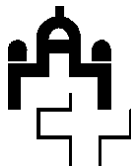


Nationalrat

Conseil national

Consiglio nazionale

Cussegl naziunal



05.055 s Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung. Volksinitiative

Bericht der Subkommission KVG der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) vom 16. Mai 2007

Die Volksinitiative „Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung“ (05.055 s) wurde am 28. Juli 2004 in der Form eines ausformulierten Vorschlages eingereicht. Sie fordert unter anderem eine auf Wettbewerb basierende Grundversicherung und eine Einschränkung des Leistungskatalogs. Der Bundesrat empfiehlt Ablehnung der Volksinitiative. Der Ständerat empfiehlt mit Beschluss vom 25. September 2006, den von seiner Kommission unterbreiteten Gegenvorschlag anzunehmen und die Volksinitiative abzulehnen.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) hat sich an ihrer Sitzung vom 2. November erstmals mit der Vorlage befasst und eine Subkommission eingesetzt.

Antrag der Subkommission

Die Subkommission beantragt mit 7 zu 3 Stimmen, dem gegenüber dem Ständerat abgeänderten Gegenvorschlag zuzustimmen und die Volksinitiative abzulehnen. Die Minderheit beantragt, die Volksinitiative ohne Gegenentwurf zur Ablehnung zu empfehlen.

Im Namen der Subkommission
Der Co-Präsident:

Felix Gutzwiller

Inhalt des Berichtes

- 1) Ausgangslage
- 2) Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen



1 Ausgangslage

Die Kommission hat die Vorlage des Bundesrates an mehreren Sitzungen – erstmals am 2. November 2006 - beraten. Sie sah in der Formulierung eines Gegenvorschlags zu dieser Volksinitiative eine Gelegenheit, Grundsätze über die Krankenversicherung ... in die Verfassung aufzunehmen, nach welchen diese Sozialversicherung in Zukunft ausgestaltet werden soll. Ausgehend vom Gegenvorschlag des Ständerats, der im Wesentlichen die gegenwärtige Rechtslage auf Verfassungsebene festhält, erweiterte sie die Verfassungsgrundlage mit dem Ziel, im Gesundheitswesen mehr Wettbewerbselemente bei verbesserter Koordination zuzulassen. Insbesondere sollen Neuerungen, die in den laufenden Projekten zur KVG-Revision schon angelegt sind, bereits auf Verfassungsebene festgesetzt werden. In der Zukunft soll das System vermehrt über Transparenz, Effizienz und Qualität gesteuert werden. Damit werden mittelfristig auch die kantonalen Abgrenzungen von kleinerer Bedeutung. Schliesslich enthält der Gegenvorschlag nun weitere wichtige Reformaspekte wie die Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Finanzierern sowie ein monistisches Finanzierungssystem. Damit wird die ordnungspolitische Rolle des Staates als Regulator, und weniger als Erbringer von Dienstleistungen in den Vordergrund gestellt.

Am 2. November 2006 setzte die Kommission zur vertieften Beratung eine Subkommission ein. Ihr gehörten die Damen und Herren *Gutzwiller, Wehrli, Borer, Bortoluzzi, Fehr Jacqueline, Humbel Näf, Maury Pasquier, Rossini, Ruey, Stahl, und Teuscher* an. Nach einer konstituierenden Sitzung am 11. Dezember 2006 traf sich die Subkommission zu drei Sitzungen (9. Januar, 22. Januar und 21. Februar 2007). Die Subkommission diskutierte zunächst, ob eine Verfassungsänderung im Rahmen dieser Volksinitiative oder im Rahmen der parlamentarischen Initiative der freisinnig-demokratischen Fraktion (06.444 Gesundheitsverfassung. Liberale Rahmenordnung und Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen) erarbeitet werden soll. Sie beschloss, die Detailberatung auf der Grundlage des Gegenvorschlags des Ständerats durchzuführen. In intensiver Diskussion erweiterte sie diesen Gegenvorschlag um wesentliche Elemente: So soll die Verfassungsgrundlage geschaffen werden für ein Organ, das die Tätigkeiten von Bund und Kantonen bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf gesamtschweizerischer Ebene koordiniert. Damit sollen Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung auch über die Kantonsgrenzen hinweg ermöglicht werden, ohne dass die Zuständigkeiten für die Versorgung von Bund und Kantonen grundsätzlich geändert werden. Zudem hält die Subkommission deutlich fest, dass das schweizerische Gesundheitswesen auf dem Wettbewerb von Leistungserbringern und Versicherern beruhen soll, d. h. dass die Vertragsfreiheit im ambulanten und stationären Bereich eingeführt werden muss. Versicherer sollen in Zukunft sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich mit jenen Leistungserbringern Verträge abschliessen können, die das beste Preis-Leistungsangebot machen. Dabei soll der Wettbewerb zwischen den Spitälern auf gesamtschweizerischer Ebene erfolgen: Patienten dürften innerhalb der ganzen Schweiz ein Spital wählen, mit welchem ihre Versicherung einen Vertrag abgeschlossen hat. Schliesslich soll der Verfassungsauftrag für die Einführung des monistischen Finanzierungssystems aufgenommen werden. Zukünftig sollen die Beiträge der Kantone an Behandlungen im stationären Bereich nicht mehr an die Institutionen, sondern an die Versicherer gehen, so dass die Abgeltung der Leistungen aus einer Hand erfolgt. Erst wenn im stationären und im ambulanten Bereich gleiche Bedingungen geschaffen sind, kann ein echter Wettbewerb ohne Wettbewerbsverzerrungen stattfinden.

Den so bereinigten Gegenvorschlag verabschiedete die Subkommission am 21. Februar 2007 mit 7 zu 3 Stimmen. **Die Minderheit** beantragt, auf einen Gegenvorschlag zu verzichten und die Volksinitiative zur Ablehnung zu empfehlen. Die Ausarbeitung einer neuen Verfassungsbestimmung ist eine komplexe Aufgabe und soll nicht unter dem Zeitdruck erfolgen, unter dem die Kommission im Hinblick auf den Ablauf der Frist für die Volksinitiative steht. Eine neue Verfassungsbestimmung soll



aber auch nicht vom Text der SVP-Initiative ausgehen. Wenn es der Kommission wirklich ein Anliegen ist, eine Diskussion über eine Neuordnung der Versorgungszuständigkeiten im Gesundheitswesen zwischen Bund und Kantonen in der Verfassung zu führen, muss von der parlamentarischen Initiative der freisinnig-demokratischen Fraktion (06.444) ausgegangen werden. Dabei sind von Anfang an die Kantone als Hauptbetroffene solcher Reformen in die Diskussion einzubeziehen.

Auch inhaltlich distanziert sich die Minderheit von den Anträgen der Subkommission. Sie lehnt die Grundstossrichtung der Vorlage ab, die Wettbewerbselemente auf Kosten der Planungselemente zu stärken. Damit wird aus ihrer Sicht der freie Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung gefährdet. Auf vehementen Widerstand bei der Minderheit stösst die Idee, ein gemeinsames Organ von Bund und Kantonen zur Steuerung des Gesundheitswesens zu schaffen. Aus Sicht der Minderheit wird damit schleichend die Privatisierung des Gesundheitswesens vorbereitet. Ebenfalls klar abgelehnt wird von der Minderheit die Schaffung einer Verfassungsgrundlage für ein monistisches Finanzierungssystem und für die Aufhebung des Vertragszwangs.

2. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen¹

Titel und Ingress

Der Titel des Gegenvorschlags lautet: „*Mit Wettbewerb für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*“ Damit wird deutlich gemacht, dass in Zukunft der Gesundheitsmarkt gegenüber dem heutigen System mehr Wettbewerbselemente aufweisen soll.

Artikel 117

Absatz 1

Wenn die Krankenversicherung inhaltlich neu und detaillierter geregelt werden soll, hat dies zur Folge, dass hiezu ein separater Artikel erarbeitet werden muss. In Art. 117 wird nur noch die Unfallversicherung geregelt. Der Vorschlag übernimmt für die Unfallversicherung den heutigen Gehalt von Art. 117 BV unverändert. Deshalb wird die heutige gesetzliche Ausgestaltung der Unfallversicherung (obligatorische Versicherung für die Unselbstständigerwerbenden; vgl. Art. 1a des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG, SR 832.20) unverändert weitergeführt werden können.

Absatz 2

Der Gesetzgeber hat nach geltendem Recht einerseits für die Unselbstständigerwerbenden die Unfallversicherung obligatorisch erklärt. Andererseits hat er darüber hinaus weitere Bereiche der Unfallversicherung geregelt. So hat er die freiwillige Versicherung für Selbstständigerwerbende eingeführt (vgl. Art. 4 UVG) und die Möglichkeit der Abredeversicherung aufgenommen (vgl. Art. 3 Abs. 3 UVG). Dies zeigt, dass der Gesetzgeber über die Obligatorischerklärung hinaus von der ihm übertragenen Kompetenz Gebrauch gemacht hat. An dieser Befugnis des Gesetzgebers ändert sich mit dem vorgeschlagenen Verfassungsartikel nichts.

Artikel 117a

Absatz 1

¹ Für die Fassung des Ständerats vom 25. September 2006 siehe auch Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats vom 12. September 2006, Kommentar von Dr. Ueli Kieser



Satz 1

Die Formulierung entspricht dem bisherigen Artikel 117 BV betreffend die Krankenversicherung; sie erfolgt in Übereinstimmung mit den sonstigen Verfassungsartikeln zu den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung.

Regelungsgegenstand der Bestimmung ist die Krankenversicherung als Sozialversicherung. Im Vordergrund steht die eigentliche Krankenpflegeversicherung. Ferner bildet die Bestimmung auch die Grundlage für eine mögliche Taggeldversicherung nach Sozialversicherungsrecht. Die Bestimmung findet sich im 8. Abschnitt der Bundesverfassung, der die Bereiche „Wohnen, Arbeit, soziale Sicherheit und Gesundheit“ erfasst. Damit wird – in systematischer Hinsicht – klargestellt, dass nur die soziale Krankenversicherung geregelt wird.

Nicht von der Bestimmung erfasst werden rein privatrechtliche Zusatzversicherungen, wozu auch die Taggeldversicherungen nach Privatversicherungsrecht zählen. Die privatrechtlichen Zusatzversicherungen sind bereits im heutigen System von der sozialen Krankenversicherung grundsätzlich getrennt und werden nicht durch den (heutigen) Artikel 117 BV erfasst. Die Ausgestaltung der Zusatzversicherung wird deshalb durch den vorliegenden Vorschlag nicht berührt. Zusatzversicherungen behalten deshalb ihre Bedeutung und treten ergänzend zur Grundversicherung hinzu, wie sie durch den vorliegenden Verfassungsartikel geregelt wird.

Satz 2 umschreibt – zusammen mit Satz 3 – den Gegenstand der Krankenversicherung. Es wird unterschieden zwischen Krankenpflegeversicherung (welche vom Bund jedenfalls zu regeln ist) und der Taggeldversicherung (wo der Bund gegebenenfalls auf eine Regelung verzichten kann).

Satz 2 enthält eine Aufzählung der massgebenden Leistungsbereiche. Es werden die Krankheit, der Unfall, die Mutterschaft und die Pflegebedürftigkeit genannt. Der Bund muss die Krankenpflegeversicherung für die Bereiche Krankheit und Mutterschaft gesetzlich regeln, wobei der Bereich Krankheit wie bisher auch die Prävention und Gesundheitsförderung sowie den Schwangerschaftsabbruch umfasst. In den Bereichen Unfall und Pflegebedürftigkeit kann er auf eine Regelung verzichten. Dieser Spielraum ist insbesondere bei der Pflegebedürftigkeit wichtig, kann aber auch beim Unfall eine Bedeutung erhalten, nämlich dann, wenn der Gesetzgeber die Unfallversicherung gestützt auf Artikel 117 BV für die gesamte Bevölkerung als obligatorisch erklären möchte, was eine zusätzliche Regelung im Rahmen der Krankenversicherung nach Artikel 117a BV überflüssig machen würde.

In Satz 2 wird festgelegt, dass die Versicherung Leistungen „vorsieht“ respektive „festlegen“ kann. Diese Formulierung nimmt Bezug auf das Krankenversicherungssystem und nicht auf den einzelnen Versicherer. Damit wird auch nicht präjudiziert, ob der Versicherer die Leistung selbst gewährt oder ob er die Kosten für die Leistungen übernimmt. Es steht dem Gesetzgeber also frei, eines dieser beiden Systeme oder Mischformen vorzusehen. Es kann also das heutige System (Rückerstattung der Kosten durch die Krankenversicherer an die Versicherten oder über vertragliche Vereinbarungen direkte Vergütung an die Leistungserbringer) ohne weiteres weitergeführt werden.

Zu den Bereichen Krankheit und Mutterschaft: Dass die Krankenversicherung bei Krankheit und Mutterschaft Leistungen vorsieht, ist bereits im heutigen Krankenversicherungsgesetz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, KVG, SR 832.10) vorgesehen (Art. 1a Abs. 2 KVG), wobei es sich auch nach der heutigen Regelung um eine Pflicht handelt (vgl. Art. 1a Abs. 2 KVG: „gewährt“). Die Erwähnung dieser zwei Bereiche der Krankenpflegeversicherung ist wichtig, weil die entsprechenden Risiken durch die Krankenversicherung aufzufangen sind. Die Mutterschaft ist deshalb ausdrücklich aufzuführen, weil sie keine Krankheit ist; dennoch sollen bei Mutterschaft aber Leistungen der Krankenversicherung erbracht werden. Auch die Deckung bei Unfall sollte



einbezogen werden, wenn beispielsweise der Bund die Unfallversicherung nicht für die Gesamtheit der Bevölkerung obligatorisch erklärt. Die Deckung des Unfallrisikos durch die Krankenversicherung ist jedoch – wie heute - auf Gesetzesebene zu regeln, weil eine vollumfängliche Abdeckung dieses Risikos bereits gestützt auf Artikel 117 BV gewährleistet werden könnte.

Die Formulierung der Bestimmung legt fest, dass die Krankenpflegeversicherung bei den zwei genannten Bereichen – Krankheit und Mutterschaft – jedenfalls Leistungen vorzusehen hat; es handelt sich also nicht nur um eine Kann-Bestimmung. Dies stellt eine wichtige Garantie mit Blick auf die tatsächliche soziale Absicherung dar.

Zum Bereich der Pflegebedürftigkeit: Die Pflegebedürftigkeit kann ausserhalb der Bereiche Krankheit, Unfall oder Mutterschaft auftreten, und zwar insbesondere im Alter. Es kann Gegenstand der Krankenpflegeversicherung bilden, dass auch bei einer Pflegebedürftigkeit Leistungen gewährt werden bzw. Kosten für solche Leistungen übernommen werden. Die Finanzierung dieser Leistungen richtet sich ebenfalls nach Abs. 3 der Bestimmung, wobei dafür beispielsweise ein System mit Zusatzprämien (beispielsweise für Personen ab dem 50. Altersjahr) eingerichtet werden kann .

Der Bereich der Pflegebedürftigkeit muss im Rahmen der Krankenpflegeversicherung nicht zwingend geordnet werden; es handelt sich um eine Kann-Bestimmung. Damit wird dem Gesetzgeber ein bestimmter Spielraum belassen; er kann – soweit er eine Regelung erlassen will – die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit innerhalb oder ausserhalb der Krankenpflegeversicherung vorsehen.

Satz 3

Zur Taggeldversicherung: Die Krankenversicherung muss nicht zwingend eine Taggeldversicherung umfassen. Im geltenden Recht verhält es sich so, dass eine Regelung vorgenommen wurde (dazu Art. 1a Abs. 1 KVG). Satz 3 enthält keine materiellen Grundsätze zur Ausgestaltung der allfälligen Taggeldversicherung, so dass hier der Gesetzgeber in seiner Befugnis gänzlich frei ist; entsprechend bezieht sich Absatz 2 Buchstabe b (wo die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen angesprochen ist) nur auf die Krankenpflegeversicherung (und nicht auf die Taggeldversicherung). Immerhin aber ist – in Absatz 2 Buchstabe a – ausdrücklich festgelegt, dass der Bund die Taggeldversicherung obligatorisch erklären kann; dies hat er im geltenden Recht nicht getan, doch steht ihm verfassungsrechtlich die Möglichkeit dazu offen.

Absatz 1^{bis}

In Satz 1 dieser Bestimmung werden neu die Grundsätze der hohen medizinischen Qualität und (zusätzlich zu Abs. 2 Bst. b) der Wirtschaftlichkeit bezüglich der Gesundheitsversorgung in der Verfassung verankert und in Analogie zu Artikel 61a BV (Bildungsartikel) Bund und Kantone gemeinsam in die Pflicht genommen. Wie aus dem Passus "im Rahmen ihrer Zuständigkeiten" klar hervorgeht, führt diese Bestimmung nicht dazu, dass dem Bund neu Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung zukommen; diese fallen nach wie vor in die Zuständigkeit der Kantone. Satz 1 von Absatz 1^{bis} ist nur dahingehend zu interpretieren, dass der Bund dort, wo er im Rahmen seiner Zuständigkeiten (z.B. via KVG und UVG, aber möglicherweise auch via die Berufsbildungsgesetzgebung; vgl. aber auch folgenden Abs. 2 Bst. b) mittelbar bzw. faktisch auf die Gesundheitsversorgung einwirkt, die Aspekte der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu beachten hat. Nach Satz 2 haben Bund und Kantone ihre Anstrengungen zu koordinieren. Zur Sicherstellung dieser Koordination ist – wiederum in Analogie zu Art. 61a – die Schaffung gemeinsamer Organe, die sich aus Vertretern des Bundes und der Kantone zusammensetzen, vorgesehen. Auch sollen andere Vorkehren möglich sein, womit klar wird, dass alle möglichen staats- und verwaltungsrechtlichen Zusammenarbeitsformen offen gehalten werden sollen. Die Aufgaben und Kompetenzen eines gemeinsamen Organs von Bund und Kantonen müssen, soll dieses mit



Entscheidungsbefugnissen oder Legislativfunktionen ausgestattet sein, auf Gesetzesstufe sowie – auf Kantonsebene - via Konkordat festgelegt werden.

Absatz 2

In Absatz 2 werden materielle Grundsätze der Ausgestaltung der Krankenversicherung aufgenommen. Absatz 2 enthält keine Regelungen, die Kompetenzen begründen; die prinzipielle Kompetenz des Bundes ergibt sich nämlich direkt aus Absatz 1. Die Bestimmung von Absatz 2 zielt darauf ab, diejenigen Grundsätze zu nennen, die bei der Gesetzgebung zu beachten sind. Es handelt sich um Formulierungen, die teilweise in Übereinstimmung stehen zu den sonstigen Verfassungsartikeln über die einzelnen Zweige der Sozialversicherung (etwa Art. 112 oder Art. 113 BV).

In terminologischer Hinsicht werden in der Bestimmung folgende Bezeichnungen verwendet:

- Krankenversicherung/Versicherung: Gemeint ist das Gesamtsystem, d. h. die Krankenversicherung als Teil der Sozialversicherung.
- Krankenversicherer/Versicherer: Erfasst sind die Versicherer, welche die soziale Krankenversicherung betreiben (dazu Art. 11 KVG).
- Krankenpflege: Gemeint ist der Bereich der Heilbehandlung (d. h. die Behandlung der Risiken Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Pflegebedürftigkeit, soweit eine entsprechende Leistung durch das Gesetz vorgesehen ist).
- Krankenpflegeversicherung: Sie bildet einen Teil der Krankenversicherung, wobei die Heilbehandlung erfasst wird.

Zu den einzelnen Buchstaben von Absatz 2 ist Folgendes zu bemerken:

Buchstabe a

Es wird in **Satz 1** der heutige Gehalt von Artikel 117 Absatz 2 aufgenommen; der Bund hat die Wahlmöglichkeit zwischen drei Ausgestaltungen:

- Obligatorium für die gesamte Bevölkerung,
- Obligatorium für einzelne Bevölkerungsgruppen,
- gänzlicher Verzicht auf ein Obligatorium.

Im heutigen System gilt in der Krankenpflege ein Obligatorium für die gesamte Bevölkerung (vgl. Art. 3 KVG). Dieses Prinzip kann unverändert weitergeführt werden. Bei der Taggeldversicherung hat der Bund kein Obligatorium eingeführt; diese Regelung kann weitergeführt werden, wobei dem Bund auch die Möglichkeit offen steht, die Taggeldversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch zu erklären.

Beizufügen ist, dass die Formulierung und die systematische Einreihung in Anlehnung an Artikel 113 Absatz 2 Buchstabe e BV (betreffend berufliche Vorsorge) erfolgt.

In **Satz 2** von Buchstabe a wird bei der obligatorischen Versicherung die Wahlmöglichkeit der Versicherten festgelegt. Der Wortlaut der Bestimmung legt klar fest, dass sich die Wahlmöglichkeit zwingend nur auf die Krankenpflegeversicherung (d. h. nicht etwa auf die Taggeldversicherung) bezieht. Bei der Taggeldversicherung ist die Ausgangslage deshalb unterschiedlich, weil sie auch die von einem Arbeitgeber oder einer Arbeitgeberin abgeschlossenen Kollektivversicherungen nach Sozialversicherungsrecht umfasst, was die Wahlmöglichkeit der versicherten Person einschränkt.

Die Wahlmöglichkeit bezieht sich auf die zugelassenen Versicherer; um welche es sich handelt, ergibt sich aus Buchstabe d. Diese Wahlmöglichkeit ist bereits im geltenden Recht umgesetzt (vgl. Art. 4 KVG); sie dient dem Ziel des Wettbewerbes unter den Krankenversicherern.



Grundsätzlich gilt die verfassungsrechtlich gewährleistete freie Wahl des Krankenversicherers für alle obligatorisch versicherten Personen. Das Gesetz kann jedoch Ausnahmen vorsehen für Personenkategorien, welche in der Krankenpflegeversicherung über eine Kollektivversicherung abgedeckt werden und keine Wahlfreiheit haben sollen. Dazu können beispielsweise Asylbewerberinnen und Asylbewerber gehören; der Gesetzgeber könnte aber auch für andere Kreise der Bevölkerung eine solche Regelung vorsehen.

Buchstabe b

Der Bund legt die Leistungen der Krankenpflegeversicherung fest. Neu und vor dem Hintergrund von Art. 117a Abs. 1^{bis} bedeutsam erhält der Bund zudem die Kompetenz zum Erlass von Grundsätzen für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen. Diese Kriterien sind bereits in der heutigen Gesetzgebung massgebend (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Die neue Bundeskompetenz kann sich nur auf den durch die KV-Leistungen erfasste Versorgung beziehen, würde doch ansonsten über den sachlichen Geltungsbereich von Art. 117a hinausgegangen.

Buchstabe c

Buchstabe c stellt innerhalb der Grundsätze eine zentrale Bestimmung dar. Hier werden die allgemeinen inhaltlichen Kriterien genannt, welche für die Ausgestaltung und Durchführung der Krankenversicherung leitend sind. Es sind einerseits Kriterien, welche sich an alle Stellen, Personen und Träger richten, welche die Krankenversicherung durchführen (Satz 1); andererseits wird – in Satz 2 der Bestimmung – Bezug genommen auf die Versicherten.

Satz 1 bezieht sich auf die Durchführung der Krankenversicherung. Dieser Begriff wird weit verstanden. Unter Durchführung fallen etwa die Finanzierung, die Leistungsvergütung, die Beziehungen zu den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das gesamte Verfahren. Auf Verfassungsebene werden drei zentrale Kriterien genannt, nämlich die Effizienz, die Effektivität und die Transparenz. Mit Effizienz wird Bezug genommen auf verschiedene Aspekte; es geht etwa um die rasche Behandlung von Leistungsanmeldungen oder die schlanke Struktur von Versicherern. Das Kriterium der Effektivität betont die Notwendigkeit, die Durchführung mit dem klaren Blick auf das Ziel der Krankenversicherung – Schutz der Versicherten bei Eintritt des Risikos Krankheit – auszugestalten. Mit dem Kriterium der Transparenz ist gemeint, dass alle Personen und Stellen, welche die Krankenversicherung durchführen, klar und einsehbar insbesondere hinsichtlich der Leistungserbringung und der Mittelverwendung vorgehen müssen. Die Konkretisierung dieser Kriterien ist durch den Gesetzgeber vorzunehmen. Hier ist ihm ein weiterer Gestaltungsraum eröffnet. So können etwa gestützt auf die in der Verfassung genannten Kriterien Massnahmen der Qualitätssicherung vorgesehen werden.

Satz 2 hält fest, dass der Qualitäts- und Preiswettbewerb bei Leistungserbringern und Versicherern gewährleistet ist. Diese Bestimmung bietet die Grundlage für die Einführung der Vertragsfreiheit in einem regulierten Wettbewerb. Damit sind eine Regulierung des Wettbewerbs wie zum Beispiel die Versicherungspflicht, Planungselemente in bestimmten Bereichen und der Risikoausgleich ebenso wie die Respektierung allgemeiner Grundsätze für einen fairen und funktionierenden Wettbewerb (z. B. kartellrechtliche Grundsätze) nicht ausgeschlossen; die Bestimmung gibt aber die wettbewerbsorientierte Stossrichtung in der sozialen Krankenversicherung an.

Satz 3 betrifft die Versicherten. Es geht hier um eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit, wie dies analog beispielsweise auch in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vorgesehen ist (vgl. Art. 111 Abs. 4 BV). Weil die Bestimmung im Verfassungsartikel über die Krankenversicherung aufgenommen ist, wird klar gestellt, dass es sich nur um die Förderung der Eigenverantwortlichkeit



im Rahmen der Krankenversicherung handelt. Der Gesetzgeber kann entsprechende Massnahmen (etwa im Rahmen von Franchisen und Selbstbehalt oder bei der Unterstützung von Präventivmassnahmen) festlegen.

Buchstabe d

Die Formulierung lehnt sich an Artikel 113 Absatz 4 Satz 1 BV an, wo bezogen auf die Vorsorgeeinrichtungen eine analoge Regelung besteht. Die Bestimmung lässt offen, welches die Mindestanforderungen sind; die Bezeichnung dieser Anforderungen obliegt deshalb dem Gesetzgeber. Der Gesetzgeber kann beispielsweise festlegen, dass die Versicherungen keinen Gewinn aus der sozialen Krankenversicherung erzielen dürfen (dazu Art. 13 Abs. 2 Bst. a KVG). Wer obligatorisch versichert ist, kann unter den nach Buchstabe d zugelassenen Krankenversicherern frei wählen, wie dies Absatz 1 Satz 2 vorsieht.

Es können die Mindestanforderungen so ausgestaltet sein, dass neben den eigentlichen Krankenkassen auch private Versicherungsunternehmen zugelassen werden (so das geltende Recht in Art. 11 KVG). Diesbezüglich ist die Verfassungsbestimmung ebenfalls offen.

Weil es sich um Mindestanforderungen handelt, ist eingeschlossen, dass diejenigen Versicherer, welche die Mindestanforderungen erfüllen, ohne weiteres Anspruch darauf haben, die Krankenversicherung betreiben zu können. Dies wird in der Formulierung von Bst. d dadurch unterstrichen, dass es heisst, dass solche Versicherer zugelassen „werden“.

Der Wortlaut der Bestimmung spricht von „Tätigkeit in der Krankenversicherung“ und nicht von der „Durchführung“ oder vom „Betreiben“ der Krankenversicherung (vgl. zu dieser Wortwahl etwa Art. 11, Art. 13 KVG). Es wird damit eine offenere Formulierung gewählt, welche die aktive Rolle der Krankenversicherer betont und die in sich schliesst, dass die Versicherer gegebenenfalls (soweit dies das Gesetz erlauben sollte) in Teilbereichen der Krankenversicherung tätig werden.

Buchstabe e

Dieser Buchstabe bezieht sich auf die Zulassung der Leistungserbringer. Es handelt sich um eine zentrale Bestimmung, bei der – soll sie einen materiellen Inhalt haben – bestimmte Entscheide erforderlich sind. Ausgangspunkt der vorgeschlagenen Regelung bildet die Entscheidung, dass im Bereich der Zulassung zur Leistungserbringung einerseits die hohe Qualität sichergestellt wird und andererseits das Wettbewerbselement jedenfalls teilweise spielen soll. Eine besondere Schwierigkeit der Regelung liegt darin, dass die Zulassung verschiedener Leistungserbringer zu ordnen ist; es geht nicht nur um die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, sondern beispielsweise auch um die Zulassung von Spitälern. Dies legt nahe, eine offene Formulierung zu wählen.

In Buchstabe e ist nicht die Rede von Mindestanforderungen, sondern von Voraussetzungen. Darin unterscheidet sich Buchstabe e von Buchstabe d. Wer als Versicherer die Mindestanforderungen erfüllt, ist – nach Buchstabe d – befugt, die Krankenversicherung zu betreiben. Demgegenüber müssen die Leistungserbringer nach Buchstabe e Voraussetzungen erfüllen, wobei zudem ausdrücklich auf das Wettbewerbsprinzip verwiesen wird. Insoweit ist die Zulassung nach Buchstabe d grundsätzlich anders geregelt als die Zulassung nach Buchstabe e. Insoweit besteht nicht aufgrund der Verfassung ein Anspruch auf Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung. Die Voraussetzungen sind nicht nur bei der Aufnahme der Tätigkeit zulasten der Krankenpflegeversicherung zu erfüllen, sondern sind während der ganzen Dauer der Tätigkeit massgebend. Dies bringt der Text dadurch zum Ausdruck, dass er Bezug nimmt auf das Tätig-Sein.

Die Voraussetzungen an die Zulassung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern berücksichtigen zum einen das Ziel einer Mindestversorgung der Bevölkerung. [Dieses Ziel ist dem



schweizerischen Krankenversicherungssystem nach den bisherigen Regelungen vorgegeben (vgl. dazu BBI 1992 I 163; BGE 123 V 305). Es ist zutreffend, die Verfolgung dieses Ziels auch über die Zulassung der Leistungserbringer zu regeln; denn diesen kommt bei der Durchführung der Krankenversicherung ein zentraler Stellenwert zu. Es können also diejenigen Voraussetzungen aufgestellt werden, welche auf das Ziel der qualitativ hoch stehenden Versorgung gerichtet sind (z. B. Qualitätsanforderungen, Anforderungen an Weiter- oder Fortbildung).

Ausdrücklich festgehalten wird, dass der Wettbewerb innerhalb der ganzen Schweiz spielen soll. Der Wettbewerb soll nicht durch regionale Einschränkungen behindert werden, sondern auf Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien ausgerichtet sein. Damit wird die Stossrichtung, die seitens des Nationalrates im Rahmen der Spitalfinanzierungsvorlage auf Gesetzesebene verfolgt wird - die Ständeratskommission hat diese allerdings an ihrer Sitzung vom 4. Mai 2007 wieder geändert -, auf die Verfassungsebene angehoben. Es geht hier nicht nur um die auf die gesamte Schweiz bezogene Freiheit bei der Wahl der Leistungserbringer, sondern auch um die heute vorhandenen Beeinflussungen durch regional bedingte Beschränkungen der Kostenübernahme. Solche Behinderungen sollen wegfallen. Die Ausrichtung auf den gesamtschweizerischen Binnenmarkt bedeutet nicht, dass grenzüberschreitende Verträge zwischen Versicherern und Leistungserbringern gänzlich ausgeschlossen sind.

Artikel 117a Absatz 3

Die Bestimmung stellt für die Krankenpflegeversicherung – nicht aber für die Taggeldversicherung – in Satz 1 das Prinzip der Finanzierung auf und sieht in Satz 2 vor, dass Prämienverbilligungen gewährt werden müssen. Es ist die Rede von „Krankenpflegeversicherung“ und nicht von „Krankenversicherern“. Gemeint ist damit die Finanzierung des „Systems Krankenpflegeversicherung“.

In **Satz 1** werden als Finanzierungsmittel die Prämien sowie die Kostenbeteiligungen der Versicherten einerseits und öffentliche Beiträge andererseits genannt. Diese Formulierung schliesst nicht aus, dass zur Finanzierung der Krankenpflegeversicherung auch Erträge der Vermögensanlagen, Rückerstattungen wegen unwirtschaftlicher Behandlung oder Regresseinnahmen herangezogen werden können.

Abschnitt 2 wurde aus Gründen der Logik an den letzten Abschnitt (Seite 10) angehängt: Monistische Finanzierung, aber auch die Möglichkeit für zusätzliche Finanzierung von stationären Einrichtungen durch die öffentliche Hand.

Prämien der Versicherten: An erster Stelle werden die Prämien der Versicherten genannt. Der Begriff der „Prämie“ ist dem Begriff des „Beitrages“ vorzuziehen, weil dadurch klar gestellt wird, dass eine Versicherungsprämie gemeint ist. Der Begriff des „Beitrages“ wäre demgegenüber zu offen und könnte auch die Kostenbeteiligung meinen, welche jedoch – auch wegen ihrer quantitativen Bedeutung – ausdrücklich zu nennen ist.

Kostenbeteiligungen der Versicherten: Die Kostenbeteiligungen der Versicherten stellen ein Kernelement der Finanzierung dar. In Entsprechung zum bisherigen Recht (vgl. Art. 61 und Art. 64 KVG und die Randtitel des 2. und 3. Abschnittes) ist neben der Prämie auch die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) parallel zu nennen.

Öffentliche Beiträge: In Absatz 3 werden „öffentliche Beiträge“ genannt, ohne dass dabei – im Gegensatz zu den Prämien und Kostenbeteiligungen – der bestimmte Artikel verwendet wird. Dadurch wird die Offenheit der Ausgestaltung dieser öffentlichen Beiträge unterstrichen. Es kann sich um



Beiträge des Bundes oder der Kantone handeln. Nach der bisherigen Regelung handelt es sich etwa um kantonale Beiträge an die Spitäler (Art. 49 Abs. 1 KVG).

Auf Verfassungsebene wird ausdrücklich festgelegt, dass die öffentlichen Beiträge den Versicherern ausgerichtet werden. Damit wird die Verfassungsgrundlage für das monistische Finanzierungsmodell geschaffen. Bei diesem System gehen alle Finanzierungsmittel (d.h. die Prämien und öffentlichen Beiträge) an den Krankenversicherer und es steht jedem Leistungserbringer nur noch ein Kostenträger (d. h. der Versicherer) gegenüber. Dies bedeutet eine grundlegende Änderung gegenüber dem heutigen Finanzierungssystem, in welchem bei stationären Einrichtungen der kantonale Beitrag an die Einrichtung (und nicht an den Versicherer) geht (vgl. Art. 49 Abs. 1 KVG). Nicht ausgeschlossen ist, dass beispielsweise stationäre Einrichtungen über die öffentlichen Beiträge, welche direkt an die Versicherer gehen, hinaus durch weitere öffentliche Beiträge (etwa des Kantons oder der Gemeinde) finanziert werden; dies hat z. B. bei Pflegeheimen eine Bedeutung. Solche öffentlichen Beiträge stehen dabei ausserhalb des Finanzierungssystems der Krankenversicherung und bezwecken, Bereiche ausserhalb der Krankenversicherung zu finanzieren.

In **Satz 2** von Absatz 3 wird die Prämienverbilligung ausdrücklich erwähnt. Es handelt sich nicht um eine „Kann“-Bestimmung, sondern die Regelung der Prämienverbilligung ist eine Pflicht des Bundes. Bei der Ausgestaltung der Prämienverbilligung ist zwingend der wirtschaftlichen Lage der Versicherten Rechnung zu tragen. Zudem können andere Regelungsaspekte (z. B. bei Familien mit Kindern) einbezogen werden, was der vorgeschlagene Text dadurch unterstreicht, dass der Begriff „wobei“ Verwendung findet.

Dass die Zuständigkeit der Prämienverbilligung nicht einzig beim Bund, sondern auch bei den Kantonen liegt, wird in der Verfassung ausdrücklich bestimmt. Bereits im geltenden Recht bezieht sich die Prämienverbilligung sowohl auf den Bund (vgl. Art. 66 Abs. 1, Art. 66a KVG) wie auch auf die Kantone (Art. 65, Art. 65a KVG). Dieses System der doppelten Zuständigkeit wird durch die Verfassungsbestimmung aufgenommen.

Beizufügen ist im Übrigen, dass diese gemeinsame Zuständigkeit von Bund und Kanton auch im Rahmen der Ausführungsgesetzgebung zur NFA beibehalten werden wird; denn es wird hier von einer „Verbundaufgabe“ von Bund und Kantonen ausgegangen (vgl. dazu BBl 2005 6235ff.; zur parlamentarischen Beratung im Ständerat vgl. AB 2006 S 157ff.). Die genauere Ausgestaltung der Prämienverbilligung obliegt dem Gesetzgeber, der dabei einen erheblichen Spielraum hat; dieser ist immerhin dadurch eingeschränkt, dass der Bund und die Kantone gemeinsam an der Prämienverbilligung mitzuwirken haben.

Prämienverbilligungen zählen nicht zu den öffentlichen Beiträgen gemäss Satz 1 von Absatz 3. Dies wird durch den Wortlaut der Bestimmung klargestellt. Deshalb ist auch nicht zwingend festgelegt, dass die Prämienverbilligung an den Versicherer gehen, sondern es sind andere Regelungen (etwa Ausrichtung der Prämienverbilligung an die Versicherten) zulässig.