Industrieverein
VSA	Vereinigung schweizerischer Angestelltenverbände

A. VERORDNUNG ÜBER DIE INKRAFTSETZUNG UND EINFÜHRUNG DES BUNDESGESETZES VOM 18. MÄRZ 1994 ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG

1 Durchführung der Vernehmlassung

Mit Schreiben vom 4. November 1994 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) und die interessierten Organisationen ein, zum Entwurf für eine Verordnung über die Inkraftsetzung und Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung bis zum 13. Januar 1995 Stellung zu nehmen. Nachdem das Volk dem Gesetz am 4. Dezember 1994 zugestimmt hatte, verlängerte das EDI am 8. Dezember 1994 auf Wunsch verschiedener Vernehmlassungsadressaten und -adressatinnen die Frist zur Stellungnahme bis zum 31. Januar 1995.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 112 Adressatinnen und Adressaten versandt. Einer ganzen Anzahl von zusätzlichen Interessierten wurden sie auf ausdrücklichen Wunsch hin zugestellt. 23 Kantone, 6 Parteien und 28 andere interessierte Organisationen äusserten sich näher zum Verordnungsentwurf.

2 Grundsätzliche Zustimmung zum Verordnungsentwurf

Der Verordnungsentwurf ist in der Vernehmlassung grundsätzlich auf Zustimmung gestossen. Insbesondere sind von keiner Seite Einwände gegen eine Inkraftsetzung des Gesetzes auf den 1. Januar 1996 erhoben worden.

3 Kritik

Im Zentrum der Bemerkungen standen die Bestimmungen zu den Prämien und Rückstellungen für die Zusatzversicherungen (Art. 6), zur Gründung einer Institution zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung (Art. 8), zur Weitergeltung und

Anpassung der Tarife und Tarifverträge (Art. 9) und zur Ausgleichung der Indexe in bestehenden Tarifverträgen (Art. 10). Darauf wird jeweils unter Ziffer 4 näher eingegangen.

4 Ergebnisse im einzelnen

Nachstehend werden die Ergebnisse der Vernehmlassung in der Reihenfolge der Artikel des in die Vernehmlassung gesandten Verordnungsentwurfes aufgeführt. Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden dabei weder gewichtet noch bewertet.

Artikel 1 Inkraftsetzung des Gesetzes und einzelner Bestimmungen des Gesetzes

Gegen eine Inkraftsetzung des Gesetzes auf den 1. Januar 1996 sind von keiner Seite Einwände erhoben worden. Die Kantone AI, AR, UR, TG, GR, SH, ZH, SG und GL verlangen für die Inkraftsetzung von Art. 41 Abs. 3 KVG (Übernahme der Kostendifferenz bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt) eine Übergangsfrist von mindestens drei Jahren, weil diese Bestimmung den Kantonen hohe zusätzliche Kosten und administrativen Aufwand verursache.

Artikel 2 Kantonale Erlasse

Das *Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (Konkordat)* fordert im Interesse einheitlicher und praktikabler Regelungen, dass die Versicherer von Anfang an die Gelegenheit erhalten sollten, bei der Ausarbeitung der kantonalen Ausführungsbestimmungen mitzuwirken. Das Anhörungsrecht sei in der Verordnung zu verankern.

Der *Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK)* bringt vor, eine Kompetenzdelegation an die Kantone zum Erlass von Ausführungsbestimmungen zu Art. 39 Abs. 1 Bst. a-c KVG sei im Gesetz nicht enthalten.

Die *Freiheits-Partei (FPS)* weist darauf hin, die Übergangsfristen für die Kantone seien zu kurz.

Artikel 3 Fortführung der Versicherung durch anerkannte Krankenkassen

Das *Konkordat*, die Kantone BS und VD, die *CVP*, die *FPS* und die *Liberale Partei* erachten die Frist in Abs. 1 zur Einreichung der Prämientarife und der Budgets als zu kurz. Das *Konkordat* schlägt vor, sie bis zum 30. September 1995, aber frühestens bis drei Monate nach der Verabschiedung der Hauptverordnung zum KVG (KVV) zu verlängern.

Zu dem in Abs. 5 vorgesehenen Wegfall der unter dem KUVG abgeschlossenen Krankenpflege-Kollektivversicherungsverträge wird von Seiten der *FPS*, der *Liberale Partei*, des *Landesverbandes freier Schweizer Arbeitnehmer*, des *SBK*, des *Schweizerischen Gewerbeverbandes (SGV)*, des *Konkordats* und des Kantons VD eingewandt, dass bestehende Kollektivverträge nicht einfach wegfallen dürften. Es wird eine Übergangsfrist von 3 Jahren für die Anpassung der Prämien nach oben auf das Niveau der Einzelversicherungsprämien der jeweiligen Kasse vorgeschlagen.

Die *Verbindung der Schweizer Ärzte FMH* wünscht eine Präzisierung, wonach beim Inkrafttreten des Gesetzes ein automatischer Übertritt in die Einzelversicherung zu erfolgen habe.

Artikel 4 Aufteilung des Vermögens

Der Kanton LU, die *FMH* und die *Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO* fordern eine rechtliche Absicherung gegen eine Umverteilung von Kosten zwischen den einzelnen Versicherungsformen. Es dürften keine Gründungs-, Managements- und Werbekosten für HMO-Praxen und kasseneigene Gesundheitszentren zulasten der normalen Grundversicherung übernommen werden.

Die CVP erwähnt, die vorgesehene Zuweisung gemäss Abs. 4 von Fonds und anderen zweckbestimmten Mitteln dürfe nicht zu einer Ausklammerung von Sondervermögen führen.

Artikel 5 Rückversicherung

Das *Konkordat* weist darauf hin, die Frist in Abs. 1 zur Gesuchseinreichung könne nur massgebend sein, falls der Bundesrat bis dahin die KVV verabschiedet habe.

Artikel 6 Zusatzversicherungen

Hinweis: Diese Bestimmung wird in die spätere Hauptverordnung zum KVG aufgenommen und in der Einführungsverordnung gestrichen.

Das *Konkordat*, die Liberale Partei, die FDP, die CVP, die SVP, der Zentralverband schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen, der Vorort, die Fédération romande des consommatrices, der LFSA, die Sanitätsdirektoren, die Kantone BL, UR und ZH, die Stiftung Schweizerische Patienten-Organisation SPO und der SGV erachten die Frist von drei Jahren als zu kurz. Es wird befürchtet, dass die Prämien in den Zusatzversicherungen zu stark steigen würden. Die Vorschläge lauten von 5 bis 20 Jahren. Die FPS ist mit der Dreijahresfrist einverstanden.

Das *Konkordat* und der LFSA beantragen, das bisherige Finanzierungs- und Reservierungssystem (d.h. das Umlageverfahren) beizubehalten. Sollte das Kapitaldeckungsverfahren vorgeschrieben werden, müsse die Übergangsfrist auf 10 Jahre verlängert werden.

Die Schweizerische Vereinigung privater Kranken- und Unfallversicherer PKU beantragt die Streichung von Artikel 6 Absatz 1. Das Bundesamt für Privatversicherungswesen BPV solle die Frist gleichzeitig mit der Umschreibung der an die Finanzierung gestellten Anforderungen festlegen.

Die *SPO* und die *Fédération romande des consommatrices* schlagen eine Bestimmung vor, welche risikogerechte Prämien in den Zusatzversicherungen etappenweise einführe und vorsehe, dass die Mitgliedschaftsjahre bei den Prämien zu berücksichtigen seien.

Die *Schweizerische Vereinigung der AHV/IV und Frührentner* sowie das *Mouvement populaire des familles* werfen die Frage auf, was mit den Versicherten von Kassen, die über ungenügende Reserven für die Zusatzversicherungen verfügen werden, geschehen werde.

Artikel 7 Gemeinsame Einrichtung
(neu 6)

Dazu sind keine Bemerkungen gemacht worden.

Artikel 8 Förderung der Gesundheit
(neu 7)

Die Kantone AI, AR, BE, BS, GL, GR, LU, OW, TG, TI, SH, SG, SZ, UR und ZH, die *Finanzdirektoren*, die *Sanitätsdirektoren*, die *FDP*, die *Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin* und die *ACSI* schlagen vor, die in Art. 19 KVG vorgesehenen Aufgaben der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung in Lausanne zu übertragen.

Die *Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung* befürwortet eine Übernahme der Aufgaben gemäss Art. 19 KVG. Die in Art. 8 Abs. 2 vorgesehene Mitteilung könnte schon bis zum 30. Juni 1996 erfolgen. Entsprechend könnte der Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung von den Versicherten bereits im Jahre 1997 erhoben werden.

Die Kantone VS und BS regen an, regionale Institutionen zu bilden und lediglich deren Tätigkeit und die Erhebung des Beitrages gesamtschweizerisch zu koordinieren.

Der *Schweizerische Apothekerverein*, die *FMH* und die *SSO* wünschen, dass bei der Gründung der Institution die in Art. 19 Abs. 3 KVG erwähnten Organisationen und Verbände anzuhören seien.

Die *CVP*, die *SPO*, das *Konsumentinnenforum Schweiz (KF)* und die *Fédération romande des consommatrices* fordern, dass die Institution ein Leitbild, ein Pflichtenheft, ein Arbeitsprogramm und ein Budget vorlegen müsse.

Artikel 9 Tarife und Tarifverträge **(neu 8)**

Zu den Regelungen in den Abs. 1 und 2 wird von den Kantonen FR, ZG, UR, SO, OW, BE, BL, AI, TG, GR, SH, ZH, LU, SG, AR, SZ, GL, BS und AG geltend gemacht, die getroffene Lösung würde auf eine Verlängerung der Tarifbegrenzungsmaßnahmen der Bundesbeschlüsse hinauslaufen. Dies wird abgelehnt. Es müsse aus dem Text klar hervorgehen, dass die Leistungspflicht durch die bisherigen Verträge gewährleistet sei, bis die Spitalliste eines Kantons in Kraft trete, dass die vertraglich vorgesehenen Tarifierhöhungen uneingeschränkt vorgenommen werden könnten, und dass die Erhöhung des Kostendeckungsgrades der Tarife für öffentliche Spitäler ab dem 1.1.1996 bis zu den nach dem KVG zulässigen Grenzen möglich sei. In diesem Sinne äussern sich auch die *Finanzdirektoren*, die *Sanitätsdirektoren* und die *FDP*.

Die *Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser VESKA* fordern, die Tarife müssten in den Jahren 1996 und 1997 an die Teuerung angepasst werden können; im übrigen dürfe die Frist zur Anpassung der bisherigen Verträge bis zum 31.12.1997 nicht verkürzt werden.

Die *FMH* und die *SSO* erklären, dass es möglich sein sollte, die Anpassung der Verträge zwischen den Ärzten/Ärztinnen und den Versicherern bis Ende 1997 vorzunehmen.

Die *Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken SVPK* weist darauf hin, dass trotz der Frist bis Ende 1997 neue Verträge und Preise, deren Höhe der Vergütung gleich

oder tiefer als bisher sei, schon vor dem 1.1.1998 sollten angewendet werden können.

Während der Kanton VS bei den Spitälern eine Verlängerung der Frist für die Anpassung des Kostendeckungsgrades von 2 auf 4 Jahre fordert, spricht sich die CVP für eine Frist von *höchstens* 2 Jahren aus.

Zum Treffen der in den Abs. 3 und 4 (= in der definitiven Fassung Art. 10 neu) vorgesehenen Vorkehren erachten die *Sanitätsdirektoren* und die Kantone UR, BE, ZH, SG, AR, AI, TG, GR, SH, GL, BS und SZ die Kantone und damit - so die meisten der erwähnten Kantone - die Sanitätsdirektoren als zuständig. Sie fragen sich, ob die Spitäler und die Pflegeheime dazu in der Lage wären. Zudem sei es nicht die Aufgabe der öffentlichen Spitäler, alleine zu entscheiden.

Die VESKA erachtet sich als kompetent, die Aufgaben gemäss den Abs. 3 und 4 zu übernehmen. Sie ist daran, dazu eine aus Pflegeheimen bestehende Arbeitsgruppe zu konstituieren.

Das *Konkordat*, die *FMH*, der Kanton BS und das *KF* erachten die angesetzten Fristen als zu lang.

Die *SPO* betont, wie wichtig es sei, dass die Grundversicherung *gesamtschweizerisch* einen guten Qualitätsstandart aufweise. Sie schlägt vor, in einem neuen Absatz von den Spitälern zu verlangen, bis Ende 1995 dem Bundesrat einen gemeinsamen Vorschlag zu unterbreiten, wie sie die Qualitätsentwicklung und -sicherung gewährleisten wollen und zu diesem Zwecke gesundheitsstatistische Erhebungen nach einheitlichen Kriterien durchzuführen bereit sind.

Zu den Artikeln 9 und 10 fordern das *Schweizerische Rote Kreuz SRK* und der *ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz*, es müsse durch die entsprechende Ausformulierung der Regelungen unverzüglich die Voraussetzung geschaffen werden, dass die aufgrund der Bundesbeschlüsse verunmöglichten kostendeckenden Tarife bei ärztlich verordneter ambulanter Ergotherapie durch neue abgelöst werden können (es bestehe heute eine Unterdeckung von 35%).

Artikel 10 Indexwerte
(gestrichen)

Die Kantone BL, AI, UR, TG, GR, ZG, SH, ZH, LU, SG, AR, AG, SZ, GL, OW, die *Finanzdirektoren*, die *Sanitätsdirektoren*, die *FDP*, die *SVP*, die *VESKA*, die *PKU*, die *FMH*, die *SSO*, das *SRK*, die *Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft* und der *ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz* beantragen die Streichung dieser Bestimmung, da sie keine gesetzliche Grundlage habe und Art. 104 Abs. 1 KVG widerspreche. Es wird vorgebracht, diese Bestimmung schaffe ungleiches Recht zwischen den Kantonen und auch zwischen den Leistungserbringern; sie unterschlage den Nachholbedarf, der durch die Bundesbeschlüsse geschaffen worden sei. Auch der Kanton BE lehnt die vorgeschlagene Bestimmung ab.

Der Kanton BS weist darauf hin, die Regelung sei unpräzise abgefasst, da nicht klar ersichtlich sei, wie der Übergang vom Dringlichkeitsrecht zum KVG zu erfolgen habe, ohne dass damit der Intention der Kostenbegrenzung der Bundesbeschlüsse letztendlich rückwirkend zuwidergehandelt werde. Falls eine Anpassung der Indexwerte dennoch als geboten erscheine, müsse deren Auswirkungen auf die Prämienhöhe mit in Betracht gezogen werden.

Artikel 11 Inkrafttreten der Verordnung
(neu: 10)

Dazu sind keine Bemerkungen gemacht worden.

B. VERORDNUNG ÜBER DIE BEITRÄGE DES BUNDES ZUR PRÄMIENVERBILLIGUNG IN DER KRANKENVERSICHERUNG

1 Durchführung der Vernehmlassung

Mit Schreiben vom 4. November 1994 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) und die interessierten Organisationen ein, zum Entwurf für eine Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung bis zum 13. Januar 1995 Stellung zu nehmen. Nachdem das Volk dem Gesetz am 4. Dezember 1994 zugestimmt hatte, verlängerte das EDI am 8. Dezember 1994 auf Wunsch verschiedener Vernehmlassungsadressaten und -adressatinnen die Frist zur Stellungnahme bis zum 31. Januar 1995.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 112 Adressaten und Adressatinnen versandt. Einer ganzen Anzahl von zusätzlichen Interessierten wurden sie auf ausdrücklichen Wunsch hin zugestellt. 25 Kantone, das EVG, 6 Parteien und 21 andere interessierte Organisationen äusserten sich näher zum Verordnungsentwurf.

2 Grundsätzliche Zustimmung zum Verordnungsentwurf

Der Verordnungsentwurf stiess in der Vernehmlassung grundsätzlich auf Zustimmung, wobei die Mehrheit der Kantone sich gegen die Berücksichtigung der kantonalen Durchschnittsprämien bei der Verteilung der Bundesbeiträge ausgesprochen hat.

3 Kritik

Im Zentrum der Bemerkungen standen die Bestimmungen über den Verteilungsschlüssel (Art. 3), die Berechnungsgrundlagen (Art. 4), die Verwendung der Beiträge (Art. 5) und die vorgesehenen zeitlichen Abläufe bei der Antragstellung (Art. 6), der Abrechnung (Art. 7) und der Auszahlung (Art. 8) der Beiträge. Häufige Äusserungen

gab es auch zu den vorgesehenen Kontrollvorschriften (Art. 9) und zur kantonalen Zuständigkeit bei der Anspruchsbestimmung (Art. 11).

4 Ergebnisse im einzelnen

Nachstehend werden die Ergebnisse der Vernehmlassung in der Reihenfolge der Artikel des in die Vernehmlassung gesandten Verordnungsentwurfes aufgeführt. Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden dabei weder gewichtet noch bewertet.

Artikel 1 Zweck

Zum Zweckartikel sind keine Bemerkungen gemacht worden.

Artikel 2 Bundes- und Kantonsbeitrag

Auch zu den hier gemachten Definitionen sind keine Äusserungen erfolgt.

Artikel 3 Verteilungsschlüssel (in Verbindung mit Art. 4 Abs. 3)

Die Kantone UR, SO, TG, GR, ZG, SH, AI, VS, ZH, SZ, AR, GL, OW, LU, AG, die *Sanitätsdirektoren*, die *Finanzdirektoren*, die *FDP*, *CVP* und *SVP*, der *Zentralverband schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen*, der *Vorort*, die *ACSI* und der *SGV* vertreten die Meinung, der Prämienindex solle nicht berücksichtigt werden, weil damit die Kantone mit höheren Gesundheitskosten begünstigt würden, so dass ein Sparanreiz entfalle. Es wird deshalb die Streichung von Art. 3 Abs. 1 Bst. b gefordert.

Den Kantonen BS, BE, GE, VD, FR, der *SP*, dem *Schweizerischen Gewerkschaftsbund* und der *Fédération romande des consommatrices* liegt - zum Teil - viel daran, dass der Prämienindex mitberücksichtigt wird.

Die Kantone BL, SG und die *Vereinigung schweizerischer Angestelltenverbände (VSA)* sind grundsätzlich nicht gegen eine Berücksichtigung des Prämienindex, jedoch nicht in der vorgesehenen Höhe bzw. dies erst ab dem Jahre 2000, wenn der Kostendeckungsgrad von 50% bei den Spitaltaxen erreicht sein wird.

Artikel 4 Berechnungsgrundlagen

(Hinweis: Art. 4 Abs. 3 vgl. auch eben zu Art. 3)

Die Kantone NE und BE fordern zu Abs. 3, dass zur Berechnung der Durchschnittsprämie neben der Mindestzahl an Versicherten auch eine Mindestzahl an berücksichtigten Versicherern vorzusehen sei.

Zu Abs. 4 vertreten die Kantone GE, UR, SO, BL, BE, TG, GR, ZG, SH, AI, VS, ZH, VD, SG, AR, GL, OW, BS, AG, TI, JU, die *Sanitätsdirektoren*, die *Finanzdirektoren*, die *FDP*, die *CVP* und die *ACSI* die Meinung, der vorgesehene Zeitpunkt für die Veröffentlichung der Kantons- und Bundesbeiträge sei relativ spät angesetzt, was eine vernünftige Budgetierung durch die Kantone verhindere. Die Vorschläge für den Termin zur Veröffentlichung der Bundes- und Kantonsbeiträge reichen von März des Vorjahres bis spätestens Dezember des Vorjahres, wobei sich eine grössere Anzahl von Kantonen für den Monat März des Vorjahres ausspricht.

Artikel 5 Verwendung der Beiträge (gestrichen)

Für eine Mehrzahl der Vernehmlassungsadressaten erscheint eine Regelung im Sinne des Abs. 1 als genügend.

Die Abs. 2 und 3 werden als unklar bezeichnet und es wird gerügt, es werde damit die Autonomie der Kantone eingeschränkt. Die Kantone UR, BL, ZG, VD, SG, SZ, AR, GL, OW, LU, AG, TG, SO, AI, ZH, die *Sanitätsdirektoren*, die *Finanzdirektoren* sowie die *FDP*, die *CVP* und die *SVP* verlangen deshalb die Streichung der beiden Absätze, der Kanton BE lediglich die Streichung von Abs. 3.

Die Kantone NE, JU, VS und AG fordern, die Kantone müssten die ihnen durch die Prämienverbilligung entstehenden Vollzugskosten als kantonale Verbilligungsbeiträge geltend machen können. Der Kanton BE schlägt eine ausdrückliche Regelung dazu vor, dass Kosten für uneinbringliche Prämien und Kostenbeteiligungen voll und ganz aus den Mitteln für die Prämienverbilligung erbracht werden dürfen.

Artikel 6 Antrag auf Bundesbeiträge (neu 5)

Die *Kantone* wie auch die *Sanitätsdirektoren* und die *Finanzdirektoren* sind sich darin einig, dass der 30. Juni als Termin zur Einreichung der Anträge auf Bundesbeiträge zu früh angesetzt sei. Es wird geltend gemacht, für eine ordnungsgemässe Budgetierung benötigten die Kantone zunächst die Vorgaben des Bundes gemäss Art. 4, und müssten anschliessend ihre Budgets von den Parlamenten genehmigen lassen. Sie könnten die vorgesehenen Verbilligungsbeiträge erst auf Ende Dezember bekanntgeben. Zudem würden sich zahlreiche Kantone bei der Berechnung der Prämienverbilligungsbeiträge auf die Prämientarife abstützen, welche aber per 30. Juni noch nicht bekannt seien.

Die *Pro Senectute* äussert die Befürchtung, da es den Kantonen möglich sei, ihre Beiträge bis zu 50% zu kürzen, bestehe die Gefahr der Ungleichbehandlung in den verschiedenen Kantonen. Der Bundesrat solle darum beim Entstehen von Ungerechtigkeiten sofort von seiner Kompetenz Gebrauch machen, nähere Vorschriften zur Verteilung der Beiträge zu machen.

Artikel 7 Abrechnung

Auch hinsichtlich der Frist zur Einreichung der Abrechnung über die Bundes- und Kantonsbeiträge sind sich nahezu alle *Kantone* sowie die *Sanitätsdirektoren* und die *FDP* darüber einig, dass diese auf den 30. April vorverschoben werden soll. Durch die Vorverlegung des Eingabetermines soll eine frühere Schlusszahlung des Bundes ermöglicht werden. Der Kanton BE weist darauf hin, es sei möglich, die Verbilligungsbeiträge - gleich wie die Ergänzungsleistungen - bereits im Januar abzurechnen.

Artikel 8 Auszahlung
(neu 6)

Die *Kantone* und mit ihnen die *Finanzdirektoren* sind der einhelligen Meinung, es sei ihnen nicht zuzumuten, ein Jahr lang 20 Prozent der Bundesbeiträge zu bevorzugen. Daraus ergebe sich für sie eine zu grosse Zinsbelastung. Sie schlagen vor, die Bundesbeiträge zu 100 Prozent in 4 Raten im laufenden Jahr auszubezahlen und allfällige Differenzen nach der Abrechnung (Art. 7) innert 60 Tagen nach Eingang der Schlussabrechnung in Abzug zu bringen bzw. nachzuvergüten. Auch die *FDP* spricht sich für eine frühere Auszahlung der restlichen Bundesbeiträge aus.

Artikel 9 Kontrolle
(neu 8)

Von nahezu allen *Kantonen*, von den *Finanzdirektoren* und den *Sanitätsdirektoren*, aber auch von der *FDP*, der *SVP*, der *CVP* und der *FPS* wird kritisiert, dass aufgrund des Entwurfes sowohl für die *Kantone* bzw. die *Gemeinden*, aber auch für das *BSV* ein zu grosser Verwaltungsaufwand entstehen würde. Insbesondere erachtet man die Angaben über das Geschlecht und das Alter (vielfach auch die Angaben über das Einkommen) für Kontrollzwecke als unnötig. Die *SPO* und das *KF* sprechen sich dafür aus, dass das *BSV* lediglich stichprobenartig kontrollieren solle. Die *Fédération romande des consommatrices* hat grundsätzlich nichts gegen eine umfangreiche Information des *BSV* einzuwenden, allerdings müsse die Anonymisierung der Daten gewährleistet werden.

Im Hinblick auf eine eventuelle Übertragung der Durchführung der Prämienverbilligung auf die kantonalen Ausgleichskassen befürworten die *Kantone* UR, TG, GR, ZG, SH, AI, ZH, SG, AR, GL, OW und LU sowie die *Sanitätsdirektoren* und die *Finanzdirektoren* eine Bestimmung, wonach die Kontrolle der gesetzeskonformen Verwendung der Bundesbeiträge im Rahmen der Kassenrevision nach Art. 68 AHVG zu erfolgen habe.

**Artikel 10 Rückerstattung, Kürzung und Aufschub von Beitragszahlungen
(neu 9)**

Das *KF* wünscht eine Präzisierung, durch wessen Verschulden Beiträge zu Unrecht ausbezahlt worden sein müssen, da es für Versicherte zu Härtefällen kommen könne.

**Artikel 11 Situation der Versicherten
(neu 10)**

Die *Kantone* und die *Sanitätsdirektoren* sprechen sich übereinstimmend dafür aus, dass zwar auf die persönlichen und familiären Verhältnisse am Stichtag 1. Januar abgestellt werden könne, nicht aber auf die wirtschaftlichen, da man sich diesbezüglich auf zurückliegende Steuerveranlagungen stützen müsse. Da gemäss Art. 65 des Gesetzes die *Kantone* bestimmen, welche Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, habe der Bund in diesem Bereich nur die interkantonalen Probleme zu regeln, d.h. insbesondere den Tatbestand des Wohnsitzwechsels von einem Kanton in einen anderen.

Die *Kantone* NE, AI, ZH, JU und BS, aber auch die *Finanzdirektoren* sowie die *SPS* und das *MPF* vermissen präzisere Regelungen betreffend Wohnsitzwechsel, Familienzuwachs, Veränderung der wirtschaftlichen Situation etc. Im Hinblick auf die vorgenannten Veränderungen erscheint diesen Antwortenden die vorgeschlagene Lösung als zuwenig flexibel, man möchte Benachteiligungen für die betroffenen Personengruppen verhindern.

Die *Kantone* VD und GE sowie die *SVP* bezeichnen es als Sache der *Kantone*, die Modalitäten der Anspruchsberechtigung festzulegen.

Das *KF*, die *SPO* und die *Fédération romande des consommatrices* erachten es als notwendig, diese Bestimmung in dem Sinne zu ergänzen, dass die *Kantone* die Bevölkerung und das *BSV* darüber informieren müssen, aufgrund welcher Regelung die Prämienverbilligung durchgeführt wird, in welcher Weise die Versicherten über allfällige Prämienverbilligungsansprüche orientiert werden und welche kantonale Stelle für Fragen oder Beschwerden zuständig ist.

Artikel 12 **Schlussbestimmung und Inkrafttreten**
(neu 11)

Hinsichtlich des Inkraftsetzungsdatums von Art. 6 (Antrag auf Bundesbeiträge) sprechen sich die *Kantone* sowie die *Finanzdirektoren* und die *Sanitätsdirektoren* übereinstimmend dafür aus, dass der 1. Juni 1995 unmöglich eingehalten werden könne und das Inkrafttreten auf den 1. Januar 1996 verschoben werden müsse.

Hinweise des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zu Verfahrensfragen

Das *EVG* macht darauf aufmerksam, dass es aufgrund des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege (OG) bei allfälligen Beschwerdeverfahren auch die Frage nach der richtigen und vollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu prüfen habe (Art. 132 i.V.m. Art. 104 lit. b OG). Aufgrund der sehr technischen Rechtsmaterie erachtet es es als notwendig, dass ihm eine verwaltungsunabhängige Rekurskommission vorgeschaltet werde, damit es sich auf die Rechtskontrolle (Art. 105 Abs. 2 OG) beschränken könne. Dies wäre aber vom Gesetzgeber ausdrücklich vorzusehen.

C. VERORDNUNG ÜBER DEN RISIKOAUSGLEICH IN DER KRANKENVERSICHERUNG

1 Durchführung der Vernehmlassung

Mit Schreiben vom 4. November 1994 lud das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) die Kantonsregierungen, die politischen Parteien, das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) und die interessierten Organisationen ein, zum Entwurf für eine Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung bis zum 13. Januar 1995 Stellung zu nehmen. Nachdem das Volk dem Gesetz am 4. Dezember 1994 zugestimmt hatte, verlängerte das EDI am 8. Dezember 1994 auf Wunsch verschiedener Vernehmlassungsadressaten und -adressatinnen die Frist zur Stellungnahme bis zum 31. Januar 1995.

Die Vernehmlassungsunterlagen wurden an 112 Adressaten und Adressatinnen versandt. Einer ganzen Anzahl von zusätzlichen Interessierten wurden sie auf ausdrücklichen Wunsch hin zugestellt. 6 Kantone, das EVG, 5 Parteien und 23 andere interessierte Organisationen äusserten sich zum Verordnungsentwurf.

2 Grundsätzliche Zustimmung zum Verordnungsentwurf

Der Verordnungsentwurf ist in der Vernehmlassung mehrheitlich auf Zustimmung gestossen.

3 Kritik

Grundsätzliche Einwände gegen die vorgesehene Ausgestaltung des Risikoausgleichssystems sowie Vorschläge haben die *Kartellkommission*, die *PKU*, der *SGV*, der *Zentralverband schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen*, der *Vorort* sowie die *CVP* und die *FPS* vorgebracht. Die Krankenkasse *Artisana* und der von ihr beauftragte Sachverständige Prof. Dr. B. Schips, Leiter der Konjunkturforschungsstelle an der ETH Zürich, haben ebenfalls je eine Stellungnahme eingereicht. Die Kranken-

kasse hat darin Einwände gegen einen Risikoausgleich an sich geäußert und zudem detaillierte Einwände gegen das vorgesehene System, insbesondere in bezug auf die Berechnung der durchschnittlichen Kosten, erhoben.

Demgegenüber haben die Kantone BS und TI, die SVP, die SPS, der LFSA, die VSA, die ACSI, das KF und der Schweizerische Verein homöopathischer Ärzte die Fortführung des Risikoausgleichs in der im Verordnungsentwurf vorgeschlagenen Form begrüßt.

4 Ergebnisse im einzelnen

Nachstehend werden die Ergebnisse der Vernehmlassung in der Reihenfolge der Artikel des in die Vernehmlassung gesandten Verordnungsentwurfes aufgeführt. Die von den Antwortenden vorgebrachten Meinungen, Anregungen und Forderungen werden dabei weder gewichtet noch bewertet.

Artikel 1 Umfang des Risikoausgleichs

Zu Abs. 1 bemängeln die *Kartellkommission*, die *PKU*, der *Zentralverband schweizerischer Arbeitgeber-Organisationen*, der *Vorort*, der *SGV*, die *FPS* und die *CVP*, dass der Umfang des Risikoausgleichs nicht gesetzeskonform sei. Es seien nicht alle Versicherer einzubeziehen, sondern nur diejenigen, die bezüglich Alter und Geschlecht eine vom Durchschnitt der Versicherer abweichende Risikostruktur aufwiesen. Hingegen findet es die *FDP* richtig, dass alle Versicherer in den Risikoausgleich miteinbezogen werden.

Zu Abs. 2 weisen der Kanton LU (für die kantonale Ärzteschaft), die *SSO* und die *FMH* darauf hin, dass neben dem Risikoausgleich zwischen den Versicherern auch eine "Risikokompensation" zwischen verschiedenen Versicherungsformen innerhalb der Versicherer stattfinden müsse, damit eine Quersubventionierung zwischen verschiedenen Modellen unterbunden werde.

Artikel 2 Risikogruppen

Die Kantone TI und BE, die VSA und der *Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz* begrüßen die im Vergleich zum geltenden Modell des Bundesbeschlusses feinere Risikogruppenunterteilung. Auch die PKU begrüsst die Risikogruppen von 5 Jahren, sie fordert, dass die Versicherten ab dem 85. Altersjahr in einer einzigen Risikogruppe zusammengefasst werden.

Artikel 3 Durchschnittskosten

Zu den Abs. 1 und 2 wird es von allen Antwortenden akzeptiert, dass Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr nicht in den Risikoausgleich einbezogen werden. Der Kanton TI begrüsst die Systematik des neuen Berechnungsmodells.

Die *Artisana* und Prof. *Schips* schlagen ein weiteres, anderes Modell mit nach unten korrigierten Durchschnittskosten vor.

Zu Abs. 3 verlangt die VSA, man solle die Auswirkungen des Abzuges der Kostenbeteiligung von den Durchschnittskosten prüfen. Prof. *Schips* verlangt, dass man die Durchschnittskosten um einen "Abschlag" verringere. Die *Artisana* verlangt eine "Quartilsberechnung" nach einem früheren Modell von Prof. *Schips*.

Zu Abs. 4 verlangt das *Konkordat*, dass die versicherungsmathematische Methode zur Berechnung der anzuwendenden Durchschnittskosten (bei starken Abweichungen vom durchschnittlichen Kostenverlauf infolge kleiner Versichertenbestände) nach Rücksprache und in Zusammenarbeit mit dem BSV erfolgen soll. Die PKU findet, dass der Durchführungsstelle hier zu weitgehende Kompetenzen übertragen werden.

Artikel 4 **Versichertenbestände**

Die *Artisana* schlägt einen zusätzlichen Artikel 4a für die Regelung von Bestandesabweichungen gemäss der neuen von Prof. Schips vorgeschlagenen Methode vor.

Die *SVPK* beanstandet zu Abs. 2, dass die Zuordnung von Versicherten aus dem Ausland zu einem Kanton zu wenig differenziert erfolge.

Artikel 5 **Risikoausgleich**

Die Kantone VD und GE verlangen eine gekürzte Risikoabgabe für Versicherte von 18 bis 25 Jahren in Ausbildung, da diese von den Versicherern eine Prämienreduktion erhalten. Auch der Kanton BE weist auf diesen Umstand hin.

Der *SGV* und die *PKU* erachten die vorgesehene Regelung als gesetzeswidrig. Das Berechnungsmodell greife zu stark in die Kostenstruktur der Versicherer ein und führe zu einer unakzeptablen Ausweitung des Umverteilungsvolumens des Risikoausgleichs. Die Bestimmung sei vollständig zu überarbeiten. Zusammen mit der *SVPK* beanstanden sie, dass die Anreize zur Kosteneinsparung nicht gewahrt seien.

Die *Artisana* schlägt je einen neuen Art. 5 (geschlechtsspezifischer Risikoausgleich) und einen neuen Art. 5a (altersspezifischer Risikoausgleich) vor, gemäss welchen nur Teilrisikoabgaben erhoben würden.

Die *VSA* regt eine redaktionelle Änderung an und die *AIDS Hilfe Schweiz* verlangt, dass "Qualitätskriterien" eingeführt werden, damit die Kosten nicht durch eine schlechte Kassendienstleistung niedrig gehalten werden.

Artikel 6 **Berechnung der Risikoabgaben und Ausgleichsbeiträge**

Dazu werden keine hier darzustellenden Bemerkungen gemacht.

Artikel 7 Durchführungsstelle

Zu Abs. 1 beantragt die *PKU*, eine Datenschutzbestimmung im Sinne von Art. 11 Abs. 1 der geltenden Vo IX über die Krankenversicherung aufzunehmen. Die *FPS* verlangt eine Trennung der Risikoausgleichsstelle von der gemeinsamen Einrichtung.

Zu Abs. 2 wünscht die *SSO*, dass die von der Risikoausgleichsstelle vermittelten Unterlagen auch den Leistungserbringern und deren Verbänden zur Verfügung gestellt werden.

Der Kanton TI erachtet es als wichtig, dass die hier vorgesehenen Statistiken den Kantonen in detaillierter Form zur Verfügung gestellt werden. Die *FMH* verlangt, dass die Statistiken auch den kantonalen Ärztesgesellschaften abgegeben werden. Auch die *Schweizerische Vereinigung der AHV/IV und Frührentner* und das *MPF* befürworten deren unentgeltliche Abgabe an interessierte Kreise.

In Abs. 4 möchte die *PKU* genauer ausgedrückt haben, wem die Durchführungsstelle jährlich Bericht zu erstatten hat und über was genau.

Artikel 8 Verwaltungskosten (neu 9)

Die *PKU* wünscht hier präzisiert zu haben, dass alle dem Risikoausgleich unterstellten Versicherer einen Beitrag zur Deckung der Verwaltungskosten der Ausgleichsstelle entrichten müssen.

Das *Konkordat* schlägt einen Abs. 2 neu vor, in dem zu regeln wäre, dass die bei der gemeinsamen Einrichtung aufgrund der zeitlich versetzten Ein- und Auszahlungstermine für die Zahlungen des provisorischen und des definitiven Risikoausgleichs auflaufenden Zinsen den Versicherern zurückvergütet werden. Die Höhe der Zinsvergütung solle sich nach der umsatzmässigen Beteiligung des Versicherers am jeweiligen Risikoausgleich richten. Die gemeinsame Einrichtung habe die Zinsen bis zum 31. Dezember des Jahres, welches dem Risikoausgleich folge, zu vergüten.

Das *KF* regt an, für die von den Versicherern zu leistenden Beiträge an die Verwaltungskosten einen fixen Satz (0,..%) vom Prämienvolumen der einzelnen Versicherer vorzusehen.

Artikel 9 Datenlieferung
(neu 10)

Das *Konkordat* ersucht um die Prüfung der Frage, ob nach der Abschaffung des Kassenausweises vom BSV Daten von den Versicherern verlangt werden können, die der Durchführungsstelle für eine Querkontrolle der Risikoausgleichsdaten zur Verfügung gestellt werden können. Im weiteren sei darauf zu achten, dass der Abgabetermin der Risikoausgleichsdaten mit dem Abgabetermin für die anderen vom BSV verlangten Daten übereinstimme.

Artikel 10 Kontrolle der Daten
(neu 11)

Das *Konkordat* schlägt einen zusätzlichen Abs. 2 vor, in dem zu regeln wäre, dass die Durchführungsstelle das Recht erhält, in Zusammenarbeit mit den Kontrollstellen der Versicherer bei diesen stichprobeweise Kontrollen der vollständigen und richtigen Erfassung der für den Risikoausgleich notwendigen Daten durchzuführen.

Artikel 11 Zahlungsfristen
(neu 12)

Abs. 1 und 2: Die *PKU* regt an, für die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge einen einheitlichen Zahlungstermin festzusetzen. Das *Konkordat* begrüsst die im Vergleich zur heutigen Ordnung vorgesehene Fristverkürzung.

Das *Konkordat* und die *PKU* verlangen eine Regelung über die Verwendung der Zinsen, die zwischen der Ein- und der Auszahlung der Ausgleichszahlungen auflaufen.

Das *Konkordat* schlägt vor, die Zinserträge der am Risikoausgleich beteiligten Versicherer nach Massgabe ihrer umsatzmässigen Beteiligung zurückzuerstatten. An den Zinserträgen würden die Nettozahler und die Nettobezüger beteiligt. Demgegenüber verlangt die *Artisana*, dass die Zinsen nur den einzahlenden Versicherern vergütet werden.

Abs. 3: Das *Konkordat* wünscht, dass die Durchführungsstelle die Möglichkeit erhält, bei geringen Ausständen den fehlenden Betrag bei einer Bank ausleihen zu dürfen.

Abs. 4 und 5: Die *PKU* und die *FPS* verlangen, dass die Zinseinnahmen auf ihre Gesetzmässigkeit überprüft werden. Laut der *PKU* sollte der Zinsenlauf in Abs. 5 erst beim zweiten provisorischen Zahlungstermin einsetzen.

Die *PKU* fordert zudem eine Regelung über die Veranlagungs- und Bezugsverjährung.

Das *Konkordat* macht den Vorschlag, die in Abs. 4 vorgesehenen Verzugszinsen sollten für die beiden Raten des provisorischen und für die Schlusszahlung des definitiven Risikoausgleichs gelten. Zu Abs. 5 solle aus dem Text klar hervorgehen, für welche Perioden die Versicherer Zinsen zu bezahlen haben.

Die *Liberale Partei* verlangt, dass der Ausdruck "Geldmarktzinsen" durch "bankübliche Zinsen" ersetzt wird. Die *SVPK* schlägt vor, für die Verzugs- und die Vergütungszinsen einen einheitlichen Zinssatz festzulegen.

Artikel 12 Datenschutz **(neu 14)**

Die *PKU* weist darauf hin, die Datenschutzbestimmungen hätten auch gegenüber Dritten zu gelten, die Zugang zu den Daten des Risikoausgleichs haben. Das *Konkordat* verlangt eine zusätzliche Bestimmung über die Revisionsstelle der gemeinsamen Einrichtung.

Artikel 13 Streitigkeiten
(neu 15)

Die *PKU*, die *FPS* und ausführlich das *EVG* stellen die im Entwurf enthaltene Regelung in Frage und beanstanden insbesondere das bei der gemeinsamen Einrichtung vorgesehene Einspracheverfahren. Das *EVG* bezeichnet es als zu behebenden Mangel, dass im Entwurf weder Bestimmungen über das weitere verwaltungsinterne noch über das verwaltungsgerichtliche Verfahren enthalten seien. Es sei eine Lösung anzustreben, bei der dem *EVG* eine Spezialrekurskommission vorgeschaltet wird (vgl. dazu auch weiter oben: Erläuterungen Teil B am Ende, S. 19 unten).

Artikel 14 Ordnungsmassnahmen
(neu 16)

Die *PKU* regt an, hier vorzusehen, dass bei leichten Verstössen auch andere Ordnungsmassnahmen ergriffen werden können. Die *FPS* wünscht eine Überprüfung der vorgesehenen Regelung. Der Kanton TI erachtet die vorgesehene Sanktionsmöglichkeit angesichts der Bedeutung des Risikoausgleichs im Gesamtzusammenhang der sozialen Krankenversicherung als angemessen, wobei der Entzug der Zulassungsbewilligung nur als ultima ratio ins Auge gefasst werden könne.

Artikel 15 Schlussbestimmung und Inkrafttreten
(neu 17)

Das *Konkordat* verlangt, es sei in einer Übergangsbestimmung zu regeln, dass die Datenlieferung für die Jahre 1995 und 1996 nach der alten und der neuen Risikogruppenstruktur zu erfolgen habe. Die *PKU* wünscht Übergangsbestimmungen für die Veranlagung und die Zuständigkeit.