

## Inhaltsverzeichnis der Vernehmlassungsvorlagen zu den Revisionen in der Krankenversicherung

Thema	Dokumente
<b><i>Vorlage 1A</i></b> Strategie Risikoausgleich Pflgetarife Spitalfinanzierung dringlich	- Erläuternder Bericht - Entwurf der Gesetzesbestimmungen - Entwurf dringliches Bundesgesetz
<b><i>Vorlage 1B</i></b> Vertragsfreiheit	- Erläuternder Bericht - Entwurf der Gesetzesbestimmungen
<b><i>Vorlage 1C</i></b> Prämienverbilligung	- Erläuternder Bericht - Entwurf der Gesetzesbestimmungen - Entwurf Bundesbeschluss
<b><i>Vorlage 1D</i></b> Kostenbeteiligung	- Erläuternder Bericht - Entwurf der Gesetzesbestimmungen - Entwurf Verordnungsbestimmungen

## **Vernehmlassungsvorlage zu den Revisionen in der Krankenversicherung**

*Vorlage 1A Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflegetarife, Spitalfinanzierung*

- Erläuternder Bericht
- Entwurf der Gesetzesbestimmungen
- Entwurf dringliches Bundesgesetz

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über  
die Krankenversicherung**

**Teil Gesamtstrategie, Risikoausgleich, Pflögetarife,  
Spitalfinanzierung**

**Erläuternder Bericht**

---

# 1 Allgemeiner Teil

## 1.1 Der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung

Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsgesetz [KVG]; SR 832.10) verfolgte bei seiner Einführung das Ziel, mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung der gesamten Bevölkerung den Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Versorgungsziel, teilweise Solidaritätsziel). Als weitere Ziele sollten Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bei der Prämienzahlung finanziell entlastet (Solidaritätsziel) und die Entwicklung der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten eingedämmt werden (Kostendämpfungsziel). Um den Grad der Zielerreichung durch das KVG beurteilen zu können, hat der Bundesrat die Verwaltung schon vor Inkrafttreten des KVG damit beauftragt – in Zusammenarbeit mit den Versicherern, den Leistungserbringern, den Kantonen und der Wissenschaft – eine breit angelegte Gesetzesevaluation durchzuführen, die insbesondere die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung sowie die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes in den Mittelpunkt rücken sollte. In der Folge wurden in den Jahren 1996 bis 2000 rund 25 wissenschaftliche Studien zu Teilaspekten des KVG verfasst, deren Schlussfolgerungen zu einem Ende 2001 veröffentlichten Synthesebericht (Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Bern 2001) verdichtet worden sind. Diesem Bericht können folgende Kernaussagen zur Zielkonformität des KVG entnommen werden:

- Zum Versorgungsziel: Gemäss Wirkungsanalyse hat das KVG die wichtigsten Leistungslücken geschlossen, womit der Zugang zu den Leistungen für alle gewährleistet ist. Die medizinische Grundversorgung hält – trotz vereinzelter Leistungslücken (z.B. im Bereich der Präventionsleistungen und der zahnmedizinischen Behandlung) – internationalen Vergleichen stand.
- Zum Solidaritätsziel: Die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten wurde gestärkt. So haben das Versicherungsobligatorium, die Einheitsprämie, die volle Freizügigkeit sowie der Risikoausgleich, aber auch die individuelle Prämienverbilligung (zumindest für die unteren, weniger für die mittleren Einkommenskategorien) der fortschreitenden Entsolidarisierung nachhaltig entgegengewirkt. Mit dem alten Gesetz zahlten beispielsweise ältere Versicherte ein Mehrfaches der Prämien junger Versicherter, Frauen mehr als Männer, und bei einem Kassenwechsel konnte die neue Kasse Leistungen für bestehende oder chronische Krankheiten für eine bestimmte Zeit ausschliessen oder Versicherten gar die Aufnahme verweigern.
- Zum Kostendämpfungsziel: Die dritte Zielsetzung des KVG, die Kostendämpfung, konnte hingegen in der Einschätzung der Wirkungsanalyse nicht ausreichend erreicht werden. Auch wenn dies zumindest teilweise mit Faktoren zusammenhängt, die unabhängig vom KVG innerhalb des Gesundheitswesens wirksam sind (wie der medizinisch-technische Fortschritt oder gewisse Wohlstandseffekte), so musste doch festgestellt werden, dass der Wettbewerb zwischen den Versicherern noch ungenügend spielt, Managed Care-Organisationen sich nur bescheiden entwickelt haben und die Spitalplanung noch nicht zu den gewünschten Kosteneinsparungen geführt hat.

Der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung konzentriert sich daher schwergewichtig im Bereich der Kostendämpfung.

## 1.2 Bisherige Reformstrategie

Nachdem die 1. KVG-Revision (Änderung vom 24. März 2000, in Kraft getreten am 1. Januar 2001, AS 2000 2305ff.) schwergewichtig technische Korrekturen gebracht hat, hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 18. September 2000 zur 2. KVG-Revision (BB1 2001 741ff.) – gestützt auf Teilresultate der Wirkungsanalyse – die *Optimierung des Systems* in den Vordergrund gerückt: Die im KVG verankerten Grundsätze sollten konsequent umgesetzt, nicht aber durch einen Systemwechsel in Frage gestellt werden. Folgerichtig beschränkten sich die Vorschläge des Bundesrates primär auf die konsequente Umsetzung der Finanzierungsgrundsätze im Spitalsektor.

Diese Strategie der Systemkonsolidierung hat der Bundesrat seither bestätigt: So hat er an seiner Klausursitzung vom 22. Mai 2002 eine breite Auslegeordnung des Systems der sozialen Krankenversicherung vorgenommen. In seiner Analyse hat sich der Bundesrat die Ergebnisse der Wirkungsanalyse weitgehend zu eigen gemacht und festgehalten, dass das geltende Krankenversicherungsgesetz wohl auf der Leistungs- (kompletter Leistungskatalog) und auf der Systemebene (obligatorische Versicherung mit Kassenvielfalt und Einheitsprämie) die gesetzgeberischen Ziele erreicht habe, in der Wirkung seiner kostendämpfenden Instrumente aber noch offensichtliche Defizite aufweise. Die Hauptursache für das nach wie vor ungelöste Kostenproblem in der Krankenversicherung ortete der Bundesrat in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen, weshalb er in den Lösungsansätzen das Schwergewicht auf entsprechende mengenwirksame Korrekturen legte.

Diese differenzierte Beurteilung der Wirkungen des KVG hat den Bundesrat im Frühjahr 2002 zu einer Doppelstrategie bewegt:

- *Systemkonsolidierung in der 2. KVG-Revision*: In der damals bereits in der parlamentarischen Beratung stehenden 2. KVG-Revision sollte die Konsolidierung des Systems im Vordergrund stehen. Um die Revisionsvorlage nicht zu überladen, sollte sie nur marginal durch zusätzliche kostendämpfende Elemente ergänzt werden (z.B. die Einführung einer Versichertenkarte).
- *Systemoptimierung in der 3. KVG-Revision*: Gleichzeitig hat der Bundesrat umfangreiche Vorarbeiten eingeleitet, die längerfristig in eine 3. KVG-Revision münden sollten, deren Hauptziel in einer verstärkten Kostendämpfung durch ökonomische Anreize bzw. die Korrektur von ökonomischen Fehlanreizen besteht. Zu diesem Zweck hat der Bundesrat im August 2002 das EDI beauftragt, unter Beizug externer Experten und Expertinnen vier Kernthemen eingehend untersuchen zu lassen (Kontrahierungszwang; monistische Spitalfinanzierung; Managed Care-Modelle; modifizierte Kostenbeteiligung; diese Themen wurden in der Folge noch ergänzt durch Expertenberichte zum Risikoausgleich und zur Pflegefinanzierung).

### 1.3 **Künftige Reformstrategie nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision**

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 bleibt der Reformbedarf, insbesondere im Bereich der Kostendämpfung, unverändert bestehen, so dass sich die Frage stellt, mit welcher materiellen Stossrichtung und in welcher zeitlichen Priorisierung die nächsten Gesetzgebungsschritte einzuleiten sind.

#### 1.3.1 **Im Grundsatz**

Inhaltlich hat der Gang der parlamentarischen Beratungen zur 2. KVG-Revision die Strategie des Bundesrates, das System zu konsolidieren und durch die Stärkung ökonomischer Anreize im Bereich der Kostendämpfung zu optimieren, grundsätzlich bestätigt. Es scheint daher geboten, in den einzelnen Revisionsbereichen auf die ausformulierten Vorschläge der 2. KVG-Revision zurückzugreifen, welche zum Teil durch neue Elemente, die sich aus den Vorarbeiten für die 3. KVG-Revision ergeben, ergänzt werden können. Aus dem Scheitern der Vorlage ist allerdings der Schluss zu ziehen, dass die Reformschritte wohl im Rahmen einer Gesamtstrategie eingebettet und koordiniert, aber einzeln und nicht in einer Gesamtvorlage vorzunehmen sind.

Im Bereich des Leistungskatalogs, der in der politischen Diskussion immer wieder als kostentreibender Faktor dargestellt wird, ist die bisherige Strategie zu verstärken: Da für die Kostenentwicklung nicht die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung per se entscheidend ist, sondern die Häufung unangemessener Anwendungen im Einzelfall, müssen die bereits heute bestehenden Bestrebungen, die zu einer Reduktion des Volumens medizinisch nicht indizierter und damit unnötiger Leistungen führen (z.B. die Erarbeitung von Guidelines zum angemessenen Einsatz bestimmter Leistungen), intensiviert werden. Zu diesen Bestrebungen gehört auch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, wie sie im Rahmen des vorliegenden ersten Gesetzgebungspaketes vorgeschlagen wird und die vertragliche Möglichkeiten der Einflussnahme auf das Volumen medizinischer Leistungen eröffnet.

#### 1.3.2 **Inhaltliche Umsetzung**

Im Hinblick auf eine Konsolidierung bzw. Optimierung des bestehenden Systems sind in folgenden Themenbereichen gesetzliche Reformen einzuleiten:

*Risikoausgleich* (vgl. Bst. [a] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

Der Risikoausgleich, mit dem KVG befristet bis Ende 2005 eingeführt, ist ein weitgehend unbestrittenes Element für den Wettbewerb unter den Versicherern. Die gesetzliche Pflicht zur Einheitsprämie unabhängig des Alters und des Geschlechts ist ein staatlicher Markteingriff, der durch den entsprechenden Risikoausgleich (Ausgleich der Risiken Alter und Geschlecht) wettgemacht wird. Der Risikoausgleich wirkt der Risikoselektion durch die Versicherer entgegen. Obwohl der Risikoausgleich mit den heutigen Kriterien Alter und Geschlecht wirksam funktioniert, ist im Rahmen der Vorarbeiten zur 3. KVG-Revision eine Ergänzung des Kriterienkatalogs eingehend geprüft worden, insbesondere weil sich der in den Augen der Experten ungenügende Risikoausgleich hemmend auf die Verbreitung von Managed Care-Modellen auswirken kann. Diese Diskussion lässt es angezeigt erscheinen, im jetzigen Zeitpunkt die schlichte Verlängerung des Risikoausgleichs, vorerst für 5

Jahre, vorzuschlagen, und die Frage der Weiterführung des Risikoausgleichs dann-  
zumal in die Diskussion um die Einführung eines monistischen Finanzierungs-  
systems einzubetten.

*Pflegefinanzierung* (vgl. Bst. [b] und [i] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

Mit dem KVG wurde auch die Kostenübernahme im Pflegebereich neu geregelt:  
Während unter dem alten Krankenversicherungsrecht lediglich eine eingeschränkte  
Leistungspflicht im Pflegebereich bestand, übernimmt die obligatorische Kranken-  
pflegeversicherung nach Artikel 25 KVG grundsätzlich die vollen Kosten von „Pfle-  
gemassnahmen“, die infolge einer Krankheit erbracht werden und zu denen kraft  
Verordnungsrecht auch jene Leistungen der Grundpflege (wie Betten, Lagern,  
Mobilisieren etc.) gezählt werden, welche die Patienten und Patientinnen vor allem  
auch wegen ihres Alters benötigen. Die in der Praxis schier unmöglich vorzuneh-  
mende Abgrenzung zwischen krankheitsbedingtem und altersbedingtem Pflegebe-  
darf hat tendenziell dazu geführt, dass die Krankenversicherung immer mehr Kosten  
für die altersbedingte Beanspruchung von Pflegeleistungen übernimmt. Um diese  
Kostenentwicklung im Spitex- und Pflegeheimbereich besser in den Griff zu  
bekommen, wurden verordnungsrechtlich per 1. Januar 1998 Rahmentarife für die  
Pflegeleistungen eingeführt, die solange zur Anwendung gelangen sollten, bis die  
gesetzlichen Vorgaben an die Leistungserbringer zur Kostentransparenz erfüllt sind.  
Seit dem Inkrafttreten der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungs-  
erfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL; SR  
832.104) am 1. Januar 2003 ist es eine Frage der Zeit, bis die Pflegeheime diese  
Transparenzvorgaben erfüllen und daher die über die Rahmentarife hinausgehende  
volle Leistungsvergütung einfordern werden.

Um den mit dem Wegfall der Rahmentarife einhergehenden Kostenschub eindäm-  
men zu können, hatten die eidgenössischen Räte im Rahmen der 2. KVG-Revision  
vorgesehen, die Rahmentarife bis zum Inkrafttreten einer Gesetzesrevision, welche  
die Pflegefinanzierung neu definieren und zwischen den verschiedenen Sozialversi-  
cherungszweigen aufteilen soll, grundsätzlich weiter zu führen und nach einer An-  
passung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen einzufrieren. Eine in der Winterses-  
sion 2003 eingereichte, vom Zweirat noch nicht behandelte Motion (03.3597 Mo  
SGK NR/Neuordnung der Pflegefinanzierung), welche den Bundesrat verpflichtet,  
spätestens bis Ende 2004 eine Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung  
vorzulegen, unterstreicht diese zweistufige Vorgehensweise (vom Erreichen der  
Kostentransparenz unabhängiges Einfrieren der Rahmentarife in einem ersten, aus-  
differenzierte gesetzliche Neuregelung der Pflegefinanzierung in einem zweiten  
Schritt), die zudem den Vorteil hat, die weiteren Revisionschritte in der Kranken-  
versicherung von einem politisch sensiblen Themenbereich zu entlasten. Diese in  
der 2. KVG-Revision vorgespurte Vorgehensweise sollte deshalb für die weiteren  
Gesetzgebungsschritte berücksichtigt werden

*Vertragsfreiheit* (vgl. Bst. [d] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

Nach geltendem Recht sind die Krankenversicherer faktisch gezwungen, mit allen  
gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen (sog.  
Kontrahierungszwang). Der Bundesrat hat sich in den letzten Jahren mehrmals,  
letztmals bei der Verabschiedung der Verordnung über die Einschränkung der Zu-  
lassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Kran-  
kenpflegeversicherung am 3. Juli 2002, dafür ausgesprochen, die Thematik der Auf-

hebung des Kontrahierungszwanges in den Gesamtkontext der Weiterentwicklung der Krankenversicherung einzubeziehen.

Der befristete Zulassungsstopp soll daher durch eine Regelung abgelöst werden, die die Zulassung zur Kassenpraxis von einem Vertragsabschluss mit einzelnen Versicherern abhängig macht, und die damit die geltende, bei Erfüllung der gesetzlichen Zulassungsbedingungen automatische Zulassung abschafft. Dieser Systemwechsel soll, wie vom Parlament im Rahmen der 2. KVG-Revision diskutiert, im ambulanten Bereich vollzogen werden. Die Kantone sollen, als Ausfluss ihrer verfassungsmässigen Aufgabe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Bevölkerung, die Mindestzahl der Leistungserbringer festlegen, mit denen die Versicherer einen Vertrag abzuschliessen haben. Im Zusammenhang mit der Diskussion zur monistischen Finanzierung wird allenfalls zu prüfen sein, inwieweit Elemente der Vertragsfreiheit Eingang in den stationären Bereich finden können.

#### *Prämienverbilligung* (vgl. Bst. [e] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

Das Problem der geltenden Kopfprämienfinanzierung, an der grundsätzlich festgehalten werden soll, liegt in der starken finanziellen Belastung mehrköpfiger Haushalte. Deshalb wurde im Rahmen der 2. KVG-Revision vorgeschlagen, das heute bestehende Prämienverbilligungssystem im Hinblick auf eine stärkere Entlastung der Familien zu ändern: Die Kantone sollten je mindestens vier Einkommenskategorien für Familien mit Kindern und für die übrigen Versicherten vorsehen, aber auch ein Höchsteinkommen für den Anspruch auf Prämienverbilligung bestimmen. In Abhängigkeit vom bundessteuerpflichtigen Reineinkommen - korrigiert um einen Vermögensfaktor von 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens - hätten die Versicherten in diesem Modell in der Regel einen Anteil der Krankenversicherungsprämien selbst getragen (Eigenanteil). Die Kantone hätten die Krankenversicherungsprämien aber auch vollumfänglich verbilligen können. Der maximale Eigenanteil wäre bei allen Anspruchsberechtigten nach dem bundessteuerpflichtigen Reineinkommen abgestuft gewesen. Für Haushalte mit Kindern waren tiefere Limiten für den Eigenanteil vorgesehen (Eigenanteil von 2 Prozent des bundessteuerpflichtigen Reineinkommens für Haushalte mit Kindern im untersten Einkommenssegment bzw. von 10 Prozent für Haushalte im obersten anspruchsberechtigten Einkommenssegment; für die übrigen Anspruchsberechtigten waren maximale Eigenanteile von höchstens 4 Prozent für das unterste Einkommenssegment und von höchstens 12 Prozent für das oberste Einkommenssegment vorgesehen). Dieses Modell eines differenzierten Sozialziels war mehrheitsfähig und soll, zusammen mit der Erhöhung der Bundesmittel um 200 Mio. Franken, weiterverfolgt werden.

#### *Kostenbeteiligung* (vgl. Bst. [f] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

Das geltende Recht sieht eine ordentliche Kostenbeteiligung vor, die sich aus einer Franchise (gegenwärtig 300 CHF/Jahr) und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (gegenwärtig maximal 700 CHF/Jahr) zusammensetzt. Im Rahmen der 2. KVG-Revision wurde eine differenzierte Kostenbeteiligung diskutiert, die an die Einbindung in die integrierten Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung gekoppelt war. Schlussendlich hat das Parlament aber darauf verzichtet und dafür dem Bundesrat die Kompetenz zur Erhöhung des Selbstbehaltes auf maximal 20 Prozent erteilt.

Da für die Kostenentwicklung nicht die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung per se entscheidend ist, sondern deren unangemessene Anwendung im Einzel-

fall, liegt ein möglicher Lösungsansatz in der Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten im System der Krankenversicherung. Der Selbstbehalt soll daher, wie auch in der 2. KVG-Revision diskutiert, in seiner relativen Belastung auf 20 Prozent erhöht werden, wobei die absolute Belastungsgrenze aber unverändert (700 CHF/Jahr) beibehalten werden soll. Damit wird die Krankenversicherung entlastet, ohne die Sozialverträglichkeit der Kostenbeteiligung zu gefährden, werden doch insbesondere chronischkranke Patienten und Patientinnen durch diese Massnahme nicht stärker als bisher finanziell belastet.

*Spitalfinanzierung* (vgl. Bst. [c] und [g] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

Praktisch seit Inkrafttreten des KVG war die Beitragspflicht der Kantone bei einer Spitalbehandlung zusatzversicherter Patienten und Patientinnen – obschon von Gesetzeswortlaut und -logik her klar – Gegenstand politischer Diskussionen. Mit Entscheid vom 30. November 2001 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; BGE 127 V 422) festgestellt, dass die Kantone nicht nur an den obligatorisch versicherten Leistungsumfang beim ausserkantonalen Spitalaufenthalt, sondern auch an den innerkantonalen Spitalaufenthalt einer Person mit Zusatzversicherung in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern einen Beitrag leisten müssen. Diese höchstrichterliche Präzisierung eines an sich klaren gesetzgeberischen Willens hat auf Gesetzgebungsebene je eine kurz- und eine mittelfristige Massnahme ausgelöst:

- Da die sofortige und vollständige Umsetzung des EVG-Entscheidunges die Kantone vor erhebliche finanzielle Schwierigkeiten gestellt hätte, hat das Parlament dieses Problem mit einem als dringlich erklärten Bundesgesetz (Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung/SR 832.14) entschärft und beschlossen, dass der EVG-Entscheid zwischen 2002 und 2004 in Etappen umgesetzt wird. Das Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen ist als Übergangslösung bis zum Inkrafttreten der 2. KVG-Revision geschaffen worden.
- Mittelfristig schlug die 2. KVG-Revision, die vom Bundesrat schon vor den EVG-Urteilen des Jahres 2001 eingeleitet worden war, insofern einen Wechsel von der heutigen Objekt- zu einer Leistungsfinanzierung vor, als die Leistungen der öffentlichen wie der privaten Spitäler, welche der Planung entsprechen, unter Einbezug der Investitionskosten je zur Hälfte durch die Kantone und die Krankenversicherer entschädigt werden sollten (sog. dual-fixe Finanzierung). Dieser Systemwechsel zur dual-fixen Leistungsfinanzierung stellt eine weitgehende Gleichbehandlung zwischen den verschiedenen stationären Leistungsanbietern her, erleichtert daher den Wettbewerb und war in der politischen Diskussion mehrheitsfähig. Sie ist, mit Ausnahme der unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, ein wettbewerbliches Modell, das auf dem Preis-Leistungsverhältnis und der notwendigen Markttransparenz aufbaut.

Für die nächsten Gesetzgebungsschritte sollte dieses zweistufige Vorgehen aufgegriffen werden: Kurzfristig soll, weil die Bemessung des Kantonsbeitrags an die Kosten der innerkantonalen Spitalbehandlung von zusatzversicherten Personen nach dem Ablauf des Bundesgesetzes über die kantonalen Beiträge wohl erneut umstritten wäre, aus Gründen der Rechtssicherheit das Bundesgesetz so lange verlängert

werden, bis die Gesetzesrevision über die Spitalfinanzierung in Kraft tritt. Diese Gesetzesrevision soll erneut das dual-fixe Finanzierungsmodell vorschlagen, da die monistische Spitalfinanzierung, die im Expertenbericht zur 3. KVG-Revision als Zukunftslösung vorgeschlagen wird, noch zahlreiche Fragen aufwirft und ausgehend vom Ist-Zustand kaum ohne Zwischenschritt umgesetzt werden kann.

*Managed Care* (vgl. Bst. [h] der Grafik in Ziffer 1.3.3 a.E.)

In den letzten Jahren hat sich international die Erkenntnis durchgesetzt, dass für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche medizinische Behandlung integrierte Angebote notwendig sind, bei denen erstens die Patienten und Patientinnen während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses begleitet und betreut und zweitens die Versicherer und Leistungserbringer mit in die finanzielle Verantwortung der gesamten Behandlung einbezogen werden (sog. Managed Care-Modelle der medizinischen Versorgung). Mit der 2. KVG-Revision hätten im Sinne der Förderung solcher Managed Care-Modelle die Versicherer verpflichtet werden sollen, allein oder zusammen mit anderen Versicherern, eine oder mehrere besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer anzubieten. Das Parlament hat hier vorgesehen, dass die Versicherer Modelle anzubieten haben, in denen die Leistungserbringer die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen haben. Damit war faktisch ein Zwang zum Angebot eines integrierten Versorgungsnetzes verbunden, das als Alternative zur Vertragsfreiheit angesehen wurde. Dieser Zusammenhang ist aus unserer Sicht aufzugeben. Vielmehr sollen die Netzwerke klar als Form von besonderen Versicherungsformen definiert und unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit gesetzlich verankert werden.

### 1.3.3 Zeitliche Umsetzung

Ein Hauptgrund für das Scheitern der 2. KVG-Revision dürfte in der hohen Zahl verschiedenster Themen zu finden sein, mit denen die Revisionsvorlage während der parlamentarischen Beratung ergänzt worden ist. Damit kumulierten sich die Widerstände gegen einzelne Revisionsthemen zu einer ablehnenden Mehrheit. Diese Tatsache spricht dafür, die einzelnen, für sich genommen weitgehend unbestrittenen Revisionspunkte wohl in eine ganzheitliche Strategie, nicht aber in eine Gesamtvorlage einzubetten. Deshalb werden dem Parlament zwei grössere Gesetzgebungspakete vorgelegt, die je verschiedene Teilbotschaften enthalten. Die Kriterien für die Zusammensetzung der einzelnen Pakete bzw. Botschaften sind dabei entweder materieller (Zusammenführen thematisch verknüpfter Bereiche) oder zeitlicher Art (Priorisierung derjenigen Bereiche, deren heutige gesetzliche Regelung befristet ist). In Anwendung dieser Kriterien ergibt sich folgende Zusammensetzung und Etablierung der nächsten Revisionspakete und -schritte im Krankenversicherungsbereich:

## *Gesetzgebungspaket 1*

Das erste Botschaftspaket soll zumindest teilweise, so etwa die Bestimmungen zur Prämienverbilligung, auf den 1. Januar 2005 in Kraft treten. Das erste Gesetzgebungspaket besteht aus folgenden vier Botschaften:

- **Botschaft 1A:** Die erste, hier nun vorliegende Botschaft regelt als thematische Schwerpunkte:
  - die Verlängerung des Risikoausgleichs: Der Risikoausgleich läuft Ende 2005 aus; da der Risikoausgleich einen Zusammenhang zu anderen Revisions Themen aufweist, drängt es sich auf, die Verlängerung möglichst rasch zu verabschieden;
  - das Weiterführen und Einfrieren der Pflege tarife: Die Tarife müssen eingefroren werden, bevor die Erfüllung der Transparenzvorschriften zu einer vollen Kostenübernahme durch die Versicherer – und damit zu einem Prämien schub – führt;
  - das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung ist bis zum Inkrafttreten des dual-fixen Finanzierungsmodells zu verlängern, da die geltende Fassung bis zum 31. Dezember 2004 befristet ist.

Als weitere Themen stehen Vorschriften für Geschäftsbericht und Rechnungslegung der Versicherer (Art. 60 Abs. 4-6 der 2. KVG-Revision) und die Einführung einer Versichertenkarte (Art. 42a der 2. KVG-Revision) zur Diskussion.

- **Botschaft 1B:** Die Vertragsfreiheit soll den Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer, der im Juli 2005 ausläuft, ersetzen und muss daher im ersten Gesetzgebungspaket thematisiert werden. Als damit verbundenes Thema soll die Verstärkung der Sanktionsmöglichkeiten gegen Leistungserbringer (Art. 59 der 2. KVG-Revision) aufgenommen werden.
- **Botschaft 1C:** Die Prämienverbilligung ist das zentrale sozialstaatliche Korrektiv der Kopfprämie und sollte daher aus sozialpolitischen Gründen – gerade im Hinblick auf die Verbesserungen für Haushalte mit Kindern, welche die im Rahmen der 2. KVG-Revision diskutierte Lösung bringt – rasch vorgelegt und verabschiedet werden. Wegen des engen thematischen Zusammenhangs soll in dieser Botschaft auch die Frage der Leistungs sistierung und des Wechselverbotes bei Nichtbezahlung der Prämien (Art. 61a der 2. KVG-Revision) wieder aufgenommen werden.
- **Botschaft 1D:** Die Kostenbeteiligungsregeln beeinflussen die Prämienberechnung stark und müssen daher in der Regel spätestens Mitte Jahr verabschiedet worden sein, um den Versicherern die rechtzeitige Prämienkalkulation für das Folgejahr zu ermöglichen. Auch wenn unter diesem Aspekt ein Inkrafttreten neuer Kostenbeteiligungsparameter auf den 1. Januar 2005 kaum realistisch erscheint, ist es dennoch geboten, die Frage möglichst rasch einer Klärung zuzuführen.

## *Gesetzgebungspaket 2*

Das zweite Gesetzgebungspaket soll dem Parlament vor der Herbstsession 2004 vorgelegt werden. Auch hier wird ein beschleunigtes Verfahren beantragt werden, so dass eine Verabschiedung in der Wintersession 2004 möglich sein sollte. Das zweite Paket ist thematisch wie folgt aufgeteilt:

- **Botschaft 2A:** Schwerpunkt der ersten Botschaft der zweiten Etappe ist die Spitalfinanzierung, in welcher die dual-fixe Finanzierung vorgeschlagen werden

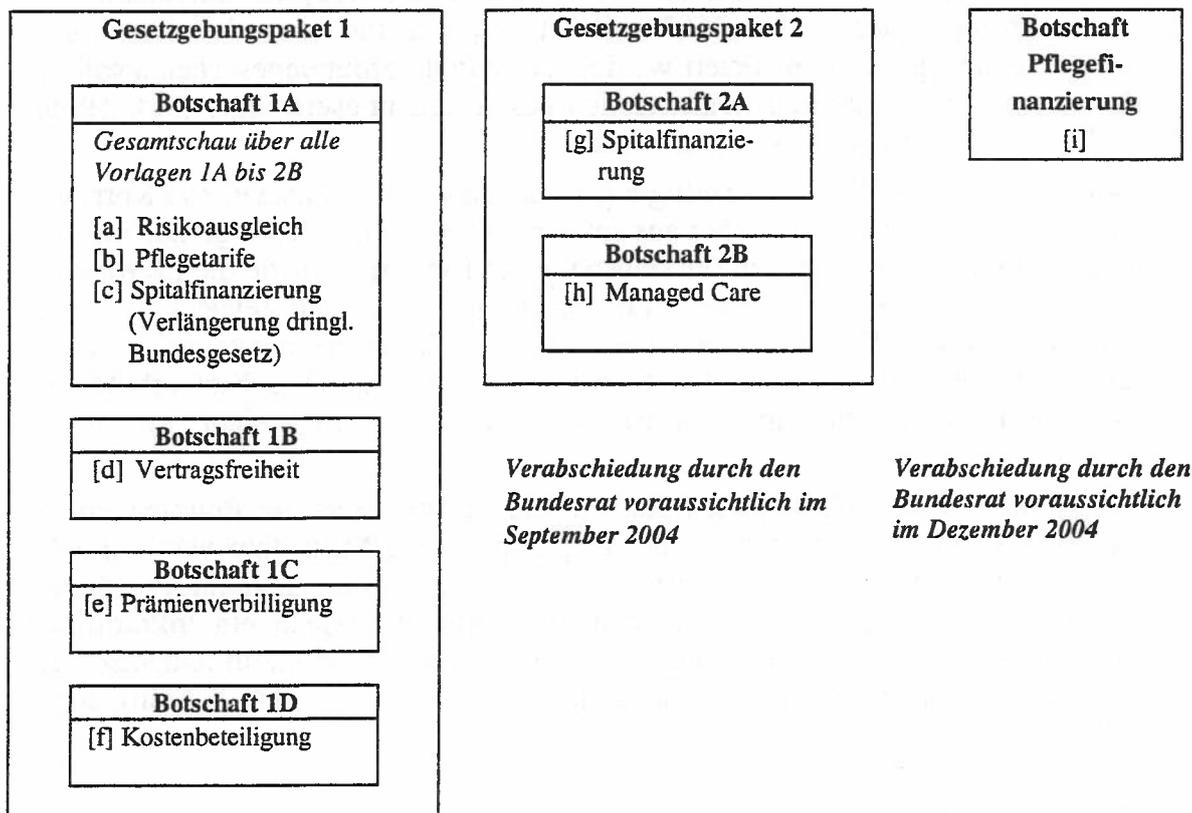
soll. Die Spitalfinanzierung kann und muss insbesondere deshalb in die zweite Etappe gelegt werden, weil zum einen die Umstellung auf die Leistungsfinanzierung eine gewisse Vorlaufzeit voraussetzt, eine Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2005 daher eh nicht möglich wäre, zum anderen die Gesetzesbestimmungen wegen der technischen Komplexität nochmals einer ordentlichen schriftlichen Vernehmlassung unterzogen werden sollen.

- *Botschaft 2B*: Die Zuordnung des Managed Care-Bereichs in das zweite Revisionspaket lässt sich ebenfalls mit der Notwendigkeit einer materiellen und zeitlichen Vorbereitung für die Umsetzung begründen. Zudem wird im Rahmen dieser Botschaft geprüft werden, inwieweit im Bereich der Medikamente weitere als die in den letzten Jahren bereits getroffenen Massnahmen umgesetzt werden können.

### *Pflegefinanzierung*

Losgelöst von den beiden soeben skizzierten Gesetzgebungspaketen wird die Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Ausführung des erwähnten parlamentarischen Auftrages, spätestens im Dezember 2004 vom Bundesrat verabschiedet werden.

### **Überblick über die Gesetzesvorlagen des Jahres 2004 in der Krankenversicherung**



## 2

## Grundzüge der Vorlage

Im Folgenden werden schwergewichtig zu denjenigen Themenbereichen gesetzgeberische Vorschläge unterbreitet, die aus zeitlichen Gründen (insbesondere Auslaufen geltender Regelungen) priorisiert werden müssen:

### 2.1 Risikoausgleich

#### 2.1.1 Geltende Regelung

##### *Zur Entstehungsgeschichte der geltenden Regelung*

Unter dem Bundesgesetz vom 13. Juni 1911 über die Krankenversicherung (KUVG) war die Freizügigkeit der Versicherten wegen den nach dem Eintrittsalter abgestuften Prämien, den Eintrittsaltersgrenzen und den zulässigen Versicherungsvorbehalten stark eingeschränkt. Dies führte dazu, dass vorwiegend jüngere Versicherte (vor allem männlichen Geschlechts) und damit Versicherte mit unterdurchschnittlichen Krankheitskosten ihren Versicherer wechseln konnten. Die Folge war eine zunehmende Konzentration sogenannt „schlechter Risiken“ bei bestimmten Krankenversicherern, so dass die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung stetig zunahm. Um dieser Entsolidarisierung in der Krankenversicherung entgegenzuwirken, wurde mit einem Bundesbeschluss (Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung) auf den 1. Januar 1993 ein Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern eingeführt. Mit dem KVG wurde per 1. Januar 1996 der Risikoausgleich in das ordentliche Recht überführt. Nach Artikel 105 Absatz 4 KVG ist der Risikoausgleich auf die Dauer von zehn Jahren ab Inkrafttreten des KVG – also ab dem 1. Januar 1996 – befristet.

##### *Zur Konzeption des geltenden Risikoausgleichs*

Unter dem KUVG war die Risikostruktur der einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich. Da davon auszugehen war, dass weiterhin eher die jüngeren, gesunden Versicherten von der Freizügigkeit Gebrauch machen werden, hätten Versicherer mit einer ungünstigen Risikostruktur bei Einführung der vollen Freizügigkeit ohne Korrektiv schlechte Startbedingungen gehabt, die sie auch mit einer guten Organisation und Administration nicht hätten kompensieren können. Die Konzeption des Risikoausgleichs ging dabei von Anfang an nicht von den bei den einzelnen Versicherern effektiv entstandenen Kosten, sondern von objektiven Risikofaktoren aus, nämlich dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten. Ob ein Versicherer nach diesem Konzept für den Risikoausgleich Abgaben leisten muss oder Beiträge erhält, entscheidet sich somit aufgrund eines Vergleichs seiner Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht mit der entsprechenden Zusammensetzung sämtlicher Versicherer, also faktisch mit der Wohnbevölkerung. Versicherer, die im Vergleich zum Gesamtdurchschnitt mehr ältere Personen und mehr Frauen aufweisen, erhalten Beiträge, die von jenen Versicherern aufgebracht werden, welche weniger ältere Personen und Frauen versichern als dem Gesamtdurchschnitt entspricht.

Der Risikoausgleich wurde auf zehn Jahre befristet, weil erwartet wurde, dass sich die Unterschiede zwischen den Versicherern bezüglich Alter und Geschlecht durch die Freizügigkeit – wenn auch nur langsam – verringern würden und weil der Risi-

koausgleich nicht zu einer unerwünschten Strukturhaltung in der Krankenversicherung führen sollte.

### **2.1.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung**

Die Annahme, die volle Freizügigkeit der Versicherten werde die grossen Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherer unter dem alten Recht ausgleichen, hat sich in der Realität nicht bestätigt. Vielmehr hat sich die Ausgleichssumme in den letzten Jahren weiter erhöht und dürfen die Risikostrukturunterschiede zwischen den verschiedenen grossen Zahler- und Empfängerkassen als nach wie vor sehr gross bezeichnet werden. Die Annahme, es würden eher die jüngeren und gesünderen Versicherten zu einem Versicherer mit günstiger Prämie wechseln, hat sich bisher hingegen bestätigt.

Der Risikoausgleich ist daher weiterhin erforderlich, insbesondere weil in einem System der vollen Freizügigkeit, der Einheitsprämie, des Wettbewerbs verschiedener Versicherer und der gesetzlichen Leistungen vor allem diejenigen Versicherer auf dem Markt einen Vorteil haben, welche über eine gute Risikostruktur verfügen. Diese Analyse ist in einem Expertenbericht, der im Hinblick auf die 3. KVG-Revision erarbeitet worden war, weitgehend bestätigt worden: Der Bericht hält neben der generellen Erforderlichkeit eines Risikoausgleichs im schweizerischen System die Vorteile des geltenden Risikoausgleichs hervor (einfache und transparente Ausgestaltung, eingespielte administrative Abwicklung, weitgehende politische Akzeptanz), weist aber gleichzeitig darauf hin, dass die Wirksamkeit des Risikoausgleichs noch erhöht werden könnte, da die Unterschiede im Gesundheitszustand der Versicherten über die Faktoren Alter, Geschlecht und Kanton nur ungenügend berücksichtigt werden. Die Erforderlichkeit des Risikoausgleichs an sich ist auch in der übrigen gesundheitsökonomischen Diskussion weitestgehend unbestritten, die den Risikoausgleich als Voraussetzung für das Funktionieren des Kassenwettbewerbs bezeichnet.

### **2.1.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

Die weitgehende Unbestrittenheit des Risikoausgleichs spricht für eine Verlängerung des Instituts. Da die Ausgestaltung des Risikoausgleichs auch im Zusammenhang mit Reformschritten in anderen Bereichen der Krankenversicherung gesehen werden muss (z.B. bei den Managed Care-Modellen), erscheint nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision eine Verlängerung um 5 Jahre ohne Ergänzung der Ausgleichskriterien als angemessen.

## 2.2 Spitalfinanzierung: Verlängerung des Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung

### 2.2.1 Geltende Regelung

#### *Zur Konzeption der Kostendeckung im Spitalbereich gemäss KVG*

An der Deckung der Kosten eines Spitalaufenthaltes einer zusatzversicherten Person sind drei Parteien beteiligt: die obligatorische Krankenpflegeversicherung („Grundversicherung“), die Zusatzversicherung sowie der Wohnkanton. Der Wohnsitzkanton leistet dabei bei seinen innerkantonalen Spitälern Beiträge in Form von Betriebsbeiträgen oder einer Defizitdeckung an die Einrichtung selbst, währenddem die Spitäler den Versicherten bzw. den Versicherern nach Artikel 42 KVG eine Rechnung stellen, die die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung zu vergütenden Kosten umfasst.

Der Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Spitalaufenthalt richtet sich nach Artikel 49 Absatz 1 KVG. Die von dieser Versicherung vergüteten Pauschalen werden in Verhandlungen zwischen den Spitälern und den Versicherern beziehungsweise deren Verbänden vereinbart, bei Nichteinigung wird der Tarif durch die Kantonsregierung festgesetzt. Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütete Pauschale deckt bei Kantonsseinerinnen und Kantonsseiner höchstens 50 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten der allgemeinen Abteilung („Sockelbeitrag“). Wiewohl im KVG nicht ausdrücklich aufgeführt, deckt der Kanton (teilweise gemeinsam mit den Gemeinden) die restlichen anrechenbaren Betriebskosten. Die Zusatzversicherung kommt für die Kosten jener Leistungen auf, welche nicht zum Leistungskatalog gemäss KVG gehören, wie zum Beispiel der erhöhte Komfort im Ein- oder Zweibettzimmer und die freie Arztwahl im Spital. Weil ein grosser Teil der Spitäler über keine Kosten- und Leistungsrechnung verfügt, welche den Anforderungen der VKL entspricht, ist es indessen schwer feststellbar, welcher Betrag 100 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten entspricht. Im Rahmen der Tarifverhandlungen vereinbaren die Vertragspartner jeweils, welches im Einzelfall die anrechenbaren Betriebskosten sind. Ebenfalls nicht eindeutig abgrenzbar sind die Kosten der zu Lasten der Zusatzversicherung erbrachten Leistungen.

#### *Entstehungsgeschichte und Inhalt des dringlichen Bundesgesetzes*

Nach Inkrafttreten des KVG war die Beitragspflicht der Kantone an die stationäre Behandlung von Personen, welche sich in der privaten oder halbprivaten Abteilung eines Spitals pflegen lassen, umstritten. Mit drei Grundsatzentscheiden hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) Klarheit geschaffen und die Beitragspflicht der Kantone bestätigt, wenn sich eine versicherte Person in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital stationär behandeln lässt (BGE 123 V 290ff., 310ff. sowie BGE 127 V 422ff.). Weil die sofortige und vollständige Umsetzung des letztgenannten Gerichtsurteils für die Kantone massive Mehrkosten mit sich gebracht hätte, welche zumeist nicht budgetiert waren, hat das Parlament die stufenweise Anpassung der kantonalen Beiträge während drei Jahren beschlossen.

## **2.2.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung**

Die eidgenössischen Räte gingen davon aus, dass das Bundesgesetz eine Übergangsregelung darstellt, welche bis zum Inkrafttreten der zweiten KVG-Revision gültig ist. Nachdem die 2. KVG-Revision in der Wintersession 2003 gescheitert ist, kann eine Neuregelung der Spitalfinanzierung nicht nach Ablauf der Geltungsdauer des Bundesgesetzes am 31. Dezember 2004 über die Anpassung der kantonalen Beiträge in Kraft treten.

## **2.2.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

Um eine umsetzbare Regelung bezüglich der Kostenübernahme der Spitalbehandlungen in der Halbprivat- und Privatabteilung durch die Kantone zu gewährleisten, schlägt der Bundesrat vor, dass die im Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für das Jahr 2004 festgesetzte Regelung bis zum Inkrafttreten einer Neuregelung der Spitalfinanzierung verlängert wird. Die vorgeschlagene Regelung beschränkt sich erstens auf die Finanzierung des Betriebskosten und zweitens auf den Bereich der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler. In seiner Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung (BB1 1992 I 184f.) vertritt der Bundesrat explizit den Standpunkt, dass die Investitionen nicht in die für die Ermittlung der Pauschalvergütung anrechenbaren Kosten eingehen sollen. Bis zur Neuordnung der Spitalfinanzierung im Krankenversicherungsgesetz soll dieser Grundsatz weitergeführt werden, obwohl festgehalten werden muss, dass bereits heute gewisse Abschreibungen auf den Investitionen in die anrechenbaren Betriebskosten einfließen. Weil das EVG festgehalten hat, dass aufgrund der Auslegung von Artikel 41 Absatz 3 KVG die Beitragspflicht des Kantons entfällt, wenn sich die versicherte Person in ein privates, nicht subventioniertes Spital begibt (BGE 123 V 310ff.), soll auch die Ausdehnung der Finanzierungsregelung auf die Privatspitäler im Rahmen der Neuordnung der Spitalfinanzierung im KVG in Betracht gezogen werden.

## **2.3 Pflegetarife**

### **2.3.1 Geltende Regelung**

Mit dem KVG wurde die Kostenübernahme im Pflegebereich neu geregelt. Während die Versicherung nach dem vormaligen KUVG an die Pflege einzig einen Beitrag geleistet hat, übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a KVG die „Pfleagemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen (...) oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden (1) von Ärzten und Ärztinnen, (2) von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen und (3) von Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen“. In der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung (BB1 1992 I 93ff.) wurden die Kosten dieser Leistungserweiterung für den Pflegeheimbereich auf 560 Mio. Franken geschätzt. Diese für die Leistungen im Pflegeheimbereich geschätzten Mehrkosten wurden, ausgehend von den entsprechenden Leistungsausgaben der Krankenversicherung im Jahr 1995, im Jahr 1999 erstmals übertroffen und steigen tendenziell weiter, auch wenn der Kostenanstieg abflacht und sich im Trend an die durchschnittliche Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung annähert.

Angesichts der fehlenden Kostentransparenz der Pflegeheime und um die beschriebene Kostenentwicklung im Spitex- und Pflegeheimbereich besser in den Griff zu bekommen, wurden per 1. Januar 1998 Rahmentarife für die Pflegeleistungen nach Artikel 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) eingeführt (Art. 9a KLV). Die Rahmentarife sollten solange gelten, bis die Leistungserbringer die Transparenzvorgaben erfüllen.

Der Bundesrat hat diese Massnahmen zur Kosteneindämmung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im September 1997 durch einen Brief an die Kantonsregierungen mit Empfehlungen zuhanden der Finanzierungspartner, also der Kantone, der Gemeinden und der Krankenversicherer ergänzt, in denen er davon ausgegangen ist, dass sich die Kantone einerseits nicht aus der Mitfinanzierung der Pflegeleistungen zurückziehen und andererseits allfällige Finanzierungslücken, die sich aus der Anwendung der Rahmentarife ergeben, schliessen.

### **2.3.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung**

Per 1. Januar 2003 ist die VKL in Kraft getreten. Erfüllen die Pflegeheime die Anforderung zur Kostentransparenz gemäss VKL, so kann der Tarif unabhängig von den Rahmentarifen ausgehandelt werden. Die Aussicht auf die vollständige Transparenz der Kosten im Pflegeheimbereich ist realistisch. Es ist zu erwarten, dass innert nicht allzu langer Frist die Anforderungen der VKL erfüllt werden können. Auch unabhängig von der VKL ist angesichts der demographischen, der medizinischen und allgemein der gesellschaftlichen Entwicklung zu erwarten, dass in Zukunft der Bedarf an Pflegeleistungen und die Kosten zu deren Erbringung ansteigen werden. Es stellt sich daher die Frage nach Finanzierungsalternativen inklusive der notwendigen Koordination zwischen den Sozialversicherungen sowie kantonalen Leistungen und der Sozialhilfe. Der Bundesrat hat sich daher bereit erklärt, eine entsprechende Revision, welche die Pflegefinanzierung neu definieren und zwischen den verschiedenen Sozialversicherungszweigen aufteilen soll, zu unterbreiten. Bis zum Inkrafttreten dieser Vorlage, die dem Parlament bereits Ende 2004 unterbreitet werden soll, gilt es eine Übergangsregelung zu finden, welche eine dämpfende Wirkung auf die Kostenentwicklung ausübt.

### **2.3.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

Um den mit dem Wegfall der Rahmentarife befürchteten Kostenschub eindämmen zu können, hatten die eidgenössischen Räte im Rahmen der 2. KVG-Revision vorgesehen, die Rahmentarife bis zum Inkrafttreten der vorerwähnten Gesetzesrevision grundsätzlich weiter zu führen und nach einer Anpassung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen einzufrieren. Mit dieser Vorlage nimmt der Bundesrat die in der 2. KVG-Revision vorgespurte Vorgehensweise auf. Dabei erscheint es, gerade im Hinblick auf eine Verlängerung der Rahmentarife, angemessen, die seit nunmehr 6 Jahren eingefrorenen, in zwei Pflegebedarfsstufen unbestritten zu tiefen Tarife zu erhöhen; dieses neue, auf Verordnungsebene erlassene Tarifniveau gilt es dann gesetzlich bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung, spätestens bis zum 31. Dezember 2006 einzufrieren.

## **2.4 Rechnungslegung**

### **2.4.1 Geltende Regelung**

In Artikel 60 Absatz 4 KVG wird festgehalten, dass der Bundesrat die notwendigen Vorschriften zum Finanzierungsverfahren und zur Rechnungslegung erlässt. Dazu zählen insbesondere die Vorschriften zur Rechnungsführung (Buchhaltung usw.), Rechnungsablage (Gliederung der Rechnung usw.), Rechnungskontrolle (Kontrollstellen der Versicherer, Kontrollen durch die Aufsichtsbehörde), Reservebildung (Höhe, Bewertungsgrundsätze) und zulässige Kapitalanlagen.

Im Bereich der Rechnungsablage hat der Bundesrat seine Kompetenz in den Artikeln 81 bis 85 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsverordnung [KVV]; SR 832.102) genutzt, um im Bereich des einheitlichen Kontenplans (Artikel 82 KVV) und der Mitteilungen an das BAG (Artikel 85 KVV) die Rechnungslegung zu definieren. Bereits heute sind die Versicherer gemäss Artikel 85 Absatz 1 KVV verpflichtet, dem BAG im Rahmen der Rechnungslegung bis zum 30. April den Geschäftsbericht des Vorjahres einzureichen.

Über Form und Inhalt des Geschäftsberichts hat das Bundesamt für Sozialversicherung<sup>1</sup> als Aufsichtsbehörde mit Weisung 00/6 vom 28. Dezember 2000 („Struktur des Geschäftsberichts“) und mit Weisung 03/1 vom 28. Januar 2003 („Transparenz beim Marktauftritt, Informationspflicht für interessierte Personen und Mindestanforderungen an den Geschäftsbericht“) verbindliche Richtlinien erlassen. Die Krankenversicherer werden darin unter anderem dazu verpflichtet, ihre Geschäftsberichte (Organisation, Jahresbericht, Bilanz, Gesamtbetriebsrechnung, Betriebsrechnungen der einzelnen Versicherungsformen und verschiedene Kennzahlen) interessierten Personen auf Anfrage zuzustellen. Die Jahresrechnung erscheint im Geschäftsbericht der Versicherer in der Gliederung des für alle Versicherer durch das BAG verbindlich festgelegten Kontenplanes, welcher auch im Rahmen der Statistiken und Aufsichtsdaten seinen Ausfluss findet. Dies gewährleistet Transparenz innerhalb aller Publikationen des BAG und der Versicherer und erlaubt schlussendlich Vergleiche zwischen den Versicherern.

### **2.4.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung**

Es ist wichtig, dass die Geschäftsberichte (Jahresbericht und Jahresrechnung) der Krankenversicherer transparent gestaltet und der Öffentlichkeit zugänglich sind. Die vom Bundesrat im Rahmen der KVV und der Aufsichtsbehörde BAG im Rahmen von Weisungen erlassenen Regelungen zur Rechnungsablage gemäss Artikel 60 Absatz 4 haben diesem Umstand mit der Definition des Geschäftsberichts und dessen Veröffentlichung teilweise Rechnung getragen. Es besteht allerdings keine Regelung zu Erstellung, Inhalt und Veröffentlichung der Geschäftsberichte der Versicherer auf Gesetzesstufe. In der gescheiterten 2. KVG-Revision wollten die Räte diesem Anliegen mit dem Ausbau von Artikel 60 Absatz 4 Rechnung tragen.

<sup>1</sup> Der Bereich der Krankenversicherung ist per 1. Januar 2004 vom Bundesamt für Sozialversicherung ins Bundesamt für Gesundheit transferiert worden.

### **2.4.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

Nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision soll die gesetzliche Bestimmung zur Rechnungslegung im bereits vorgesehenen Umfang erweitert werden. Die Pflicht zur Erstellung eines Geschäftsberichts wird auf Gesetzesstufe geregelt. Artikel 60 KVG wird zu diesem Zweck erweitert; aus Absatz 4 entstehen die Absätze 4 bis 6 mit einer Ausweitung der Regelungskompetenzen des Bundesrats bezüglich des Geschäftsberichts. Der Bundesrat legt insbesondere fest, in welchen Fällen eine Konzernrechnung zu erstellen ist und in welcher Form der Geschäftsbericht zu veröffentlichen ist.

Die Abschlüsse der Krankenversicherer werden dadurch transparenter und es sind grundsätzlich die Bestimmungen des Obligationenrechtes über die Aktiengesellschaften anwendbar. Damit wird ein wesentlicher Gewinn an Klarheit und Übersichtlichkeit zugunsten der Versicherer als auch der Behörden gewährleistet.

## **2.5 Versichertenkarte**

### **2.5.1 Geltende Regelung**

Das geltende Bundesrecht kennt keine gesetzliche Grundlage für die Einführung eines Gesundheitsdossiers für alle Versicherten, das die Daten ihrer Krankheitsgeschichte enthält. Die Prüfung einer solchen gesetzlichen Grundlage wurde allerdings 1997 mit einem Postulat von Nationalrat Guisan (96.3578) in die Wege geleitet. Der Bundesrat erklärte sich damals bereit, den Vorschlag entgegenzunehmen und die Einführung eines Gesundheitspasses in der Schweiz zu prüfen.

### **2.5.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung**

Die fehlende bundesrechtliche Regelung und die grundsätzliche Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung führen zur Zeit dazu, dass verschiedene kantonale Projekte unabhängig voneinander entwickelt werden, wobei die Gefahr besteht, dass sie untereinander nicht kompatibel sind. Zudem benützen bereits heute 4 Millionen Versicherte von 35 Krankenversicherern für die Leistungen von rund 2000 Apothekern eine elektronische Karte. Diese uneinheitliche Situation droht sich negativ auf die Entwicklung der Systeme auszuwirken. Dadurch, dass die Karten von einem System zum anderen nicht lesbar sind, ist die Zweckmässigkeit der eingeführten Instrumente sowie die Motivation der Partner, sich mit der nötigen Infrastruktur auszustatten, stark eingeschränkt. Die Grösse des Landes und die zunehmende Mobilität der Bevölkerung unterstreichen die Notwendigkeit kompatibler und interoperabler Systeme.

Im Rahmen des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (EG) und ihren Mitgliedstaaten über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen; SR 0142.11.681) hat die Schweiz auch die Regelung der EG über die Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit (Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; SR 0.831.109.268.1) übernommen, welche die Koordination, nicht aber die Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vorsieht. Teil davon ist die zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe in der Krankenversicherung, die einen Anspruch auf medizinische Sachleistungen bei Krankheit

und Unfall während eines Aufenthaltes in einem anderen Abkommensstaat einräumt. Per 1. Juni 2004 führt die EG die europäische Krankenversicherungskarte ein, welche die bisherigen sogenannten E-Formulare als Anspruchsnachweis auf Sachleistungen in einem anderen Mitgliedstaat ablöst. Damit werden die bisherigen Papierformulare durch einen Versicherungsnachweis im Kreditkartenformat ersetzt. Die einzelnen EG-Mitgliedstaaten und die Schweiz können sich während einer einjährigen Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2006 Zeit nehmen, die Krankenversicherungskarte einzuführen. Formell geschieht diese rein technische Anpassung durch eine Änderung im Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen.

### **2.5.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

Auf der Grundlage der Vorarbeiten zum Postulat Guisan kam der Bundesrat in seiner Klausursitzung vom 22. Mai 2002 zum Schluss, dass das EDI die Erarbeitung einer gesetzlichen Grundlage in den Katalog der kurzfristigen Änderungen aufnehmen könne, um damit die Einführung eines solchen Instruments, das schrittweise von einer Versicherten- zu einer umfassenderen Patientenkarte ausgebaut werden kann, in die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu ermöglichen. Das Bundesrat hiess in der Folge im August 2002 einen neuen Artikel 42a KVG gut, der in die laufenden parlamentarischen Arbeiten zur 2. KVG-Revision eingespielen wurde. Die Delegationsnorm des Bundesrates zur Einführung einer Versichertenkarte war damit schon in der gescheiterten Vorlage zur 2. KVG-Revision enthalten und fand in beiden Räten Zustimmung. Artikel 42a KVG ist im gleichen Wortlaut in den vorliegenden Änderungsvorschlag aufgenommen worden. Er bildet die notwendige gesetzliche Grundlage für die Ermächtigung des Bundesrates zur Einführung einer Karte mit einer vom Bund vergebenen Identifikationsnummer. Die Karte erleichtert den administrativen Aufwand bei der Rechnungsabwicklung zwischen Leistungserbringer und Versicherer und trägt in diesem Zusammenhang zur Senkung der Administrativkosten bei. Für weitere Zwecke - wie der Zugriff auf persönliche Daten im Notfall - kann die Karte nur im Einverständnis der versicherten Person verwendet werden, da diese Informationen besonders schützenswerte Personendaten im Sinne des Datenschutzgesetzes darstellen.

## **3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen**

### **3.1 Bestimmungen des KVG**

#### *Artikel 42a Absatz 1 (neu)*

Die allgemeine Einführung einer Versichertenkarte kann einen Eingriff in die Grundrechte der versicherten Personen darstellen und bedarf deshalb einer gesetzlichen Grundlage. Die Kompetenz für die Einführung einer Versicherungskarte soll an den Bundesrat delegiert werden. In Absatz 1 handelt es sich um die für die Erreichung dieses Zweckes erforderliche Delegationsnorm.

Zweck der Versichertenkarte ist die Vereinfachung der administrativen Abläufe zwischen den Versicherern, den Versicherten und den Leistungserbringern. Sie trägt zu den Rationalisierungsbemühungen der Leistungserbringer bei und sorgt gleichzeitig für eine verbesserte Information und erhöhten Komfort des Patienten/Versicherten. Als Identifikationsnummer der Karte bietet sich die neu konzipierte Sozi-

alversicherungsnummer, welche als „nichtsprechende“ Versichertennummer bzw. als eindeutiger Personenidentifikator die bisherigen AHV-Nummern ersetzen wird, an. Die Verwendung dieser Nummer hätte den Vorteil, dass die versicherte Person für alle Sozialversicherungen eine identische Nummer benützt, welche unabhängig von Versicherer und Wohnkanton bestehen bleibt. Denkbar ist aber auch die Schaffung einer eigenen Nummer für die Krankenversicherung.

#### *Artikel 42a Absatz 2 (neu)*

In Absatz 2 wird den Hauptverwendungszweck der Karte definiert. Er beschränkt sich auf den administrativen Bereich zur Vereinfachung der Rechnungsstellung der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Sobald alle Versicherten im Besitz einer solchen Karte sind und ein Grossteil der Leistungserbringer mit dem dafür nötigen System ausgestattet ist, können die Leistungen nur noch über dieses Kartensystem in Rechnung gestellt und zurückerstattet werden. Der Leistungserbringer wäre somit verpflichtet, die Karte zu verwenden, wie im Übrigen auch die versicherte Person, wenn sie eine Leistungsrückerstattung geltend machen will. Der Ausdruck „Benutzerschnittstelle“ sagt aus, dass der Benutzer durch die Bedienung einer Schnittstelle (Tastatur, Maus etc.) Zugriff auf die Daten der Karte erhalten muss.

Das Prinzip des Tiers garant gemäss Artikel 42 Absatz 1 KVG muss mit der Einführung der Versicherungskarte nicht de facto aufgegeben werden. Die beiden Systeme können ohne weiteres nebeneinander bestehen.

#### *Artikel 42a Absatz 3 (neu)*

Absatz 3 enthält die Kompetenzdelegation an den Bundesrat, damit dieser die Regelung von Einzelheiten erlassen kann. Wie unter Ziffer 2.5.2 ausgeführt bestehen im Europäischen Raum Bestrebungen zur Einführung der Versichertenkarte. Die Rückseite der schweizerischen Versichertenkarte könnte deshalb für die europäische Krankenversicherungskarte verwendet werden.

#### *Artikel 42a Absatz 4 (neu)*

Das informationelle Selbstbestimmungsrecht bezüglich medizinischer Daten ist Teil des verfassungsmässig garantierten Grundrechtsschutzes von Artikel 13 BV (Schutz der Privatsphäre). Medizinische Daten sind besonders schützenswerte Personendaten im Sinne des Datenschutzgesetzes. Das Selbstbestimmungsrecht des Versicherten über seine medizinischen Daten würde eingeschränkt, wenn die Speicherung bzw. der Zugang zu Notfalldaten obligatorisch erklärt würde. Die Aufnahme und der Zugriff auf Notfalldaten können deshalb nur im Einverständnis mit der versicherten Personen erfolgen. Dabei legt der Bundesrat nach Anhören der interessierten Kreise diese Daten fest.

#### *Artikel 60 Absatz 4*

Die bisher auf Verordnungsstufe geregelte Erstellung des Geschäftsberichts durch die Versicherer soll neu auf Gesetzesstufe geregelt werden. Der Bundesrat soll zusätzlich festlegen, in welchen Fällen eine Konzernrechnung zu erstellen ist.

#### *Artikel 60 Absatz 5 (neu)*

Mit dem Verweis auf die Vorschriften des Obligationenrechts über die Aktiengesellschaften werden für die Versicherungstätigkeit adäquate Geschäftsberichte gewährleistet. Dies unabhängig von der durch die Versicherer gewählten Rechtsform und ergänzt durch die Bestimmungen dieses Gesetzes.

#### *Artikel 60 Absatz 6 (neu)*

Absatz 6 übernimmt den heute geltenden Absatz 4 und ergänzt die Aufzählung der Regelungskompetenzen des Bundesrats mit dem Geschäftsbericht. Der Bundesrat soll die im Rahmen von Weisungen der Aufsichtsbehörde bestehenden Vorschriften zum Geschäftsbericht der Versicherer auf Verordnungsebene regeln können. Der Bundesrat legt zudem fest, wie der Geschäftsbericht (Jahresbericht und Jahresrechnung) zu veröffentlichen oder der Öffentlichkeit zugänglich zu machen ist. Damit können verschiedene Formen der Veröffentlichung vorgesehen werden, falls dies aus Gründen der Transparenz notwendig wäre.

#### *Artikel 105 Absatz 4*

Das Inkrafttreten der fünfjährigen Verlängerung des Risikoausgleichs wird faktisch durch das Auslaufen der geltenden Regelung am 31. Dezember 2005 determiniert.

#### *Übergangsbestimmung Absatz 1*

Nach Artikel 104a KVG kann der Bund Bestimmungen bezüglich der Kostenübernahme in der Krankenpflege erlassen. Daher hat das EDI per 1. Januar 1998 die entsprechenden Rahmentarife festgesetzt. Diese für die Pflegeheime auf vier Pflegebedarfsstufen pro Tag bzw. für die übrigen Leistungserbringer auf drei Stufen pro Stunde festgesetzten Pauschalen decken die die Kosten der Leistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV, während die übrigen Pflichtleistungen separat verrechnet werden können.

Mit dem vorgeschlagenen Vorgehen wird unabhängig vom Erreichen der Kostentransparenz eine Begrenzung der Kostenübernahme für die Pflegeleistungen durch die Krankenversicherung statuiert. Dabei soll entsprechend der geltenden Regelung sowohl auf eine Differenzierung zwischen den Pflegeheimen und den übrigen Leistungserbringern in der Pflege wie auf eine Unterscheidung zwischen akuter und Langzeitbehandlung verzichtet werden. Dies, um einer Neuregelung bezüglich der Finanzierung der Pflege nicht vorzugreifen und keine Ungleichbehandlung zu verursachen. In denjenigen Fällen, in denen bereits heute Tarife zur Anwendung kommen, die die Rahmentarife überschreiten, weil die betreffenden Leistungserbringer die Transparenzvorgaben erfüllen, erscheint ein Rückkommen als mit den Grundsätzen der Verhältnismässigkeit und des Vertrauensschutzes schwer vereinbar, so dass wir vorschlagen, diese Tarife auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe zu begrenzen.

### **3.2 Bestimmungen des dringlichen Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002**

Die Vorlage übernimmt die für das Jahr 2004 gültige Regelung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Be-

handlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung und sieht vor, dass diese bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Spitalfinanzierung Gültigkeit haben soll. Die Regelung hält fest, dass der Kanton beim stationären Spitalaufenthalt einer zusatzversicherten Person in der Halbprivat- und Privatabteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals einen Beitrag entrichten sollen, welcher 100 Prozent des von den Versicherern für Kantonseinwohner und –einwohnerinnen geschuldeten Tarifs der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals entspricht. Beim Vollzug des Gesetzes beziehungsweise bei der Umsetzung des EVG-Entscheids vom 30. November 2001 hätten die Kantone zwar 100 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten und nicht 100 Prozent des von den Versicherern vergüteten Tarifs zu übernehmen. Für die Kantone bedeutet dies, dass sie nicht den vollen, gemäss KVG eigentlich geschuldeten Beitrag zu entrichten haben. Die Regelung hat jedoch den Vorteil, dass die Tarife der allgemeinen Abteilung der einzelnen Spitäler grundsätzlich bekannt sind, was weitere Berechnungen erübrigt.

## **4 Auswirkungen**

### **4.1 Finanzielle Auswirkungen**

Die in dieser Vorlage aufgegriffenen Themenbereiche weisen bloss geringe finanzielle Auswirkungen auf. Dies gilt auch für den Pflegebereich, da das bisherige Finanzierungsvolumen der Krankenversicherung, wie auch die Aufteilung der Kosten unter den verschiedenen Finanzierungspartnern, durch die vorgeschlagene Regelung beibehalten werden soll. Einzig im Spitalfinanzierungsbereich sind für die Kantone finanzielle Auswirkungen in denjenigen Fällen zu erwarten, in denen die Spitaltarife infolge neuer Tarifverträge oder –festsetzungen geändert werden. Im übrigen wird die im Jahr 2002 eingeführte und ab 2004 gültige Regelung weitergeführt. Erhebliche Auswirkungen hätte dagegen der Verzicht auf die Weiterführung der Regelung in der Spitalfinanzierung: Einerseits hätten die Kantone die gesamten anrechenbaren Betriebskosten, welche nicht durch den von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Tarif gedeckt werden, zu übernehmen. Dieser Betrag ist in einer Grössenordnung von 50 bis 100 Millionen Franken zu schätzen. Andererseits gälte es einen Konsens herzustellen über die Festlegung des Betrags, der 100 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten entspricht.

### **4.2 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft**

Mit der vorgeschlagenen Übergangsbestimmung zur Festschreibung der Rahmentarife für Pflegeleistungen wird die heute bestehende Situation weitergeführt; volkswirtschaftliche Auswirkungen sind nicht zu erwarten. Die Verlängerung des Risikoausgleich zwischen den Versicherern sowie die Weiterführung der Übergangsregelung in Bezug auf die Beiträge der Kantone an den Spitalaufenthalt von zusatzversicherten Personen in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitalern führen den status quo weiter und haben keine Auswirkungen auf einzelne Märkte oder auf die Volkswirtschaft.

Die Einführung einer Versichertenkarte hat einerseits Kosten sowohl für die Versicherer als auch für die Leistungserbringer zur Folge. Andererseits werden Mittel in die Informatikindustrie geleitet mit den entsprechenden Folgen. Geht man davon aus, dass die heutigen Datensammlungen lesefähig gemacht werden, dass pro Versicherten eine Karte abgegeben und pro Arztpraxis ein Lesegerät angeschafft

wird, sind die Einführungskosten, je nach integriertem Datenschutzsystem, auf 500'000 bis 5 Millionen Franken zu schätzen. Für die Volkswirtschaft ist dies von marginaler Bedeutung.

## **5 Verhältnis zur Legislaturplanung**

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003-2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 ....).

## **6 Rechtliche Aspekte**

### **6.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit**

Das Bundesgesetz stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung, der dem Bund eine umfassende Kompetenz zur Einrichtung der Krankenversicherung gibt.

### **6.2 Erlassform**

Hervorzuheben ist die Erlassform einzig bei der Spitalfinanzierung, da die vorgeschlagene Übergangsregelung in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesgesetzes erlassen werden soll. Solche Bundesgesetze können nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung dringlich erklärt werden, wenn sie sachlich und zeitlich dringlich sind. Die zeitliche Dringlichkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass das derzeit geltende dringliche Bundesgesetz Ende 2004 ausläuft, ohne dass eine anderweitige Neuregelung der Spitalfinanzierung in Kraft treten wird.

### **6.3 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen:

Grundsätzliche Einführung einer Versichertenkarte (Art. 42a Abs. 1); Regelung der technischen Standards der Versichertenkarte (Art. 42a Abs. 3); Definition der persönlichen Daten der Versichertenkarte (Art. 42a Abs. 4); Erstellen einer Konzernrechnung zusätzlich zum Geschäftsbericht (Artikel 60 Absatz 4 zweiter Satz); Rechnungslegung und finanzielle Sicherheit der Versicherer (Art. 60 Abs. 6 erster Satz); Veröffentlichung des Geschäftsberichts (Art. 60 Abs. 6 zweiter Satz).

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Änderung vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

## *Art. 42 Sachüberschrift*

### Grundsatz

#### *Art. 42a (neu) Versichertenkarte*

<sup>1</sup> Der Bundesrat kann bestimmen, dass jede versicherte Person für die Dauer ihrer Unterstellung unter die obligatorische Krankenpflegeversicherung eine Versichertenkarte mit einer vom Bund vergebenen Identifikationsnummer erhält.

<sup>2</sup> Diese Karte mit Benutzerschnittstelle wird für die Rechnungsstellung der Leistungen nach diesem Gesetz verwendet.

<sup>3</sup> Der Bundesrat regelt die Einführung der Karte durch die Versicherer und die anzuwendenden technischen Standards.

<sup>4</sup> Die Karte kann im Einverständnis mit der versicherten Person persönliche Daten enthalten, die im Notfall abrufbar sind. Der Bundesrat kann nach Anhören der interessierten Kreise den Umfang der Daten festlegen, die auf der Karte gespeichert werden dürfen.

#### *Art. 60 Abs. 4, 5 und 6 (neu)*

<sup>4</sup> Die Versicherer erstellen für jedes Geschäftsjahr einen Geschäftsbericht, der sich aus Jahresbericht und Jahresrechnung zusammensetzt. Der Bundesrat legt fest, in welchen Fällen zusätzlich eine Konzernrechnung zu erstellen ist.

<sup>5</sup> Der Geschäftsbericht ist nach den Vorschriften des Obligationenrechtes über die Aktiengesellschaften und nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zu erstellen.

<sup>1</sup> BBl 2004 ...  
<sup>2</sup>SR 832.10

<sup>6</sup> Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften, insbesondere über die Rechnungsführung, die Rechnungsablage, die Rechnungskontrolle, den Geschäftsbericht, die Reservebildung und die Kapitalanlagen. Er legt insbesondere fest, wie der Geschäftsbericht zu veröffentlichen oder der Öffentlichkeit zugänglich zu machen ist.

*Art. 105 Abs. 4 erster Satz*

<sup>4</sup> Der Risikoausgleich ist auf die Dauer von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Änderung vom ... befristet.

II

*Übergangsbestimmung zur Änderung vom ...*

In Abweichung von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe a dürfen bis zum Inkrafttreten einer neuen Regelung für die Kostenübernahme der Leistungen der Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim, spätestens bis zum 31. Dezember 2006, die auf Grund von Artikel 104a vom Departement festgesetzten Rahmentarife nicht überschritten werden. Vorbehalten sind dabei diejenigen Tarife und Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits die Rahmentarife überschritten haben. Diese werden auf der am 1. Januar 2004 geltenden Höhe begrenzt.

III

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es tritt unter Vorbehalt von Absatz 3 bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2005 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

<sup>3</sup> Artikel 105 Absatz 4 tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

# **Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

Änderung vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom ...<sup>1</sup>,*

*beschliesst:*

## **I**

Das Bundesgesetz vom 21. Juni 2002<sup>2</sup> über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

### *Art. 1 Abs. 1*

<sup>1</sup> In Abweichung von Artikel 49 Absätze 1 und 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>3</sup> über die Krankenversicherung beteiligen sich die Kantone an den Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern in der Höhe der von den Versicherern für Kantonseinwohnerinnen und -einwohner geschuldeten Tarife der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals.

### *Art. 3 Abs. 3 (neu)*

<sup>3</sup> Die Geltungsdauer dieses Gesetzes wird bis zum Inkrafttreten einer Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich der Spitalfinanzierung, längstens aber bis zum 31. Dezember 2006 verlängert.

## **II**

### *Schlussbestimmung*

<sup>1</sup> Dieses Gesetz wird nach Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe b der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es tritt am 1. Januar 2005 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2006.

<sup>1</sup> BBl 2004 ...

<sup>2</sup> SR 832.14

<sup>3</sup> SR 832.10

## **Vernehmlassungsvorlage zu den Revisionen in der Krankenversicherung**

### ***Vorlage 1B Vertragsfreiheit***

- Erläuternder Bericht
- Entwurf der Gesetzesbestimmungen

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über  
die Krankenversicherung**

**Teil Vertragsfreiheit**

**Erläuternder Bericht**

---

## Einleitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) sieht mehrere Instrumente zur Kosteneindämmung im stationären Bereich vor, die Wirkung zu zeigen beginnen: So beispielsweise die Kompetenzen der Kantone zur Einführung von Globalbudgets (Art. 51) sowie die Planung der Spitäler und der Pflegeheime durch die Kantone (Art. 39). Hingegen sind die Krankenversicherer im ambulanten Bereich faktisch gezwungen, mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen und folglich die von diesen erbrachten Leistungen zu übernehmen. Mit anderen Worten kann ein Leistungserbringer, der die gesetzlichen Zulassungskriterien (Art. 35 bis 40) erfüllt, zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung praktizieren, ohne dass die Krankenversicherer die Möglichkeit haben, ihn aus diesem Markt auszuschliessen. Insofern besteht ein Vertragszwang (Kontrahierungszwang). Damit haben die Krankenversicherer grundsätzlich keine Mittel zur Unterbindung derjenigen Mengenausweitung, welche durch die stete Zunahme von Leistungserbringern bedingt ist.

Das Parlament hat am 24. März 2000 im Rahmen der 1. KVG-Revision einen Artikel 55a beschlossen, der dem Bundesrat die Möglichkeit gibt, die Zulassung neuer Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung für eine auf maximal drei Jahre befristete Zeit einem Bedarfsnachweis zu unterstellen. Nach dieser Bestimmung obliegt es dem Bundesrat, die entsprechenden Kriterien festzulegen, während die Kantone die Leistungserbringer bezeichnen. Diese Massnahme wurde einerseits im Hinblick auf das Inkrafttreten der bilateralen Verträge eingeführt, insbesondere des Personen-Freizügigkeitsabkommens mit der europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten. Andererseits handelte es sich um eine kurzfristige ausserordentliche Massnahme, die zum Ziel hatte, dem aus der ständig wachsenden Zahl von Leistungserbringern resultierenden Anstieg der Gesundheitskosten im ambulanten Bereich Einhalt zu gebieten.

Am 3. Juli 2002 machte der Bundesrat von der Kompetenz, die ihm Artikel 55a KVG einräumt, Gebrauch und beschränkte die Zulassung der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Er legte die Modalitäten dieser Beschränkung in einer eigens zu diesem Zweck erlassenen Verordnung fest (Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; SR 832.103). Diese Verordnung trat am 4. Juli 2002 in Kraft. Der Bundesrat betonte von vornherein, dass diese Zulassungsbeschränkung eine ausserordentliche, zeitlich befristete Massnahme darstellen solle, die bis zum Inkrafttreten einer sie ersetzenden Regelung für die Beschränkung der Zulassung der Leistungserbringer gelten solle, längstens aber bis zum 3. Juli 2005, dem Datum, an dem die Geltungsdauer der Verordnung abläuft. Zielsetzung war, dass in dieser Zeit ein realistisches Modell für die Aufhebung des im ambulanten Bereich geltenden Kontrahierungszwangs ausgearbeitet wird.

Diesbezügliche Diskussionen wurden anlässlich der Debatten über die 2. KVG-Revision geführt. Der Einigungskonferenz gelang es, sich auf ein Modell mit teilweiser Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu verständigen. Der Nationalrat lehnte jedoch den Entwurf zur KVG-Revision in der Schlussabstimmung anlässlich der Wintersession 2003 ab. Angesichts dieser Situation sowie der Tatsache, dass die Ver-

ordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung am 3. Juli 2005 abläuft, muss der Bundesrat dem Parlament innerhalb sehr kurzer Fristen eine neue Regelung über die Zulassung der Leistungserbringer vorschlagen.

## **1 Allgemeiner Teil**

### **1.1 Entstehungsgeschichte**

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs kam im Parlament erstmals im Rahmen der Beratungen über die 1. KVG-Revision zur Sprache. In der Botschaft vom 21. September 1998 über diese Revision (BB1 1999 793) schlug der Bundesrat vor, die Globalbudgetierung im ambulanten Bereich zur Kosteneindämmung einzuführen. In der Beratung vertraten beide Kammern die Auffassung, dass dieses Instrument insbesondere wegen seiner Funktionsweise noch nicht spruchreif sei. Parlament und Bundesrat waren sich jedoch einig, dass noch weitere Anstrengungen zur Kosteneindämmung unternommen werden müssen, und dass es dazu auch der Entwicklung neuer Instrumente bedarf. Das Parlament hat sich daher gegen die Einführung des Globalbudgets im ambulanten Bereich ausgesprochen, sich aber stattdessen für die Diskussion der Aufhebung des Kontrahierungszwangs entschieden. Bei dieser Gelegenheit nahm der Nationalrat einen Einzelantrag an, der vorsah, dass der Bundesrat neu Kriterien bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen festlegen sollte, denen Leistungserbringer genügen müssen, um einem Tarifvertrag beitreten zu können. In der Differenzbereinigung wurde jedoch dieser Vorschlag des Nationalrates zu Gunsten der in Artikel 55a KVG gewählten Lösung fallen gelassen.

In der Folge reichte die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates eine Motion (00.3003) ein, worin der Bundesrat aufgefordert wurde, die Aufhebung des Vertragszwanges im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu prüfen und im Rahmen der zweiten KVG-Revision entsprechende Änderungsvorschläge zu unterbreiten. Anfang 2000 erteilten beide Kammern dem Bundesrat den Auftrag, diese Frage zu prüfen.

Der vom Bundesrat im Juni 2000 in die Vernehmlassung gesandte Vorschlag sah ein Modell vor, das die Aufhebung des Kontrahierungszwangs auf den ambulanten Bereich beschränkte, da das Gesetz im stationären Bereich bereits verschiedene Instrumente zur Kosteneindämmung und Regulierung des Leistungsvolumens vorsieht. Gemäss diesem Modell sollten die Versicherten im ambulanten Bereich nur noch unter jenen Leistungserbringern wählen können, die mit ihrem Versicherer einen Zulassungsvertrag abgeschlossen haben und damit für diesen Versicherer zu Lasten der Krankenversicherung tätig sein dürfen. Aus den Vernehmlassungsergebnissen ging indessen hervor, dass eine Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG und somit auch die Idee einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs zwar grundsätzlich befürwortet, das vorgeschlagene Modell indessen mit Skepsis betrachtet wird. Gewisse Kreise hielten dieses für untauglich und unpraktikabel, ja gar wirkungslos für die Zwecke der Kostendämpfung. Unter anderem wurde bemängelt, dass den Versicherern zu viel Macht eingeräumt würde, und dass Indikatoren fehlen, um die Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen zu beurteilen. Der Bundesrat ist nach einer Analyse zum selben Schluss gekommen und sah deshalb in seiner Botschaft vom 18. September 2000 über die (2.) Revision des KVG (BB1 2001 741) von der allgemeinen Aufhebung des Kontrahierungszwangs

im ambulanten Bereich ab. Hingegen sprach er sich für eine auf Leistungserbringer, die das 65. Altersjahr vollendet haben, beschränkte Aufhebung aus. Aus verschiedenen Gründen verzichtete jedoch der Bundesrat darauf, diesen Vorschlag in den parlamentarischen Debatten weiter zu unterstützen.

## 1.2 Zweite KVG-Revision

Bei den Beratungen zur 2. KVG-Revision verabschiedete die Einigungskonferenz ein Modell einer teilweisen Aufhebung des Kontrahierungszwangs, das jedoch in der Schlussabstimmung im Nationalrat zusammen mit dem gesamten Revisionsentwurf abgelehnt wurde. Dieses Modell beinhaltete insbesondere folgende Vorschläge:

- Um die Zulassung für die Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erhalten, müssen die Leistungserbringer, wenn sie im ambulanten Bereich tätig sind, entweder einen Zulassungsvertrag mit einem oder mehreren Versicherern abschliessen oder sämtliche Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsnetzes erbringen, das eine besondere Versicherungsform darstellt, welche auf einem zwischen einem oder mehreren Versicherten und einer Gruppe von Leistungserbringern abgeschlossenen Vertrag beruht.
- Die Leistungserbringer und Versicherer sind in der Wahl der Vertragspartner frei, wobei sie jedoch eine Reihe von Auflagen zu erfüllen haben (Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen, Sicherung einer ausreichenden medizinischen Versorgung, Einhaltung des Kartellgesetzes); im Sonderfall ist diese Wahlfreiheit hingegen ausgeschlossen (chronischkranke betagte Patienten und Patientinnen mit einer langjährigen therapeutischen Beziehung zum selben Leistungserbringer).
- Die Kantone haben für den ambulanten Bereich die notwendige Anzahl der Leistungserbringer zur Sicherstellung der Versorgung und der Wahlfreiheit der Versicherten zu bestimmen. Die Krankenversicherer ihrerseits müssen Zulassungsverträge mit mindestens der vom Kanton festgelegten Anzahl Leistungserbringer abschliessen. Der Bundesrat legt das Datum fest, bis zu welchem die Kantone diese Zahl bestimmen müssen. Bis dahin gelten die auf der Grundlage von Artikel 55a KVG festgelegten Zahlen zur medizinischen Versorgung als Mindestwerte.
- Wird einem Versicherer oder einem Leistungserbringer der Abschluss eines Zulassungsvertrages verweigert, kann der Betreffende dies einer kantonalen Schiedskommission, zusammengesetzt aus einer Vertretung von je zwei Personen ihrer jeweiligen Verbände sowie einer Vertretung des Kantons, welche den Vorsitz führt, zum abschliessenden Entscheid unterbreiten.
- Die Zulassungsverträge sind für eine Dauer von mindestens vier Jahren abzuschliessen. Sie können mit einer Kündigungsfrist von 18 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung ist zu begründen, wenn der Leistungserbringer dies verlangt.
- Die Versicherer sind verpflichtet, mit sämtlichen im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern, die am 1. Januar 2003 zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren, übergangsweise einen auf 4 Jahre befristeten Zulassungsvertrag abzuschliessen.

## 1.3

## Reformvorschläge in Expertengutachten

### 1.3.1

### Grundlagen einer 3. KVG-Revision: Teilprojekt «Kontrahierungszwang»

An einer Sondersitzung vom 22. Mai 2002 zur sozialen Krankenversicherung zog der Bundesrat den Schluss, dass mit dem KVG insgesamt gute Ergebnisse erzielt wurden, jedoch die kostendämpfenden Massnahmen verstärkt und die Krankenversicherung schrittweise entsprechend reformiert werden müssten. Der Bundesrat beauftragte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), langfristige Reformschritte in verschiedenen Bereichen, davon zur Zulassung von Leistungserbringern eingehend zu prüfen und ihm Vorschläge zu unterbreiten. In diesem Zusammenhang erhielt das EDI unter anderem den Auftrag, realisierbare Modelle für die Aufhebung des Zwanges für die Krankenversicherer mit den Ärztinnen und Ärzten und eventuell auch mit Spitälern zu kontrahieren, auszuarbeiten, wobei in jedem Fall die Grundversorgung gewährleistet bleiben muss. Um diese Aufgabe zu erfüllen, hat das EDI eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die von einem Gesundheitsökonom geleitet wurde (Dr. oec. HSG W. Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG).

Unter Berücksichtigung der im Auftrag formulierten Kriterien hat der konsultierte Experte zusammenfassend erklärt, dass zur Realisierung der Aufhebung des Vertragszwangs insbesondere folgende Elemente zentral seien:

- Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wird im ambulanten und stationären Bereich realisiert.
- Leistungserbringer dürfen nicht an Versicherern und Versicherer nicht an Leistungserbringern beteiligt sein. Eine analoge Regelung ist für «Zulieferbetriebe» (Pharma-, Medizintechnik-Unternehmungen etc.) vorzusehen.
- Die Preise sollen im Rahmen der Vertragsverhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern ausgehandelt werden. Die Preisbildung wird somit liberalisiert, für das Scheitern von Verhandlungen eine Ersatzlösung formuliert. Eine Liberalisierung der Preisbildung beinhaltet die ersatzlose Streichung von Artikel 43 Absatz 5 KVG. Eine Verpflichtung auf den neuen ärztlichen Tarif TARMED soll somit bei Einzelleistungsvergütung nicht mehr bestehen. Damit soll es Krankenversicherern und Leistungserbringern vermehrt offen stehen, für verschiedene Versichertengruppen und Behandlungsfälle Vergütungsformen und -höhen und/oder Kombinationen von Vergütungsformen aushandeln zu können.
- Als Ersatzlösung für das Scheitern von Vertragsverhandlungen ist als Instanzenweg die Wettbewerbskommission, Rekurskommission und danach das Bundesgericht oder der Bundesrat vorzusehen.

Wenn die Zielsetzung der Kosteneindämmung im Vordergrund steht, sollte eine Modell mindestens folgende zusätzliche Eckwerte enthalten:

- Die Planungszahlen für den kantonalen Bedarf müssen möglichst tief angesetzt werden. Um dem regional unterschiedlichen Bedarf Rechnung zu tragen, müssen diese Werte zwingend differenziert werden. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie demografische Unterschiede.

- Ausserkantonale Angebote sind dabei zu berücksichtigen. Entscheidendes Kriterium soll dabei die Erreichbarkeit sein.
- Falls die Kantone höhere Planzahlen als die vom Bund festgelegten Mindestzahlen vorsehen, könnte eine anteilmässige kantonale Beteiligung an den durch die Versicherer zu entrichtenden Vergütungen in Betracht gezogen werden. Für die Versicherer entfällt in diesem Fall der entsprechende Anteil der Zahlungsverpflichtung. Schliessen die Versicherer hingegen mehr Verträge ab, als die kantonale Vorgabe unter Einhaltung der Bundesbestimmungen vorsieht, bleiben sie voll zahlungspflichtig.

Auf Grund dieser Überlegungen wird im Expertengutachten für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs ein Modell vorgeschlagen, das folgende Merkmale aufweist:

- Die Aufhebung bezieht sich sowohl auf den ambulanten als auch den stationären Bereich.
- Alle Leistungserbringer werden davon erfasst.
- Von der Aufhebung sind alle Behandlungen betroffen, also auch Notfälle. Für Notfälle führen Netzwerke zwingend einen Notfall- und Bereitschaftsdienst, der als erste Anlaufstelle für die entsprechenden Versicherten fungiert. Dieser Dienst übernimmt auch die Triagefunktion im Notfall.
- Die Versorgungssicherheit wird durch die zuständigen Bundesstellen definiert; die formulierten Minimalvorgaben müssen von den Kantonen und Vertragspartnern eingehalten werden. Legen die Kantone höhere Werte fest, bezahlen sie die Kosten und nicht die Versicherer.
- Das Kartellgesetz ist anwendbar, das heisst:
  - Keine Verbandsverträge.
  - Wirtschaftliche und organisatorische Verselbständigung der Spitäler.

### **1.3.2 Studie über die «Versorgungssicherheit in der ambulanten Medizin im Rahmen der Aufhebung des Kontrahierungszwangs»**

Santésuisse, der Dachverband der Krankenversicherer, erteilte im Juni 2001 den beiden Tessiner Gesundheitsökonomien Gianfranco Domenighetti und Luca Crivelli den Auftrag, ein Konzept für die Förderung der Versorgungssicherheit in der ambulanten Medizin als unterstützendes Instrument zur Aufhebung des Vertragszwangs im Rahmen der 2. Teilrevision des KVG auszuarbeiten. Das Ergebnis ihrer Arbeit ist in einer Studie mit dem Titel «*Sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville dans le cadre de la suppression de l'obligation de contracter* » im August 2001 erschienen. Dass die unterschiedliche Ärztedichte in verschiedenen Regionen der Schweiz die Qualität und die Sicherheit der Versorgung kaum zu beeinflussen scheint zeigten die Verfasser aufgrund einer vergleichenden Analyse verschiedener subjektiver und objektiver Indikatoren wie Zufriedenheit, Todesfälle, Kosten und Aktivitäten. Laut dieser Studie zählten wir in der Schweiz Ende 2000 etwas über 19 Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit pro 10'000 Einwohner, im Kanton Basel-Stadt sogar fast 36, im Kanton Genf 32, in verschiedenen Kantonen der Ost- und der Innerschweiz aber weniger als 13. Die Autoren der Studie stellen jedoch fest, dass die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den Leistungen des

Gesundheitswesens, die Wahrnehmung von Anzeichen einer Rationierung ebenso wie die Effektivität der medizinischen Versorgung, gemessen an den dank medizinischen Eingriffen vermeidbaren Todesfällen, praktisch identisch sind, unabhängig von den – teilweise eklatanten – Differenzen bei der Ärztedichte. Diese haben hingegen einen markanten Einfluss auf die Aktivitäten (Besuche und Konsultationen) sowie auf die Kosten pro Versicherten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Um ihre These zu untermauern, verglichen die Autoren anhand der erwähnten Versorgungsindikatoren fünf Gruppen von Kantonen mit steigender Ärztedichte (von 11 auf über 30 Ärztinnen/Ärzte je 10'000 Einwohner) mit einer relativ homogenen Ostschweizer Region (St. Gallen und die beiden Appenzell). Der Vergleich zeigte, dass bei einer Dichte von ca. 15 Ärztinnen und Ärzten je 10'000 Einwohner, wie sie in der Ostschweizer Region (Referenzregion) besteht, die gewählten Leistungsindikatoren (Zufriedenheit, Wahrnehmung der Rationierung und Todesfälle) praktisch identisch sind wie im schweizerischen Durchschnitt und wie in Kantonen, die eine doppelt so hohe Ärztedichte aufweisen. Was hingegen die Indikatoren der medizinischen Aktivitäten und insbesondere der ambulanten Kosten pro versicherte Person betrifft, sind die Werte in der gewählten Ostschweizer Region deutlich tiefer. Eine gleich gute medizinische Versorgung der Bevölkerung und der gleiche Grad der Zufriedenheit kann also auch mit einer vergleichsweise geringen Ärztedichte und damit zu niedrigeren Kosten erreicht werden. Die Autoren zeigen sich davon überzeugt, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und damit die Verstärkung des Wettbewerbs ein wirksames Instrument bildet, um die ständige Zunahme der Leistungserbringer, die in mehreren Regionen bereits zu einer Überversorgung geführt hat, in den Griff zu bekommen. Sie halten jedoch fest, dass der Markt die Versorgungssicherheit nicht automatisch gewährleistet und daher der Staat eine regulierende Funktion übernehmen muss, um der ganzen Bevölkerung den Zugang zur medizinischen Versorgung zu finanziell tragbaren Bedingungen zu garantieren. In der Studie wird deshalb vorgeschlagen, dass die Kantone den Bedarf an frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten festlegen und zwar auf der Basis einer gesamtschweizerisch definierten Kennzahl und des schweizerisch definierten Anteils an Grundversorgern. Die Kantone sollen dabei die nationale Kennzahl aufgrund regionaler Gegebenheiten modifizieren können.

#### **1.4 Politische Zielsetzungen**

Das KVG verfolgt drei Hauptzielsetzungen: den Zugang der gesamten Bevölkerung zu einem qualitativ hochstehenden Pflegeangebot zu gewährleisten, eine verstärkte Solidarität unter den Versicherten und die Kosteneindämmung. Zwar kamen Gutachten über die Auswirkungen des Gesetzes zum Schluss, dass die ersten beiden Zielsetzungen im Wesentlichen realisiert worden sind. Indessen muss festgestellt werden, dass die angestrebte Kosteneindämmung nicht in dem vom Bundesrat gewünschten Masse erreicht wurde. Tatsächlich ist die Zunahme der Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung konstant geblieben, da nach Auffassung der Experten einer der Gründe für diese Kostenentwicklung in der regelmässigen Zunahme der Anzahl Leistungserbringer liegt, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sind, dies vor allem im ambulanten Sektor. Der Bundesrat möchte den Schwerpunkt in Zukunft daher auf diesen Aspekt setzen, um darauf hinzuwirken, dass der Kostenanstieg zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eingedämmt wird.

Drei Massnahmen, um auf die Mengenausweitung bei den Leistungen und die Kosten, welche durch die Zunahme der Anzahl Leistungserbringer entstehen, einzuwirken, bieten sich an: Die eine ist das Globalbudget, die zweite die Bedürfnisklausel und die dritte die Vertragsfreiheit.

Bezüglich der Errichtung von Globalbudgets im ambulanten Sektor wurde bereits unter Ziffer 1.1 festgehalten, dass beide Kammern während den parlamentarischen Debatten zur 1. KVG-Revision zum Schluss gekommen sind, dass dieses Instrument noch nicht spruchreif sei. Heute muss festgestellt werden, dass sich die Situation kaum weiterentwickelt hat. Die Aufstellung solcher Budgets, jedoch vor allem deren Umsetzung gehen nicht ohne Schwierigkeiten vonstatten, wie es die in Deutschland gemachten Erfahrungen beweisen. Aus diesen Gründen verzichtet der Bundesrat darauf, diese Massnahme im Rahmen der vorliegenden Revision vorzuschlagen.

Die Bedürfnisklausel hat das Parlament hingegen im Rahmen der 1. KVG-Revision aufgenommen. Der Bundesrat will diese Massnahme jedoch nicht in den vorliegenden Entwurf aufnehmen, indem er ihre Geltungsdauer verlängert. Von Anfang an wurde klar festgehalten, dass die Bedürfnisklausel eine ausserordentliche Massnahme darstellt, die zeitlich befristet gelten soll. Mit diesem Instrument fehlt der Konkurrenzdruck, der normalerweise durch die neuen Leistungserbringer, die sich gerne niederlassen würden, ausgeübt würde und der für die auf dem Markt aktiven Leistungserbringer einen Anreiz bildet, qualitativ hochwertige und wirtschaftlich vertretbare Leistungen zu erbringen.

Beide Kammern schlugen im Rahmen ihrer Beratungen zur 2. KVG-Revision die Aufhebung des Kontrahierungszwanges bzw. die Vertragsfreiheit vor. Im Gegensatz zu den beiden oben erwähnten Instrumenten weist diese Massnahme den Vorteil auf, dass sie die Anzahl der Leistungserbringer begrenzt und zudem für die Leistungserbringer, die auf dem Versicherungsmarkt tätig sind, einen Anreiz darstellt, qualitativ hochstehende Leistungen zu erbringen und dabei auf deren Wirtschaftlichkeit zu achten, um sich so den Zugang zu diesem Markt zu verschaffen oder das Bestehen auf diesem Markt zu sichern. Mit der Einführung des KVG wurden im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwar Wettbewerbselemente eingeführt, die Versicherer verfügen heute jedoch immer noch nicht über das klassische Konkurrenzinstrument, nämlich die Möglichkeit, beim Vertragsabschluss zwischen verschiedenen Leistungserbringern wählen zu können. Um an einem Tarifvertrag beteiligt zu sein, spielt es heute kaum eine Rolle, ob die Versorgungsdichte in einem Kanton oder einer Region besonders hoch ist oder nicht oder ob die Leistungen effizient erbracht werden oder nicht. Unter solchen rechtlichen Rahmenbedingungen ist es fast unmöglich, die Mengenausweitung bei Leistungserbringern und Leistungen sowie den daraus resultierenden Kostenanstieg zu bremsen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs scheint heute die einzige Massnahme zu sein, welche erlaubt, in diese verhängnisvolle Spirale wirkungsvoll einzugreifen. Aus diesem Grund sprach sich der Bundesrat nach reiflicher Überlegung für diese Massnahme im Rahmen der vorliegenden Revision aus; er will sie jedoch mit einigen Leitplancken ausstatten, auf welche im Folgenden noch eingegangen wird.

Der Bundesrat verfolgt mit dem Modell für die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, das er im Rahmen der vorliegenden Revision vorschlagen will, in erster Linie zwei Ziele.

Das erste Ziel ist die Verstärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern des gleichen Berufsstands im ambulanten Bereich und der Ausschluss von „schwarzen Schafen“ vom Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, somit von Leistungserbringern, welche unwirtschaftliche oder qualitativ ungenügende Leistungen erbringen. Zu diesem Zweck sollen die Krankenversicherer ihre Vertragspartner selber wählen können, wodurch ihnen wiederum die diesbezügliche Verantwortung übertragen wird. Der Wettbewerb kann nur spielen, wenn die Versicherer über einen gewissen Freiraum verfügen und mit den Leistungserbringern verhandeln können. Die Versicherer oder Gruppen von Versicherern müssen ihr eigenes Profil formen, um ihren Versicherten verschiedene Wahlmöglichkeiten anbieten können. Die Versicherer erlangen dieses Profil in erster Linie durch die von ihnen getroffene Auswahl der Leistungserbringer. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung können sich die Versicherer bezüglich der von ihnen übernommenen Leistungen nicht konkurrenzieren, da der Katalog der von der Versicherung rückerstatteten Leistungen für alle Versicherer in gleicher Weise verbindlich ist.

Das zweite Ziel, das der Bundesrat mit seinem Modell verfolgt, ist die Verringerung der Überversorgung im ambulanten Bereich in den Kantonen, in denen eine solche vorhanden ist. Zu diesem Zweck will er die Kantone in die Verantwortung einbinden, indem er sie verpflichtet, eine Mindestzahl von Leistungserbringern zu bestimmen, die für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung ihrer Bevölkerung in jeder Kategorie der im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer notwendig ist. Der Wille des Bundesrates, die Rolle der Kantone in der Gesundheitsversorgung zu stärken und sie auf ihre Verantwortlichkeit aufmerksam zu machen, resultiert in erster Linie aus der verfassungsmässigen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen. In der Tat haben die Kantone, mangels einer ausdrücklichen Kompetenz des Bundes in der Bundesverfassung, für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung zu sorgen. Die Absicht des Bundesrates, die Kantone in diesem Punkt stärker in die Verantwortung einzubinden, übersteigt indes den einfachen Rahmen der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen. Der Bundesrat geht nämlich davon aus, dass der Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für sich allein nicht automatisch die Sicherheit der ambulanten medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung gewährleisten kann. Würde das auf den Wettbewerb setzende Vertragsprinzip ohne jegliche diesbezügliche staatliche Verpflichtung eingeführt, würden sich den Krankenversicherern Möglichkeiten eröffnen, auf dem Versicherungsmarkt Risikoselektion zu betreiben, da die volle Vertragsfreiheit ihnen erlauben würde, die Patientinnen und Patienten auszuwählen, indem sie die Leistungserbringer nach dem Risikograd ihrer Kunden aussuchen. So könnten einige Krankenversicherer dazu verleitet werden – vor allem um ihre Prämien zu senken – keine Verträge mit Leistungserbringern abzuschliessen, deren Patientenschaft sich vorwiegend aus Chronischkranken oder betagten Personen zusammensetzt. Das letztendliche Ziel dieser Strategie wäre es, diese Kategorien von Versicherten dazu zu bringen, ihren Versicherer zu wechseln, damit sie ihre Therapie beim bisherigen Leistungserbringer weiterführen können. Daraus ergibt sich das Risiko, dass die Leistungserbringer – aus Furcht, vom Markt der Krankenversicherung verdrängt zu werden – ihrerseits ermuntert würden, bei ihren Kunden eine Risikoselektion vorzunehmen und sich der Patientinnen und Patienten zu entledigen, die besonders hohe Kosten verursachen.

## 1.5

### Sozialpolitische Wirkung

Das vom Bundesrat empfohlene Modell zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs müsste logischerweise zu einer Beschränkung oder gar einer Verminderung der Gesamtzahl der im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer in der Schweiz führen. Mittelfristig sollte diese Massnahme einen Beitrag gegen den stetigen Anstieg der Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der daraus resultierenden Prämienerrhöhung leisten. Die finanziellen Anreize zur Eröffnung einer privaten Arztpraxis würden reduziert. Angesichts des wirtschaftlichen Risikos, das die Eröffnung einer solchen Praxis bei einer Aufhebung des Kontrahierungszwangs darstellte, würden vermutlich zahlreiche Leistungserbringer, namentlich Ärzte und Ärztinnen, nach Abschluss ihres Studium auf eine eigene Praxis verzichten und es vorziehen, weiterhin im Spitalbereich tätig zu sein. Zumal dort gegenwärtig ein Ärztemangel herrscht, so dass heute Ärzte und Ärztinnen aus dem Ausland beigezogen werden müssen.

Das vom Bundesrat empfohlene Modell sollte gleichzeitig eine bessere Abdeckung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz begünstigen, insbesondere im ärztlichen Bereich. Denn vor allem Ärzte und Ärztinnen haben sich zur Gewohnheit gemacht haben, nach ihrem Studium ihre Arztpraxen in urbanen oder periurbanen Gebieten zu eröffnen, in denen häufig bereits ein medizinisches Überangebot besteht. Das Modell soll nun für die Leistungserbringer Anreize schaffen, sich eher in den Randregionen niederzulassen, wo die medizinische Abdeckung oft lückenhaft ist, um in den Genuss eines Zulassungsvertrags mit den Krankenversicherern zu kommen. Dies könnte zudem auf Dauer gesehen zu einer gewissen Kosten- und Prämienangleichung zwischen den Kantonen beitragen.

Mit der Einführung der Vertragsfreiheit sind die Versicherten indes in ihrer Wahl des Versicherers eingeschränkter als bisher. Sie könnten ihren Versicherer nicht mehr allein nach Massgabe der Prämienhöhe und eventuell der angebotenen Serviceleistungen auswählen. Entscheidend wäre ebenfalls die Frage, mit welchen Leistungserbringern der jeweilige Versicherer in einem Vertragsverhältnis steht, da das Vertragsverhältnis massgebend wäre, ob die Leistungen eines Leistungserbringers übernommen werden oder nicht. Der Versicherte könnte seinen Versicherer auf der Grundlage der für ihn optimalen Kombination zwischen Prämie, angebotenen und gewünschtem Angebot wählen. Aus dieser Massnahme kann zwar für die Versicherten ein Nachteil entstehen, da sie allenfalls gezwungen sein könnten, den Versicherer zu wechseln, zum Beispiel wenn sie den bisherigen Hausarzt oder die Hausärztin weiterhin aufsuchen möchten, der beziehungsweise die nicht oder nicht mehr über einen Zulassungsvertrag mit ihrem gegenwärtigen Versicherer verfügt und daher seine/ihre Leistungen nicht mehr übernommen werden. Gleichzeitig sind die Versicherten gehalten, die Qualität und die Kosten der verschiedenen Angebote zu vergleichen. Damit übernehmen sie auch mehr Verantwortung für ihre Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Andererseits sollte daraus ein verstärkter Wettbewerb unter den Versicherern resultieren, insbesondere bezüglich des Umfangs ihres Angebots, aber auch und vor allem unter den Leistungserbringern bezüglich der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen. Wollen die Leistungserbringer im ambulanten Bereich, aber auch die Krankenversicherer auf dem Markt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wettbewerbsfähig und vor allem attraktiv erscheinen, ist es in ihrem Interesse, darauf zu achten, dass

die Versorgung zweckmässig, qualitativ hochstehend und zudem so kostengünstig wie möglich erfolgt.

## 2 Grundzüge der Vorlage

Das Vorhaben des Bundesrates, den Kontrahierungszwang aufzuheben, ist darauf angelegt, an Stelle der heutigen Grundversicherung eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer als Grundmodell einzuführen. Der Bundesrat will mit dieser Massnahme die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mittels einer Steuerung der Leistungsmengen bremsen. Um dieses Ziel zu erreichen, will er einerseits den Wettbewerb unter den Leistungserbringern desselben Berufsstands im ambulanten Bereich verstärken, indem er den Krankenversicherern die Möglichkeit gibt, die betreffenden Leistungserbringer frei zu wählen. Andererseits möchte er damit das Überangebot im ambulanten Bereich dort, wo dies nötig ist, beschränken, indem er Kantone diesbezüglich in die Verantwortung einbindet. Mit seinem Vorhaben möchte der Bundesrat den Krankenversicherern und den Leistungserbringern einen grösseren Spielraum für die Wahl ihres Vertragspartners einräumen. Er möchte diese Massnahme jedoch mit einigen Leitplanken ausstatten, die unerlässliche Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieses Modells darstellen:

- *Versorgungssicherheit im Gesundheitsbereich:* Wie schon die beiden Kammern bei den Beratungen zur 2. KVG-Revision festgestellt haben, möchte auch der Bundesrat, dass die Kantone die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung bestimmen und gewährleisten, dies jedoch innerhalb eines zuvor vom Bund festgesteckten Rahmens. Nach dem Modell des Bundesrates sollen die Versicherer die von den Kantonen bestimmte Mindestanzahl von Leistungserbringern zur Sicherung der Versorgung der Versicherten einhalten. Die Versicherer werden jedoch nicht daran gehindert, im Rahmen ihrer Unternehmenspolitik diese Vorgaben zu überschreiten. Wenn die Versorgungssicherheit gewährleistet ist, sollen die Versicherer die Möglichkeit haben, den Abschluss eines Zulassungsvertrags mit einem weiteren Leistungserbringer zu verweigern.
- *Einhaltung der Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen:* Auch wenn ein Leistungserbringer die gesetzlichen Anforderungen in Bezug auf die Ausbildung und die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen erfüllt, hat er nicht automatisch Anrecht auf einen Zulassungsvertrag. Hingegen müssen die Leistungserbringer, die über einen Zulassungsvertrag verfügen, die sowohl im Gesetz wie auch vorgesehenen Anforderungen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen erfüllen. Für jene, die sich in einem laufenden Vertrag nicht an diese Bestimmungen halten („schwarze Schafe“), will der Bundesrat den Katalog der Sanktionen erweitern, die ein kantonales Schiedsgericht oder die Beschwerdeinstanz auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbands der Versicherer aussprechen kann.

### Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen

#### *Artikel 35 Absatz 1 Buchstaben a und b (neu)*

Der Grundsatz des geltenden Rechts, wonach die Leistungserbringer für ihre Zulassung die in den Artikeln 36 bis 40 genannten Bedingungen erfüllen müssen, bleibt unverändert beibehalten. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen allein soll den im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern jedoch noch keinen Anspruch auf Zugang zum Krankenversicherungsmarkt eröffnen. Um die Vertragsautonomie unter Leistungserbringern und Versicherern zu stärken, müssen die Leistungserbringer künftig zusätzlich mit einem oder mehreren anerkannten Krankenversicherern einen Zulassungsvertrag abgeschlossen haben. Eines der Hauptziele der Einführung der Vertragsfreiheit ist, dass die Versicherer – abgesehen von Notfallbehandlungen – nur noch die Leistungen derjenigen Leistungserbringer vergüten, mit denen sie einen Vertrag abgeschlossen haben. Aus Kongruenzgründen gilt diese Massnahme für alle im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringer und zwar ausschliesslich für diese. Betroffen sind also nicht nur Ärzte und Ärztinnen sowie Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, Apotheker und Apothekerinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Chiropraktoren und Chiropraktorinnen sowie Hebammen, sondern auch alle andern Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen und Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Dies sind: Physiotherapeuten und Physiotherapeutinnen, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Logopäden und Logopädinnen, Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Organisationen der Ergotherapie. Auch Heilbäder und Laboratorien gehören in diese Kategorie. Der Bundesrat hält es für angezeigt, im ambulanten Spitalbereich den Kontrahierungszwang ebenfalls aufzuheben, weil der Wettbewerb zwischen im Spital und in freier Praxis oder auch zu Hause erbrachten ambulanten Leistungen nicht verzerrt werden soll. Im stationären Bereich der Spitäler und für die Pflegeheime soll der Kontrahierungszwang hingegen beibehalten werden, da dort das Gesetz bereits verschiedene Instrumente für die Regulierung der Zunahme der Leistungserbringer und für die Kostenkontrolle zur Verfügung stellt.

#### *Artikel 35a Absatz 1 (neu)*

In einem wettbewerblichen Vertragsmodell, das auf die Autonomie der Vertragsparteien abzielt, sollen die Leistungserbringer und die Versicherer in der Wahl ihrer Vertragspartner grundsätzlich frei sein. Die freie Wahl ist für die jeweiligen Parteien nur dann wirklich eingeschränkt, wenn dies für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten notwendig ist. Das heisst, die bedarfsgerechte medizinische Versorgung muss gewährleistet sein. Es ist allerdings angebracht einen generellen Vorbehalt auszusprechen, dessen Ziel es ist, die Leistungserbringer und die Versicherer daran zu erinnern, dass sie an die Bestimmungen des Kartellgesetzes (SR 251) gebunden sind und dass sie ihre Tätigkeiten nur im Rahmen der Vorgaben dieses Gesetzes ausüben können.

#### *Artikel 35a Absatz 2 (neu)*

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Versorgungssicherheit durch den Versicherungsmarkt alleine nicht gewährleistet wird. Deshalb sollen die Kantone aufgrund ihrer Zuständigkeit im Bereich der Gesundheitsversorgung eine regulierende Funktion einnehmen und den gerechten Zugang zu einer finanziell tragbaren medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherstellen. Ausgehend von der Tatsache, dass die unterschiedliche Versorgungsdichte in den verschiedenen Kantonen in der Schweiz keine Auswirkungen auf die Qualität und die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung hat, und um zu verhindern, dass erhebliche, mit Blick auf die Gesundheitsversorgung ungerechtfertigte Unterschiede in der Versorgungsdichte weitergeführt werden, soll der Bundesrat die Mindest- und Höchstgrenze (Bandbreite) der notwendigen Anzahl Leistungserbringer jeder Kategorie festlegen, die es für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten Gesundheitsversorgung in den Kantonen braucht. Eine solche Festlegung wird nicht auf einer strikt wissenschaftlichen Grundlage erfolgen können. Sie wird vielmehr das Resultat eines pragmatischen Ansatzes sein, der sich auf eine vergleichende Analyse der medizinischen Versorgung in unterschiedlichen Kantonen stützt, gefolgt von einem Annäherungsprozess um zu einem nationalen Versorgungsparameter für die unterschiedlichen Leistungserbringerkategorien zu gelangen und zwar mit einem gewissen Spielraum von Mindest- und Höchstzahlen, welche die kantonalen Gegebenheiten berücksichtigen.

Es ist dann Sache der Kantone, innerhalb der vom Bundesrat festgelegten Bandbreiten zu bestimmen, wie viele Leistungserbringer unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten (z.B. Import und Export von Patienten und Patientinnen, Urbanitätsgrad, altersmässige Zusammensetzung der Bevölkerung) für die bedarfsgerechte Versorgung der Kantonsbevölkerung erforderlich sind. Diese Anzahl und die Bandbreite müssen auf einer Vollzeitbeschäftigung basieren. Die Kantonsregierung hat bei der Beurteilung und Festlegung der Gesundheitsversorgung nicht nur das innerkantonale Angebot, sondern auch jenes der Nachbarkantone zu berücksichtigen und eine gleichmässige Verteilung auf ihrem Gebiet zu verfolgen. Weiter zu berücksichtigen ist das ambulante Leistungsangebot von Ärztinnen und Ärzten, die in Einrichtungen gemäss Artikel 36a KVG angestellt sind. Schliesslich gilt es auch die Frage zu regeln, wie das Angebot im ambulanten Spitalbereich miteinbezogen wird.

#### *Artikel 35a Absatz 3 (neu)*

Um den Wettbewerb unter den Leistungserbringern nach Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe b dieser Vorlage, aber auch unter den Krankenversicherern zu fördern, sollen die Krankenversicherer die Leistungserbringer, mit denen sie sich vertraglich binden, frei wählen können, solange die vom Kanton festgelegte Mindestanzahl an Zulassungsverträgen zustande kommt. Im Rahmen ihrer Unternehmenspolitik steht es den Versicherern selbstverständlich frei, die vom Kanton vorgeschriebene Mindestzahl der Leistungserbringer, mit denen sie einen Zulassungsvertrag abschliessen, zu überschreiten und das Leistungsangebot auszuweiten, um so neue Kunden zu gewinnen, die bereit sind, dafür auch die entsprechend höheren Prämien zu bezahlen.

Ist diese vom Kanton festgelegte Mindestgrenze erreicht, so kann ein Versicherer die Zulassung eines Leistungserbringers, der mit ihm einen solchen Vertrag abschliessen möchte, mit der Begründung verweigern, dass die bedarfsgerechte Ge-

sundheitsversorgung bereits gewährleistet ist. Selbst wenn der betreffende Leistungserbringer die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung erfüllt (Art. 56 und 58 KVG), bleibt ihm der Anspruch auf einen Zulassungsvertrag verwehrt. Im Rahmen dieser Vorlage will der Bundesrat zudem jenes Verfahren nicht wieder aufnehmen, welches von der Einigungskonferenz zur 2. KVG-Revision beibehalten wurde, wonach Leistungserbringer und Versicherer, die Verweigerung des Abschlusses eines Zulassungsvertrages einer kantonalen Schiedskommission unterbreiten können (vgl. Ziff. 1.2). Wenn tatsächlich beabsichtigt ist, Leistungserbringern und Versicherern die Wahl ihrer Vertragspartner zu überlassen, so besteht nach Meinung des Bundesrates kein Raum, eine derartige Instanz einzuführen, welche in diese Wahl eingreift und Gefahr läuft, das Prinzip der Vertragsfreiheit selbst in Frage zu stellen.

#### *Artikel 35a Absatz 4 (neu)*

Um die Einhaltung der den Versicherern in Artikel 35a Absatz 2 des Entwurfes auferlegten Pflichten zu gewährleisten, hat jeder Versicherer der Stelle, die von der Kantonsregierung desjenigen Kantons, in welchem er tätig ist, bestimmt wurde, eine Liste der Leistungserbringer, mit welchen er einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a abgeschlossen hat, bekannt zu geben. Wenn diese Stelle feststellt, dass ein Versicherer die ihm auferlegten Verpflichtungen nicht einhält, hat sie die Aufsichtsbehörde, das Bundesamt für Gesundheit (BAG), zu informieren.

#### *Artikel 35a Absatz 5 (neu)*

Schlussendlich, um für die Versicherten eine gewisse therapeutische Stabilität zu gewährleisten, welche die Versicherten mit dem Leistungserbringer verbindet, ist es den Krankenversicherern untersagt, die Liste der Leistungserbringer während des Kalenderjahres einzuschränken. Davon ausgenommen sind Leistungserbringer, die in Anwendung von Artikel 59 KVG vorübergehend oder definitiv von der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen sind.

#### *Artikel 35b (neu)*

Die im Rahmen der 2. KVG-Revision formulierten Bestimmungen zur Information der Versicherten durch die Versicherer (Art. 7a) und durch die Leistungserbringer (Art. 41a) sollen übernommen werden. Aus Kohärenzgründen ist es allerdings angezeigt, die beiden Bestimmungen in einem einzigen Gesetzesartikel unter dem Titel «Information der Versicherten» zusammenzufassen. Dieser Artikel soll unmittelbar auf die Bestimmung folgen, die das Vertragsprinzip für im ambulanten Bereich tätige Leistungserbringer verankert, denn diese beiden Bereiche sind direkt verknüpft, wie dies nachstehend dargestellt wird.

*Information durch die Versicherer (Abs. 1):* Für die Versicherten büsst die obligatorische Krankenpflegeversicherung infolge der Aufhebung des Kontrahierungszwangs an Transparenz ein. Mit der Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringer sind die Krankenversicherer nicht mehr verpflichtet, die Behandlungen aller Leistungserbringern zu übernehmen, wie dies heute der Fall ist. Damit die Versicherten im neuen Vertragssystem weiterhin in Kennt-

nis der Sachlage frei einen zu Lasten der Krankenpflegeversicherung praktizierenden Leistungserbringer wählen können, müssen die Versicherten rechtzeitig und umfassend darüber informieren, mit welchen Leistungserbringern sie einen Zulassungsvertrag abgeschlossen haben.

*Information durch die Leistungserbringer (Abs. 2):* Im heutigen System ist die freie Wahl der Versicherten, die einen Leistungserbringer konsultieren wollen oder müssen, davon abhängig, inwieweit der Versicherer verpflichtet ist, die Kosten in dem Gebiet, in dem der Leistungserbringer tätig ist, zu übernehmen. Der geltende Artikel 41 KVG hält in der Tat fest, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei einer ambulanten Behandlung die Kosten höchstens nach dem Tarif übernimmt, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Wird das Vertragsprinzip im KVG eingeführt, so ist für die Versicherten bei ihrer Wahlfreiheit massgebend, ob ihr Versicherer mit ihrem Leistungserbringer einen Zulassungsvertrag abgeschlossen hat. Die heutige Regelung garantiert den Versicherten in der Regel, dass die von einem Leistungserbringer erbrachten ambulanten Leistungen von ihrem Versicherer auch tatsächlich vergütet werden. Gegenwärtig fällt es in die Pflichten des Leistungserbringers, seine Patientinnen und Patienten darüber aufzuklären, wenn eine Behandlung, ein Eingriff oder das Honorar nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder wenn er diesbezügliche Zweifel hegt oder hegen muss (BGE 119 II 456). Wird morgen zwischen Leistungserbringer und Versicherer die Vertragsfreiheit eingeführt, so können die Versicherten nicht mehr jederzeit davon ausgehen, dass ihr Versicherer die Kosten für erfolgte Behandlungen durch alle Leistungserbringer übernehmen wird. Damit die Versicherten die Garantie haben, dass ihr Versicherer die Behandlung durch den Leistungserbringer ihrer Wahl auch tatsächlich vergütet, sollen auch die Leistungserbringer verpflichtet werden, die Versicherten vor der Behandlung darüber aufzuklären, wenn sie für den entsprechenden Versicherer wegen eines fehlenden Zulassungsvertrages keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen. Verletzt ein Leistungserbringer seine Informationspflicht, so hat er keinen Anspruch auf Vergütung der Leistungen nach KVG und kann grundsätzlich auch keinen zivilrechtlichen Honoraranspruch geltend machen.

#### *Artikel 41 Absätze 1 und 2 Buchstabe a*

Die Versicherten werden auch weiterhin frei unter den zugelassenen und für die Behandlung ihrer Krankheit geeigneten Leistungserbringern wählen können, obwohl die Einführung der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich die Tragweite dieses Grundsatzes faktisch etwas einschränken dürfte. Der erste Satz von Artikel 41 Absatz 1 KVG kann unverändert beibehalten werden.

Wie bereits im Zusammenhang mit dem Vorschlag zu Artikel 35b erwähnt, wird die Einführung der Vertragsfreiheit Auswirkungen auf die Kostenübernahme im ambulanten Bereich zeitigen, weshalb die entsprechende Bestimmung abgeändert werden muss. Diese Massnahme hat demgegenüber keine Auswirkungen auf die Bestimmungen zur Kostenübernahme im stationären Bereich.

Im ambulanten Bereich gilt heute sozusagen die uneingeschränkte Wahl der Leistungserbringer durch die Versicherten. Die einzige Einschränkung besteht darin, dass der Versicherer die Kosten nur bis zur Höhe des Tarifs übernimmt, der am

Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt. Berücksichtigt die versicherte Person diese örtlichen Grenzen nicht, so werden die zusätzlichen Kosten ihr selbst oder allenfalls einer Zusatzversicherung angelastet. Wird der Kontrahierungszwang aufgehoben, so ist für die freie Wahl des Leistungserbringers hingegen nur noch massgebend, ob der Versicherer verpflichtet ist, die Kosten für die Leistungen zu übernehmen, die der Versicherte von einem von ihm selbst gewählten Leistungserbringer bezieht. Ist dies der Fall, muss der Versicherer nur die Kosten in Höhe des mit dem Leistungserbringer vereinbarten Tarifes übernehmen, mit dem er einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a des Entwurfes vereinbart hat.

An der Kostenübernahme in Notfällen ändert sich nichts. Damit ist sichergestellt, dass die Versicherten die Kosten im Zusammenhang mit einer Notfallbehandlung von ihrem Versicherer rückerstattet erhalten, auch wenn der Leistungserbringer über keinen Zulassungsvertrag mit diesem Versicherer verfügt. In diesem Fall kommt nur ein Leistungserbringer in Frage, der die Zulassungsvoraussetzungen nach Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe a KVG erfüllt und mit einem oder mehreren anderen anerkannten Krankenversicherer einen Zulassungsvertrag abgeschlossen hat. Als Tarif wird der zwischen den Tarifpartnern vereinbarte oder gestützt auf Artikel 47 KVG durch die Kantonsregierung festgelegte Tarif zur Anwendung gelangen. Sollten mehrere Tarife für diesen einen Leistungserbringer möglich sein, so kann der Leistungserbringer den Tarif seiner Wahl in Rechnung stellen, da es sich ja in jedem Fall um genehmigte Tarife handelt. Die Versicherer können dies umgehen, indem sie möglichst flächendeckende Tarifverträge abschliessen.

#### *Artikel 45 Absatz 2 (neu)*

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Leistungserbringer daran interessiert sind, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu arbeiten, denn sie bietet ihnen erfahrungsgemäss einen breiten Patientenstamm und stellt für die meisten unter ihnen die Haupteinkommensquelle dar. Das vom Bundesrat vorgeschlagene Vertragsmodell verpflichtet alle Versicherer, in dem Kanton, in dem sie tätig sind, mit der in diesem Kanton vorgeschriebenen Anzahl Leistungserbringer einen Zulassungsvertrag abzuschliessen. Die ratio legis dieser Bestimmung ist nicht nur, zu vermeiden, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung im ambulanten Bereich gefährdet würde, es geht zugleich auch darum, die Benachteiligung von Versicherten eines bestimmten Versicherers zu vermeiden, der ohne diese Vorschrift nicht gewillt wäre, mit der Mindestanzahl von Leistungserbringern Zulassungsverträge abzuschliessen; dies im Gegensatz zu einem anderen Versicherer, der mit der Mindestanzahl von Leistungserbringern Zulassungsverträge abschliesst, um dadurch seinen Versicherten das notwendige Angebot sicherzustellen.

Sollten nun aber auf Grund ausserordentlicher Umstände keine Zulassungsverträge zu Stande kommen oder die vom Kanton, in dem der Versicherer tätig ist, geforderte Mindestzahl nicht erreicht werden und damit die Behandlung der Versicherten in einem oder mehreren Leistungsbereichen oder in bestimmten Fachspezialitäten nicht mehr gewährleistet sein, so müsste die Kantonsregierung befristete Massnahmen ergreifen, um die Behandlung der Versicherten nach diesem Gesetz unter Einhaltung des Tarifschutzes trotzdem sicherzustellen. Es ist dies eine Art Ultima Ratio, in der Annahme und mit dem Ziel, den Normalzustand so schnell wie möglich wiederher-

zustellen. Diese Aufgabe der Notstandsbewältigung gehört in den angestammten Kompetenzbereich der Kantone im Gesundheitswesen.

Die Möglichkeit der Kantone zur Sicherung der medizinischen Versorgung ist im KVG bereits für die Folgen eines allfällig massiven Ausstandes von Leistungserbringern vorgesehen (vgl. dazu Botschaft des Bundesrates zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 177). Da im Falle fehlender oder ungenügender Zulassungsverträge die gleichen Probleme für die Versicherten auftreten können, sollen die Kantonsregierungen ebenfalls die Möglichkeit haben, in Extremfällen dafür zu sorgen, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung trotzdem sichergestellt ist und die Bestimmungen bei einem Ausstand von Leistungserbringern (Abs. 1) analog zur Anwendung gelangen.

#### *Artikel 46 Absatz 5*

Im geltenden System sind Versicherer und Leistungserbringer, die einen Tarifvertrag kündigen oder von einer Tarifvereinbarung zurücktreten wollen, an eine Kündigungsfrist von mindestens sechs Monaten gebunden. Diese Frist bleibt unverändert, solange die Tarifpartner durch einen Zulassungsvertrag verbunden sind. Sobald ein Leistungserbringer jedoch nicht mehr durch Zulassungsvertrag verbunden ist, wird davon ausgegangen, dass er nicht mehr Partei des betreffenden Tarifvertrages ist. Das im Rahmen der Revision geplante System sieht nämlich vor, dass ein Versicherer oder Leistungserbringer nur dann einen Tarifvertrag abschliessen kann, wenn er bereits im Besitz eines Zulassungsvertrages ist.

#### *Artikel 47 Absatz 2*

Wird der Kontrahierungszwang aufgehoben, so behalten die geltenden KVG-Regelungen zum vertragslosen Zustand im stationären und teilstationären Bereich volle, im ambulanten Bereich teilweise Gültigkeit. Die bisherige Kompetenz der Kantonsregierung, im vertragslosen Zustand einen Tarif festzusetzen, soll weiterhin gelten. Allerdings muss mit der Einführung der Vertragsfreiheit Artikel 47 Absatz 2 KVG abgeändert werden. Dieser Artikel regelt den Fall, in dem kein Tarifvertrag für die ambulante Behandlung einer versicherten Person besteht, die die Dienste eines ausserhalb ihres Wohn- oder Arbeitsortes oder deren Umgebung praktizierenden Leistungserbringers beansprucht (vgl. den Kommentar zu Art. 41 dieser Vorlage). Kommt kein Tarifvertrag zustande und ist die ambulante Behandlung aus medizinischen Gründen ohne einen Zulassungsvertrag vorgenommen worden, so ist die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, verpflichtet, einen Tarif festzusetzen. Wie bereits erwähnt, ist im Vertragssystem für den Abschluss eines Tarifvertrages ein Zulassungsvertrag erforderlich.

#### *Artikel 59 Absätze 1 und 2 (neu)*

Nach Artikel 59 KVG kann ein Versicherer einem Leistungserbringer aus wichtigen Gründen, insbesondere bei Verstössen gegen die Anforderungen nach den Artikeln 56 und 58 KVG, die Tätigkeit nach diesem Gesetz nicht mehr gestatten. Ausgeschlossen wird ein Leistungserbringer, insbesondere ein Arzt, wenn er aus wichtigen Gründen, die auf seine Person oder seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen sind,

das Vertrauensverhältnis zwischen den Partnern in einem Masse stört, dass eine weitere Zusammenarbeit dem betroffenen Krankenversicherer unmöglich erscheint. Gegenwärtig bezieht sich der Ausschluss auf den Versicherer, der den Antrag stellt. Mehrere Versicherer können aber ein Ausschlussbegehren für den gleichen Arzt stellen. Der Ausschluss gilt für die ganze Schweiz. Bei einer Versicherungsdichte von nahezu 100 Prozent bedeutet der Ausschluss für den betroffenen Arzt praktisch die Aufgabe seiner medizinischen Tätigkeit, zumindest als Praxisarzt. Bei dieser Massnahme handelt es sich daher um eine Ultima Ratio. Zwar könnte ein Leistungserbringer auch ausgeschlossen werden, wenn er gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip verstösst, aber in der Regel muss er objektiv und subjektiv vertragliche Abmachungen oder gesetzliche Bestimmungen in einem solchen Masse verletzt haben, dass der Ausschluss seiner Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung nicht als dem Verhältnismässigkeitsprinzip zuwiderlaufend betrachtet werden kann. Die Verfahren vor Gericht endeten bis heute meist damit, dass der Leistungserbringer den nach Artikel 56 KVG zuviel verrechneten Betrag rückerstatten musste. Die kantonalen Schiedsgerichte, die paritätisch zusammengesetzt sind (Berufsrichter, zwei Vertreter der Krankenversicherer und zwei Vertreter der Leistungserbringer), verzichteten in den meisten Fällen darauf, eine solch radikale Massnahme wie den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Kassenpraxis auszusprechen. Um eine solch relative Straffreiheit für „schwarze Schafe“ zukünftig zu vermeiden, sind folgende Massnahmen vorzusehen:

- Ausweitung der Sanktionen gegen Leistungserbringer, die sich nicht an die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen halten (in einem neuen Absatz 1). Diesen Vorschlag wurde von beiden Kammern des Parlamentes im Rahmen der Beratungen zur 2. KVG-Revision gutgeheissen. Die Sanktionen dürfen sich nicht nur auf den vorübergehenden oder definitiven Ausschluss von der Kassenpraxis im Wiederholungsfall beschränken. Andere Massnahmen müssen ebenfalls in Betracht gezogen werden, wie eine Verwarnung, die ganze oder teilweise Rückerstattung von Honoraren für unzumutbare Leistungen sowie Bussen. Die zuständigen Gerichte verfügen so über einen grösseren Entscheidungsspielraum.
- Ausdehnung der Möglichkeit, die kantonalen Schiedsgerichte anzurufen, auf die Verbände der Versicherer, damit jene die genannten Sanktionen verhängen. Der Bundesrat brachte diesen Vorschlag im Übrigen bereits in den Entwurf zur 2. KVG-Revision (BB1 2001 821). Die Tragweite von Sanktionen, wie beispielsweise der temporäre oder definitive Ausschluss von der Kassentätigkeit, wäre insofern grösser, als die Anzahl versicherter Personen, die der Leistungserbringer nicht mehr zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung behandeln könnte, eindeutig zunehmen würde.
- Konkretisierung der grössten Verstösse gegen die Wirtschaftlichkeit oder die Qualitätssicherung, die nach Ansicht des Bundesrates Sanktionen im Sinne von Artikel 59 Absatz 1 des Entwurfs nach sich ziehen, in Form einer nichtabschliessenden Liste in einem neuen Absatz 2. Der Bundesrat will hier die Liste der Verstösse, die in seinem Entwurf zur 2. KVG-Revision enthalten ist, wieder aufnehmen (BB1 2001 821). Es handelt sich dabei um die Überarztung bzw. den medizinischen Überkonsum, die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6 KVG, die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 KVG zu beteiligen, die

Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44 KVG, die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3 KVG sowie die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwahren Bestätigungen (vgl. Kommentar in BBl 2001 741, 793-796). Diese Tatbestände verstossen gegen die Gebote der Qualität und Wirtschaftlichkeit und schädigen über die Kostenbeteiligung nicht nur die Patientinnen und Patienten als individuelle Konsumentinnen und Konsumenten, sondern auch als Mitglied einer Risikogemeinschaft, indem sie das System der sozialen Krankenversicherung in seiner Gesamtheit beeinflussen.

#### *Übergangsbestimmungen Absatz 1*

Die beiden Kammern haben sich im Rahmen der Beratungen zur 2. KVG-Revision dafür ausgesprochen, die Versicherer während einer Übergangsphase von 4 Jahren vertraglich zu binden und sie zur Übernahme der Leistungen zu verpflichten, die von allen im ambulanten Bereich tätigen Leistungserbringern erbracht werden, die am 1. Januar 2003 zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen waren. Ziel dieses Vorschlags war es, möglichen Folgen entgegenzuwirken, die eine sofortige Einführung der Vertragsfreiheit für die heute tätigen KVG-Leistungserbringer nach sich ziehen könnte. Der Bundesrat ist mit diesem Ziel grundsätzlich einverstanden, erachtet aber die Übergangsfrist als zu lange. Seiner Ansicht nach reicht eine Frist von zwei Jahren aus, während der Kontrahierungszwang im ambulanten Bereich für Leistungserbringer, die bei Inkrafttreten der vorliegenden Gesetzesänderung bereits zugelassen sind, bestehen bleibt. Das in diesem Entwurf vorgeschlagene Vertragsmodell könnte seine Wirkung bei einer längeren Frist kurz- und mittelfristig nicht voll entfalten. Die zugelassenen Leistungserbringer wären ansonsten nämlich noch weitere Jahre geschützt und sähen sich nicht veranlasst, ihr Verhalten zu ändern. Dies ginge zu Lasten neuer Leistungserbringer, die in den Krankenversicherungsmarkt einsteigen möchten und wirtschaftliche und qualitative Leistungen erbringen.

#### *Übergangsbestimmungen Absatz 2*

Der Entwurf sieht vor (Art. 35a Abs. 2), dass die Kantone innerhalb der vom Bundesrat festgelegten Bandbreiten die Mindestzahl der Leistungserbringer festlegen, welche zur Sicherstellung der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich erforderlich sind, und zwar für jede Leistungserbringerkategorie und Fachrichtung. Die Kantone benötigen für die Umsetzung eine gewisse Vorbereitungszeit, denn im ambulanten Bereich wurde eine solche Planung bis anhin noch nie von einem Kanton erstellt. Sie müssen die interessierten Kreise dazu befragen und anhand der örtlichen Verhältnisse die Mindestgrenze der Anzahl Leistungserbringer festlegen. Im Rahmen der Beratungen zur 2. KVG-Revision wurde von beiden Kammern eine Übergangsfrist von drei Jahren vorgeschlagen. Eine Übergangsfrist von zwei Jahren erscheint indessen geeigneter, insbesondere hinsichtlich dem Vorschlag in Absatz 1 der Übergangsbestimmungen, welche die Krankenversicherer verpflichten, einen Zulassungsvertrag abzuschliessen für eine Dauer von zwei Jahren mit denjenigen Leistungserbringern, welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens der vorliegenden Gesetzesänderung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Leistungserbringer zugelassen sind. Im übrigen wird der Bundesrat genügend früh die Bandbreite festlegen, innerhalb derer die Kantone

die Mindestanzahl der erforderlichen Leistungserbringer, welche die Versorgung ihrer Bevölkerung sicherstellen, festlegen.

Die Zahl der bei Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung zugelassenen KVG-Leistungserbringer sollte bis zum vom Bundesrat bezeichneten Stichtag und solange die Kantone den Bedarfsnachweis noch nicht erbracht haben als maximale Grösse gelten. Es muss vermieden werden, dass die Zahl der Leistungserbringer im ambulanten Bereich in der Zwischenzeit zunimmt, weil insbesondere die Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht mehr gültig ist.

### *Inkrafttreten*

Wird kein Referendum ergriffen, soll das vorliegende Gesetz auf den 1. Juli 2005 in Kraft treten. Die Verordnung des Bundesrates über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern ist bis 3. Juli 2005 befristet, so dass der vorliegende Gesetzesentwurf, der diese Zulassungsregelung ersetzt, auf dieses Datum hin in Kraft zu setzen ist.

## **4                    Auswirkungen**

### **4.1                    Finanzielle Auswirkungen**

#### **4.1.1                Finanzielle Auswirkungen für den Bund**

Der Bundesrat wird neu die Mindest- und Höchstgrenze der notwendigen Anzahl Leistungserbringer festlegen, welche die bedarfsgerechte Versorgung in den Kantonen nach Artikel 35a Absatz 2 des Entwurfes (Bandbreiten) garantieren. Vorübergehend entsteht dadurch ein Mehraufwand für die Bundesverwaltung, der jedoch mit den heutigen Personalressourcen aufgefangen werden können sollte.

#### **4.1.2                Finanzielle Auswirkungen für die Kantone**

Die Kantone sind verpflichtet, die Mindestanzahl der Leistungserbringer für eine bedarfsgerechte ambulante Spitalversorgung der Bevölkerung festzulegen. Durch diese Bedarfsabklärung entsteht zumindest vorübergehend sicherlich ein gewisser zusätzlicher Verwaltungsaufwand. Wie gross dieser sein wird, hängt in erster Linie davon ab, welchen Stellenwert die Kantone einer solchen Evaluation beimessen und wie umfangreich sie sein wird.

#### **4.1.3                Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung**

Ein echter Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern erfordert von den Versicherern und auch von den Leistungserbringern neue betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische und epidemiologische Kenntnisse. Künftig müssen die Krankenversicherer ausserdem faktisch mit jedem Leistungserbringer, den sie zulassen möchten, einzeln einen Vertrag abschliessen. Dieses breite Aufgabenspektrum mag in einer ersten Phase einen administrativen Mehraufwand und zusätzliche Verwaltungskosten für die Krankenversicherer nach sich ziehen. Genau abschätzen lassen

sich diese zusätzlichen Kosten zum jetzigen Zeitpunkt indes nicht. Grundsätzlich wird die Stellung der Krankenversicherer durch diese Revision gestärkt. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges und die Stärkung des Wettbewerbsgedankens im KVG dürften die Entwicklung der Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung mittelfristig positiv beeinflussen.

## **4.2 Volkswirtschaftliche Auswirkungen**

Statistisch ist es erwiesen, dass zwischen Ärztedichte und Kosten eine Abhängigkeit besteht. Der interkantonale Vergleich der Kosten pro Einwohner für ambulante Behandlungen zeigt, dass mit einer höheren Ärztedichte höhere Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro versicherte Person verbunden sind: Mit einer Zunahme der Ärztedichte um 30 Prozent geht eine Zunahme der Kosten pro Kantonseinwohner um 20 Prozent einher. Die verfügbaren Daten lassen jedoch weder den Schluss zu, dass dieser Zusammenhang bei zunehmender Ärztedichte fortzuschreiben ist noch belegen sie, dass die Angaben zu den beiden Kantonen mit den höchsten Kosten pro Person auf eine gewisse Marktsättigung hindeuten. Es gibt jedoch keinen Grund zur Annahme, dass die Kosten bei zunehmender Ärztedichte nicht steigen.

Es ist davon auszugehen, dass bei Aufhebung des Kontrahierungszwangs in Gebieten mit hoher Ärztedichte, insbesondere in städtischen Zentren, ein Kostendruck auf die Ärzte aufgebaut wird, was sich letztlich auf deren Einkommen auswirkt. Insbesondere in Regionen mit hoher Ärztedichte wird dadurch der Beruf des selbständig erwerbstillen Arztes, der Ärztin in einer Einzelpraxis weniger attraktiv und die Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis oder in einer Managed-Care Organisation attraktiver. Im Gegenzug ist davon auszugehen, dass Kantone, welche heute Schwierigkeiten haben, die Versorgung in den eher peripheren Regionen sicherzustellen, die Versorgung im ambulanten Bereich besser gewährleisten können. In diesem Sinne wird der Arbeitsmarkt beeinflusst. Es scheint jedoch wenig wahrscheinlich, dass die Aufhebung des Kontrahierungszwangs erhebliche Auswirkungen auf die Volkswirtschaft haben wird. Viel eher ist davon auszugehen, dass sich in einer ersten Phase Umschichtungen ergeben, sei es innerhalb der Ärzteschaft oder sei es zwischen den Regionen beziehungsweise Kantonen. Inwiefern sich der durch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs verursachte Kostendruck längerfristig auszuwirken vermag, sei es auf die Produktivität oder auf die Qualität, wird durch die Gesetzgebung und deren Umsetzung bestimmt.

## **5 Legislaturplanung**

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003-2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 ....).

## **6 Rechtliche Grundlage**

### **6.1 Verfassungsmässigkeit**

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.

## 6.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen: Mindest- und Höchstgrenze der notwendigen Anzahl Leistungserbringer (Art. 35a Abs. 2).

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Vertragsfreiheit)

Änderung vom ...

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung<sup>2</sup> wird wie folgt geändert :

*Art. 35 Abs. 1 Bst. a und b (neu)*

<sup>1</sup> Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind diejenigen Leistungserbringer zugelassen:

- a. welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36 - 40 erfüllen, und
- b. welche, wenn sie im ambulanten Bereich tätig sind, einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a mit einem oder mehreren Versicherern abgeschlossen haben.

*Art. 35a (neu) Zulassungsvertrag*

<sup>1</sup> Die Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 1 Buchstabe b und die Versicherer sind in der Wahl ihrer Partner für den Zulassungsvertrag frei, soweit die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich in den Kantonen gewährleistet ist. Die Bestimmungen des Kartellgesetzes vom 6. Oktober 1995<sup>3</sup> sind vorbehalten.

<sup>2</sup> Der Bundesrat legt die Mindest- und Höchstgrenze der zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung nach Absatz 1 in den Kantonen notwendigen Anzahl der Leistungserbringer fest (Bandbreiten). Die Kantone legen unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse innerhalb dieser Bandbreite die Zahl der Leistungserbringer fest, welche in ihrem Gebiet notwendig sind. Sie sorgen für eine angemessene Verteilung der Leistungserbringer in ihrem Gebiet. Sie berücksichtigen dabei das Angebot in den Nachbarkantonen.

<sup>3</sup> Die Versicherer müssen in allen Kantonen, in denen sie tätig sind, mit mindestens der vom Kanton gemäss Absatz 2 festgelegten Anzahl Leistungserbringer einen Zulassungsvertrag abschliessen.

<sup>1</sup>BB1 2004 ...

<sup>2</sup>SR 832.10

<sup>3</sup>SR 251

<sup>4</sup> Die Versicherer geben die Liste der Leistungserbringer, mit denen sie einen Zulassungsvertrag abgeschlossen haben, einer von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle bekannt. Diese Stelle prüft, ob die Versicherer ihre Verpflichtungen gemäss Absatz 3 eingehalten haben. Andernfalls haben sie das Bundesamt zu informieren, welches die Massnahmen nach Artikel 21 Absatz 5 ergreift.

<sup>5</sup> Während eines Kalenderjahres darf kein Leistungserbringer von der Liste der zugelassenen Leistungserbringer gestrichen werden. Vorbehalten bleibt der Fall, in dem der Leistungserbringer vorübergehend oder definitiv von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Artikel 59 ausgeschlossen ist.

#### *Art. 35b (neu)*

#### Information der Versicherten

<sup>1</sup> Die Versicherten haben jederzeit das Recht, bei ihrem Versicherer in die Liste der Leistungserbringer, mit denen dieser Zulassungsverträge nach Artikel 35a abgeschlossen hat, Einsicht zu nehmen oder über diese Auskünfte zu verlangen. Der Versicherer muss seine Versicherten zudem rechtzeitig und umfassend über die Liste der Leistungserbringer informieren und sie zudem über jede Änderung informieren.

<sup>2</sup> Die Leistungserbringer müssen die versicherte Person vor der Behandlung darüber informieren, wenn sie für deren Versicherer keine Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen dürfen, weil sie keinen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a mit ihm abgeschlossen haben. Sofern dies unterlassen wird, besteht kein zivilrechtlicher Honoraranspruch.

#### *Art. 41 Abs. 1 und 2 Bst. a*

<sup>1</sup> Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung übernimmt der Versicherer die vertraglich vereinbarten Tarife mit dem Leistungserbringer, mit welchem er einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a abgeschlossen hat. Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung muss der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif übernehmen, der im Wohnkanton der versicherten Person gilt.

<sup>2</sup> Beanspruchen Versicherte aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. durch einen Leistungserbringer, mit dem der Versicherer einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a abgeschlossen hat.

*Art. 45 Abs. 2 (neu)*

<sup>2</sup> Absatz 1 ist sinngemäss anwendbar, wenn die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich nach diesem Gesetz nicht gewährleistet ist, weil ein Versicherer nicht mit mindestens sovielen Leistungserbringern Zulassungsverträge abschliesst, die der vom Kanton festgelegten Mindestzahl nach Artikel 35a Absatz 2 entspricht.

*Art. 46 Abs. 5*

Die Frist für die Kündigung eines Tarifvertrages und für die Rücktrittserklärung nach Absatz 2 beträgt mindestens sechs Monate. Ist der Leistungserbringer nicht mehr an einen Versicherer durch einen Zulassungsvertrag nach Artikel 35a gebunden, so gilt er auf diesen Zeitpunkt hin als vom entsprechenden Tarifvertrag zurückgetreten.

*Art. 47 Abs. 2*

<sup>2</sup> Besteht für die ausserhalb eines Zulassungsvertrages im Sinne von Artikel 35a erbrachte ambulante Behandlung einer versicherten Person oder für die stationäre oder teilstationäre Behandlung einer versicherten Person ausserhalb ihres Wohnkantons kein Tarifvertrag, so setzt die Regierung des Kantons, in dem die ständige Einrichtung des Leistungserbringers liegt, den Tarif fest.

*Art. 59 Abs. 1 und 2 (neu)* Verletzung der Anforderungen bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen

<sup>1</sup> Gegen Leistungserbringer, welche gegen die im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen (Art. 56 und 58) oder vertragliche Abmachungen verstossen, werden Sanktionen ergriffen. Diese umfassen die Verwarnung, die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden, eine Busse sowie im Wiederholungsfall der vorübergehende oder definitive Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Über Sanktionen entscheidet das Schiedsgericht nach Artikel 89 auf Antrag eines Versicherers oder eines Verbandes der Versicherer.

<sup>2</sup> Verstösse gegen gesetzliche Anforderungen oder vertragliche Abmachungen nach Absatz 1 sind insbesondere:

- a. die Überarztung;
- b. die nicht oder schlecht erfolgte Erfüllung der Informationspflicht nach Artikel 57 Absatz 6;
- c. die Weigerung, sich an Massnahmen der Qualitätssicherung nach Artikel 58 zu beteiligen;
- d. die Nichtbeachtung des Tarifschutzes nach Artikel 44;
- e. die unterlassene Weitergabe von Vergünstigungen nach Artikel 56 Absatz 3;
- f. die betrügerische Manipulation von Abrechnungen oder die Ausstellung von unwarhen Bestätigungen.

## II

### *Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... (Vertragsfreiheit)*

<sup>1</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, mit allen Leistungserbringern im ambulanten Bereich, welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, einen Zulassungsvertrag von zwei Jahren abzuschliessen.

<sup>2</sup> Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt, in dem die Kantone Artikel 35a Absatz 2 entsprechen müssen. Bis zu diesem Zeitpunkt und so lange wie die Kantone keinen Bedarf ausweisen, gilt die Anzahl der Leistungserbringer, welche im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung zugelassen waren, als maximale Grenze.

## III

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es tritt nach unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Juli 2005 in Kraft. Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten im Falle eines Referendums und dessen Ablehnung in der Volksabstimmung.

## **Vernehmlassungsvorlage zu den Revisionen in der Krankenversicherung**

### ***Vorlage 1C Prämienverbilligung***

- Erläuternder Bericht
- Entwurf der Gesetzesbestimmungen
- Entwurf Bundesbeschluss

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über  
die Krankenversicherung**

**Teil Prämienverbilligung**

**und**

**Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der  
Krankenversicherung**

**Erläuternder Bericht**

---

**1**                    **Allgemeiner Teil**  
**1.1**                **Prämienverbilligung durch Beiträge der öffentlichen Hand**  
**1.1.1**             **Entstehungsgeschichte**

*Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung*

Gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) erfolgt die Finanzierung der Krankenversicherung durch individuelle Kopfprämien, eine Kostenbeteiligung der Versicherten und Beiträge der öffentlichen Hand. Die Beiträge der öffentlichen Hand sind für die individuelle Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen bestimmt, um damit die Solidarität zwischen Personen mit unterschiedlichen Einkommen zu garantieren. Die Prämienverbilligung ist, umso mehr als sie durch Steuereinnahmen finanziert wird, das soziale Korrektiv zur Kopfprämie, welche die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten nicht berücksichtigt.

Der Entwurf in der Botschaft des Bundesrats über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 (BB1 1992 I 93) überliess den Kantonen die Durchführung der Prämienverbilligung im Rahmen von einheitlichen Anwendungsbestimmungen. Dies hätte insbesondere Vergleiche über die Gleichwertigkeit kantonaler Regelungen erlaubt. Sobald die gesamten Prämien einer versicherten Person und deren Familienmitglieder, für die sie unterhaltspflichtig ist, einen durch den Kanton festgelegten Prozentsatz ihres Einkommens übersteigen, sollte gemäss diesem Entwurf der Staat den Mehrbetrag übernehmen. Die Kantone sollten dabei vom steuerbaren Einkommen der direkten Bundessteuer ausgehen. Um zu vermeiden, dass Personen mit hohem Vermögen, aber geringem steuerbarem Einkommen, in den Genuss von Prämienverbilligungen gelangen, hätten die Kantone neben dem steuerbaren Einkommen auch das steuerbare Vermögen zu berücksichtigen gehabt. Mangels einer entsprechenden Veranlagung nach Bundesrecht, hätten sich die Kantone hier auf die kantonale Steuerveranlagung zu stützen gehabt.

In der parlamentarischen Beratung des neuen Krankenversicherungsgesetzes zeigte sich schnell, dass eine föderalistischere Ausgestaltung der Prämienverbilligung befürwortet wird. Der Entwurf wurde daher wie folgt geändert:

- Nach Artikel 66 Absatz 1 KVG gewährt der Bund den Kantonen jährlich Beiträge zur Verbilligung der Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Artikel 66 Absatz 2 KVG sieht eine Festsetzung der Bundesbeiträge unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre vor. Nach Artikel 66 Absatz 3 KVG setzt der Bundesrat die Anteile der einzelnen Kantone nach deren Wohnbevölkerung, Finanzkraft und kantonaler Durchschnittsprämie fest, wobei das letzte Verteilungskriterium im Jahr 2001 aufgegeben wurde.
- Die Kantone haben die Kompetenz und die Verantwortung einerseits gemäss Artikel 65 Absatz 1 und 2 KVG für die Festlegung der Anspruchsmodalitäten für die Prämienverbilligung (Festlegung des Bezügerkreises, des Betrags, des Verfahrens und der Zahlungsmodalitäten), andererseits für die Aufstockung der Bundesbeiträge aus eigenen Mitteln gemäss Artikel 66 Absatz 4 und 5 KVG.

Der Bundesrat bestimmt den Mindestbeitrag der Kantone nach deren Finanzkraft (Art. 66 Abs. 4 erster Satz KVG). Dabei beträgt der Gesamtbeitrag der Kantone mindestens die Hälfte der gesamten Bundesbeiträge (Art. 66 Abs. 4 zweiter Satz KVG). Unter der Bedingung, dass die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist, darf ein Kanton den zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent kürzen. Der Beitrag des Bundes an diesen Kanton wird im gleichen Verhältnis gekürzt (Art. 66 Abs. 5 KVG).

### *Erste KVG-Revision*

Im Rahmen der ersten KVG-Revision (Botschaft des Bundesrats vom 21. September 1998; BBl 1998 793) wurde auf die Definition des unbestimmten Rechtsbegriffs der « bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse » oder die Eingrenzung des Kreises der Berechtigten verzichtet. Artikel 65 Absatz 1 KVG wurde jedoch mit einem zweiten Satz ergänzt, welcher dem Bundesrat im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 122 I 343) die Kompetenz zur Ausweitung des Bezügerkreises, im speziellen auf Saisoniers, gibt.

Verschiedene Anpassungen wurden zudem in Artikel 65 KVG vorgenommen, um zu garantieren, dass die kantonalen Verfahren höheren Ansprüchen genügen. Zur Abfederung von Härtefällen bei Verbilligungssystemen, die sich auf die Steuererklärung abstützen, verpflichtet das KVG die Kantone, bei der Anspruchsabklärung die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse zu berücksichtigen (Art. 65 Abs. 3 erster Satz KVG). Die Kantone müssen zudem eine rasche Auszahlung der Prämienverbilligung garantieren, damit die anspruchsberechtigten Personen ihrer Prämienzahlungen nicht vorschussweise erbringen müssen (Art. 65 Abs. 3 zweiter Satz KVG). Schliesslich sind sie angehalten, die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung zu informieren (Art. 65 Abs. 4 KVG).

Die erste KVG-Revision hat dem Bundesrat zudem die Kompetenz zugesprochen, Vorschriften zur Datenerhebung bei den Kantonen zu erlassen, um die Wirksamkeit der Prämienverbilligung prüfen zu können (Art. 65 Abs. 6 KVG).

Schliesslich wurde dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, den Kantonen den Übertrag der Differenzbeträge zwischen den Beiträgen des Bundes und der Kantone und den ausbezahlten Beiträgen auf das nächstfolgende Jahr zu gestatten (Art. 66 Abs. 6 KVG).

### *Änderungen mit dem Inkrafttreten des Abkommens über die Freizügigkeit*

Auf Grund des Abkommens über die Freizügigkeit muss die Schweiz Prämienverbilligungen an Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen auch dann gewähren, wenn diese in der Schweiz versichert sind, aber in einem EG-Staat wohnen. Zu diesem Zweck wurden die neuen Artikel 65a und 66a im KVG eingeführt (Botschaft des Bundesrats vom 31. Mai 2000; BBl 2000 4083). Der erste Artikel sieht die Prämienverbilligung durch die Kantone für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland vor, welche einen aktuellen Anknüpfungspunkt an einen bestimmten Kanton haben (Art. 65a KVG). Der zweite sieht vor, dass der Bund Prämienverbilligungen für Versicherte mit Wohnsitz in einem Mitgliedsstaat der europäischen Gemeinschaft ohne andere Anknüpfungspunkte an die Schweiz gewährt,

da die Kantone es abgelehnt hatten, die Prämienverbilligung für diese Personen durchzuführen und zu finanzieren (Art. 66a KVG).

### *Zweite KVG-Revision*

Im Entwurf zur zweiten KVG-Revision (Botschaft des Bundesrats vom 18. September 2000; BBl 2001 741) hat der Bundesrat keine Änderung bezüglich der Prämienverbilligung vorgeschlagen. In der Wintersession 2001, im Rahmen der ersten Lesung der zweiten Revision, verabschiedete jedoch der Ständerat eine Neudefinition der Anspruchsberechtigung in der Prämienverbilligung. Er hat sich auf den ursprünglichen Entwurf des KVG von 1991 gestützt und entschieden, dass die Prämienverbilligung neu so zu bemessen sei, dass die Prämien der versicherten Personen zusammen mit den Prämien von Familienangehörigen, für die sie unterhaltspflichtig sind, 8 Prozent des um einen Vermögensfaktor bereinigten Einkommens nicht übersteigen. Dieses Sozialziel war als eine Art Gegenvorschlag zur Volksinitiative "Gesundheit muss bezahlbar bleiben" der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz (Botschaft des Bundesrats vom 31. Mai 2000; BBl 2000 4267) konzipiert. Das Erreichen dieses Zieles von einem maximalen Eigenanteil von 8 Prozent in allen Kantonen hätte die einmalige Bereitstellung von zusätzlichen 300 Millionen Franken an Bundesmitteln und in der Folge eine jährlich Erhöhung der Bundesbeiträge um 3 Prozent bedingt.

Wegen des erheblichen finanziellen Mehrbedarfs und der ungenügend differenzierten Anspruchsgrenze für die Prämienverbilligung stiess das vom Ständerat beschlossene Modell auf Widerstand. In der Folge haben das Bundesamt für Sozialversicherung, die Eidgenössische Finanzverwaltung, die Eidgenössische Steuerverwaltung und die Konferenzen der kantonalen Finanz- und Sanitätsdirektoren in einer Arbeitsgruppe, als Auftrag des Bundesrats aus der Klausur vom 22. Mai 2002, verschiedene Modelle erarbeitet, wobei es explizit galt, Modelle mit "Giesskannencharakter" auszuschliessen. Der Bundesrat schlug daraufhin in seiner Sitzung vom 21. August 2002 ein Modell mit einem differenzierten Sozialziel vor, welches eine Ausrichtung von Prämienverbilligungen durch die Kantone an Versicherte und speziell an Familien vorsah, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind. Die Kantone hätten für diese beiden Personengruppen vier Einkommenskategorien festlegen und Prämienverbilligungen gewähren müssen, so dass der abgestufte Eigenanteil der Familien maximal zwischen 2 und 10 Prozent des Einkommens und derjenige der übrigen Versicherten maximal zwischen 4 und 12 Prozent beträgt. Der Bund hätte dazu zusätzliche 100 Millionen Franken an Bundesmitteln bereitgestellt. Die Finanzierung dieser Erhöhung der Bundesbeiträge wurde im Rahmen der parlamentarischen Debatte zum Steuerpaket diskutiert (AB 2002 601; AB 2002 1859): Aufgrund der beunruhigenden Situation der Bundesfinanzen und des daher beschränkten Handlungsspielraums für eine parallele Annahme von mehreren grosszügigen familienpolitischen Massnahmen hat das Parlament entschieden, die Erhöhung des Kinderabzugs und damit die Einnahmensenkung der direkten Bundessteuer einzuschränken. Die damit beibehaltenen Steuereinnahmen sollten für die Prämienverbilligung verwendet werden.

Dieses mit einer differenzierten und abgestuften Prämienverbilligung ausgestattete Sozialziel wurde im Grundsatz durch die eidgenössischen Räte gutgeheissen.

Bezüglich der Anwendungsmodalitäten sind jedoch relevante Unstimmigkeiten aufgetaucht. Die Diskussion betraf dabei vorwiegend die Höhe der jährlichen Beiträge des Bundes, die Festsetzung von Höchstinkommen mit Prämienverbilligungsanspruch und die Einführung einer generellen Verbilligung der Prämien des zweiten Kindes um 50 Prozent und der vollständigen Prämienverbilligung ab dem dritten Kind. In der Wintersession 2003 hat der Nationalrat zum zweiten Mal das ganze Projekt abgelehnt und damit die zweite KVG-Revision zum Scheitern gebracht. In diesem Rahmen schlägt der Bundesrat die vorliegende KVG-Revision vor.

### **1.1.2 Politische Zielsetzungen**

Mit der Einführung der individuellen Prämienverbilligung im KVG beabsichtigte der Gesetzgeber, den Gedanken der bedarfsgerechten Prämiensubventionierung in der Krankenversicherung in die Tat umzusetzen, und nicht nur die sozial Bedürftigen zu unterstützen. Er wollte damit, im System mit Einheitsprämie pro Versicherter ohne Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten, der sozialen Notwendigkeit der Solidarität zwischen Personen mit unterschiedlichen Einkommen Rechnung tragen. Dem Vorschlag des Bundesrats, dass die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine gewisse prozentuale Belastung der steuerbaren Haushaltseinkommen nicht überschreiten sollen, hat der Gesetzgeber ein flexibleres System vorgezogen. Er hat die Beiträge der öffentlichen Hand der individuellen Prämienverbilligung der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zugesprochen und den Kantonen die Festlegung des zu erreichenden Sozialziels und die Ausgestaltung der Prämienverbilligung delegiert. Mit dieser flexiblen Lösung sollte den Kantonen die Möglichkeit gegeben werden, eine den kantonalen Gegebenheiten entsprechende bedarfsgerechte Prämiensubventionierung vorzunehmen. Zudem sollte auch vermieden werden, dass die maximal vorgesehenen Bundes- und Kantonsbeiträge unter allen Umständen ausgeschöpft werden müssen.

### **1.1.3 Sozialpolitische Wirkung der Prämienverbilligung**

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der kantonalen Systeme ist es schwierig zu beurteilen, ob die Prämienverbilligung die vom Gesetzgeber angestrebten sozialpolitischen Ziele erreicht hat. Ausgehend vom in der Botschaft des Bundesrats zur Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991 genannten Kriterium, dass die Prämienbelastung eines Haushalts nicht mehr als einen bestimmten Prozentsatz des steuerbaren Einkommens betragen sollte (BB1 1992 I 93), wurden drei sich ergänzende Studien durchgeführt. In diesen Studien wurde für vier standardisierte Fallbeispiele (Rentner, Einelternfamilien, Mittelstandfamilien und Grossfamilien) und alle Kantone abgeklärt, welcher Anteil des verfügbaren Einkommens nach Abzug der Prämienverbilligungen auf die verbleibende Krankenversicherungsprämie entfällt. Die Studien ergaben als gesamtschweizerisch vergleichbare Ergebnisse zur sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung: Das System der Prämienverbilligung ist in sich ein wirksames Instrument und das adäquate soziale Korrektiv zur Einheitsprämie. Andererseits wurden aber auch die Unterschiede zwischen der Wirkung der Prämienver-

billigung in den Kantonen und auf die betrachteten Modell-Haushaltstypen aufgezeigt:

- Aus der ersten Studie (Balthasar, Beiträge zur sozialen Sicherheit; "Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen", Forschungsbericht Nr. 21/98, BSV, Bern 1998) ging hervor, dass in zahlreichen Kantonen das soziale Ziel nicht erreicht wird. Obschon die Prämienverbilligung die untersten Einkommenskategorien massgeblich entlastet, ist sie für die unteren Einkommen des Mittelstands, insbesondere der Familien, oft nicht ausreichend.
- Die zweite Studie (Balthasar, Beiträge zur sozialen Sicherheit; "Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2000", Forschungsbericht Nr. 2/01, BSV, Bern 2001) zeigt auf, dass die sozialpolitischen Ziele durch die Kantone teilweise erreicht worden sind, aber zwischen den Kantonen grosse Unterschiede bestehen. Im Vergleich zur Studie von 1998 hat sich die Belastung der Rentnerinnen und Rentner verschlechtert und diejenige der Mittelstandsfamilien im Gesamten eher verbessert, ohne aber, wie auch die Belastung der Einelternfamilien, befriedigend zu sein.
- Die dritte Studie (Balthasar, Beiträge zur sozialen Sicherheit; "Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen: Monitoring 2002", Forschungsbericht Nr. 20/03, BSV, Bern 2003) bekräftigt die Resultate der vorangegangenen Studien: Es bestehen weiterhin grosse kantonale Unterschiede bezüglich der Umsetzung der Prämienverbilligungspolitik und das soziale Ziel ist immer noch nicht erreicht, selbst wenn die Kantone im Allgemeinen um eine Verbesserung der Situation bemüht sind. Die Studie zeigt weiter auf, dass sich die Situation der Rentnerinnen und Rentner weiter verschlechtert. Die anderen Fallbeispiele sahen sich ebenfalls, wenn auch in geringerem Masse, mit einer Erhöhung der verbleibenden Prämienlast konfrontiert.

#### **1.1.4 Allgemeine Umsetzungsprobleme**

##### *Auszahlungsquote der Bundesbeiträge*

Artikel 65 KVG schreibt vor, dass die Prämienverbilligungen so festzulegen sind, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone grundsätzlich voll ausbezahlt werden. Nach Artikel 66 KVG werden die jährlichen Beiträge des Bundes an die Kantone unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgesetzt. Die einzelnen Kantone haben diesen Bundesbeitrag in Abhängigkeit ihrer Finanzkraft und ihrer Wohnbevölkerung aufzustocken. Der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, muss jedoch mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen.

Jeder Kanton hat die Möglichkeit, den von ihm zu übernehmenden Beitrag um maximal 50 Prozent zu kürzen, sofern die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist. Dabei wird der Bundesbeitrag um den selben Prozentsatz gekürzt wie der Kantonsbeitrag.

Gemäss den derzeit vorliegenden Abrechnungen für die Prämienverbilligungsbeiträge betrug die durchschnittliche Auszahlungsquote der Bundesbeiträge im Jahr 2001 80 Prozent und im Jahr 2002 rund 84 Prozent. Die Auszahlungsquote liegt damit leicht unter den von Kantonsseite beantragten Beträgen.

### *Umsetzung der Prämienverbilligung durch die Kantone*

Für den Vollzug der Prämienverbilligung sind die Kantone zuständig. Es ist Sache eines jeden Kantons, den Kreis der Begünstigten, die Höhe der staatlichen Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten festzulegen. Ein Vergleich der kantonalen Systeme zeigt die Disparitäten zwischen den gewählten Lösungen auf und bestätigt die Probleme der Vergleichbarkeit (Balthasar/Bieri/Furrer, Beiträge zur sozialen Sicherheit; "Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung", Forschungsbericht Nr. 5/01, BSV, Bern 2001).

Die Festlegung des Berechtigtenkreises erfolgt in den Kantonen auf einer ausserordentlich heterogenen Basis. Dabei variieren sowohl die Berechnungsgrundlage, nach der die Berechtigung für den Anspruch auf Prämienverbilligung ermittelt wird (steuerbares Einkommen nach dem kantonalen Steuerrecht, Bruttoeinkommen, Nettoeinkommen, verfügbares Einkommen) als auch die Art der Festsetzung (fixe Einkommensgrenze oder Prozentsatz des Einkommens). Komplizierend kommt hinzu, dass einzelne Kantone bei der Berechnung der Anspruchsberechtigung ein Haushaltsgrössenkriterium kennen, andere dagegen nicht, und dass das jeweils geltende Einkommen durch sehr unterschiedliche Abzugsmöglichkeiten differenziert wird. Schliesslich wird das Vermögen auf unterschiedliche Weise zur Berechnung des Einkommens herangezogen (Vermögensdefinition, Prozentsatz der Anrechnung, Freibetrag).

Die Höhe der vom Staat übernommenen Prämie steht in engem Zusammenhang mit der Festlegung des Bezügerkreises. Wählt der Kanton einen engen Kreis von Begünstigten, der nur die unterste soziale Schicht umfasst, können pro Bezüger höhere Prämienverbilligungsbeträge gewährt werden. Möchte der Kanton allerdings eine breitere Bezügergruppe berücksichtigen, die auch die Mittelschicht einschliesst, fällt der Betrag der individuellen Prämienverbilligung entsprechend tiefer aus. Je nach Kanton variiert die Berechnungsgrundlage des Prämienverbilligungsbetrages. Die Hälfte der Kantone sieht vor, dass die Krankenversicherungsprämien einen bestimmten prozentualen Anteil des Einkommens der Versicherten nicht übersteigen dürfen und dass der darüber hinausgehende Betrag durch den Staat finanziert wird. Die andere Hälfte der Kantone legt Einkommensgrenzen, zumeist in Abhängigkeit der Haushaltsgrösse, fest und gewährt Prämienverbilligungen, die entweder in absoluten Beträgen oder in einem Prozentsatz der Prämie festgelegt werden. Da häufig unterschiedliche massgebende Einkommen als Berechnungsgrundlage herangezogen werden, fällt der Vergleich sogar zwischen Kantonen mit gleichen Systemen schwer. Schliesslich muss berücksichtigt werden, dass einige Kantone die Prämienverbilligungen auf der durch den Versicherten effektiv bezahlten Prämie berechnen, während anderen die kantonale Durchschnittsprämie als Referenzprämie dient.

Das Verfahren, nach dem einer versicherten Person Prämienverbilligung gewährt wird, ist ebenfalls je nach Kanton sehr unterschiedlich. Um den Anspruch auf Prämienverbilligung zu prüfen haben die Kantone verschiedene Systeme gewählt: Systematische Erhebungssysteme, welche den Anspruch auf Prämienverbilligung automatisch auf der Basis von Steuerdaten eruieren; Systeme, die nur Versicherte berücksichtigen, die vorgängig einen spontanen Antrag auf Prämienverbilligung gestellt haben; Systeme, welche die Information der potentiell Bezugsberechtigten mit der Zustellung des Antragsformulars verbinden sowie Systeme, welche die

systematische Erhebung mit der Einreichung eines Antrags koppeln. Es wurde festgestellt, dass Systeme, die auf der Einreichung eines Antrags beruhen, stärker verbreitet sind als jene, die den Anspruch auf Prämienverbilligung automatisch ermitteln. Es zeigt sich aber auch, dass die Regel, wonach den potentiell bezugsberechtigten Personen ein Antragsformular zugestellt wird, überwiegt, während die Erfordernis eines spontanen Antrags eher unüblich ist. Bezüglich der Ausübung des Rechts auf Prämienverbilligung kann mit einem System, das die Zahlung von Prämienverbilligungen automatisch veranlasst, grundsätzlich ein besseres Ergebnis erreicht werden, da der Kreis der anspruchsberechtigten Personen am ehesten mit dem Bezügerkreis übereinstimmt. Es können jedoch wesentliche Fehler in der Information der Bezüger aufgrund von veralteten oder lückenhaften Steuerdaten entstehen. Ebenso ist denkbar, dass Personen, die seit kurzem Anspruch auf Prämienverbilligung hätten (z.B. wegen Arbeitslosigkeit), auf der Basis ihrer Steuererklärung nicht als bezugsberechtigt eingestuft werden, während anderen Prämienverbilligungen gewährt werden, obwohl sie auf Grund ihrer derzeitigen finanziellen Lage davon ausgeschlossen werden müssten (z.B. ehemalige Studenten, die unterdessen ins Berufsleben eingestiegen sind). Die Wirksamkeit eines Antragssystems hängt schliesslich wesentlich von der kantonalen Informations- und Rahmenpolitik ab.

Was die Zahlungsmodalitäten der Prämienverbilligungsbeträge betrifft, können zwei Tendenzen beobachtet werden. Die Mehrzahl der Kantone richtet die Subventionen direkt an die Versicherer aus, womit die durch den Versicherten geschuldete Prämie ganz oder teilweise ersetzt wird. Einige wenige Kantone bezahlen den Prämienverbilligungsbetrag den Versicherten, die diesen in Form der üblichen Prämie dem Versicherer bezahlen.

## **1.2 Weiterer Revisionspunkt: Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen**

Aufgrund fehlender formeller Rechtsgrundlagen oder Kompetenzdelegationen sind nach dem Inkrafttreten des KVG zahlreiche Vollzugsprobleme mit Versicherten, welche ihren finanziellen Verpflichtungen gegenüber den Versicherern nicht erfüllen, und den entsprechenden Folgen dieser Nichterfüllung aufgetreten. Das Problem hätte im Rahmen der zweiten KVG-Revision gelöst werden sollen (Botschaft des Bundesrats vom 18. September 2000; BB1 2001 741). Aufgrund deren Scheitern nutzt der Bundesrat die gegenwärtigen Revisionsbestrebungen, um die Frage der Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen neu aufzugreifen.

## **2 Grundzüge der Vorlage**

### *Prämienverbilligung : Änderung von Artikel 65*

In seiner heutigen Ausgestaltung sieht das KVG als einziges soziales Ziel die individuelle Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen vor. Dabei legen die Kantone den Begriff der „bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnisse“ sehr unterschiedlich aus. Selbst wenn man berücksichtigt, dass ein Vergleich der nach kantonalem Recht festgelegten Einkommens- und Vermögenslimiten schwierig ist, muss eine beträchtliche Anzahl der kantonalen Prämienverbilligungssysteme in Bezug auf das Bundesrecht als ungenügend be-

zeichnet werden. So wird Artikel 65 KVG unterschiedlich interpretiert und die wirtschaftlichen Verhältnisse, die den Anspruch auf Prämienverbilligung bestimmen, werden sehr verschieden definiert. Es ist folglich unentbehrlich, ein System einzurichten, das dem Ziel des Gesetzgebers entspricht. Dabei soll mittels zwingendem Bundesrecht nicht nur ein Minimum an Sozialstaat gewährleistet werden, sondern auch der zentralen Bedeutung der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv im heutigen Einheitsprämiensystem Rechnung getragen werden. Diese Gründe haben den Bundesrat veranlasst, die vorliegende Gesetzesänderung vorzuschlagen, welche die wesentlichen Elemente, die im Rahmen der gescheiterten 2. KVG-Revision ausgearbeitet wurden, wieder aufnimmt.

Die vorgeschlagene Änderung des KVG charakterisiert sich durch eine präzisere Definition des Bezügerkreises und durch die Einführung eines Sozialziels, das unterschiedlich gestaffelte Prämienverbilligungen für Familien und für kinderlose Haushalte. Es ist Aufgabe jedes Kantons, vier Einkommenskategorien festzulegen und Prämienverbilligungen zu gewähren, so dass der gestaffelte Eigenanteil für Familien maximal 2 bis 10 Prozent und für kinderlose Haushalte maximal 4 bis 12 Prozent ihres Einkommens beträgt. Die Kantone können zusätzlich Höchstehinkommen festlegen, die den Anspruch auf Prämienverbilligung nach oben begrenzen. Die zwei entscheidenden Kriterien für den Anspruch auf Prämienverbilligung sind einerseits die durch den Bundesrat festgelegten kantonalen Referenzprämien und andererseits das Reineinkommen gemäss Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer. Dabei wird das Reineinkommen um einen Faktor korrigiert, der das nach kantonalem Recht steuerbare Vermögen berücksichtigt. Um die Umsetzung des neuen Sozialziels zu ermöglichen, soll der Bundesbeitrag auf das Jahr des Inkrafttretens um 200 Millionen Franken erhöht werden.

Aus Gründen der Klarheit und der Systematik des revidierten Gesetzes drängt sich zudem eine neue Gliederung der bestehenden Bestimmungen auf.

#### *Die Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen: neuer Artikel 64a*

Die Vollstreckung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber dem Versicherer (Prämien gemäss Art. 61 ff. KVG und Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG) sowie die Folgen der Nichterfüllung sind im geltenden Recht weder formell-gesetzlich geregelt noch beauftragt das Gesetz den Bundesrat, hierzu und zum Wechsel des Versicherers nähere Bestimmungen zu erlassen.

Im Rahmen dieser Revision soll eine formell-gesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht und die Verzugsfolgen geschaffen werden, denn die Erfüllung der Prämienzahlungs- und der Kostenbeteiligungspflicht durch die Versicherten ist für die Finanzierung der Krankenpflegeversicherung sowie den Gesetzesvollzug unentbehrlich. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist auch deshalb angebracht, weil aufgrund der konstanten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) Artikel 9 Absatz 3 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung ersatzlos gestrichen werden musste, so dass ein Wechsel des Versicherers ungeachtet von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zulässig ist (BGE 125 V 266 ff).

*Artikel 64a (neu)*

Die Erfahrungen der Krankenversicherer zeigen, dass die Prämien- und andere Zahlungsausstände seit Inkrafttreten des KVG stark zugenommen haben und dass die Regelung von Artikel 90 Absatz 4 KVV, welche eine Sistierungsmöglichkeit erst nach der Einleitung des Vollstreckungsverfahrens und nach dem Vorliegen eines Verlustscheines gegen den säumigen Versicherten ansetzt, in kausalem Zusammenhang zu den zunehmenden Zahlungsausständen steht. Die Zahlen der Versicherer untermauern, dass die Zahlungsausstände in einem problematischen Ausmass von Jahr zu Jahr zugenommen und sich auf hohem Niveau stabilisiert haben. In Anbetracht dieser Entwicklung und aufgrund der konstanten Rechtsprechung des EVG zu Artikel 9 Absatz 3 KVV in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung [ersatzlos gestrichen per 1. Januar 2003; AS 2002 3908], wonach ein Wechsel des Versicherers mangels einer formell-gesetzlichen Grundlage ungeachtet von ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen zulässig ist, ist es sinnvoll, im Gesetz eine formellgesetzliche Grundlage für die Prämienzahlungspflicht zu schaffen und die Folgen des Verzugs zu verschärfen.

In Ergänzung zu Artikel 61 KVG sieht Artikel 64a ein schriftliches Mahnverfahren vor, welches die Versicherer gegen säumige Versicherte einleiten müssen, bevor sie ihre Leistungen an diese Versicherten aufschieben. Hat das Mahnverfahren keine Zahlung zur Folge und wurde im Betreibungsverfahren auch bereits ein Fortsetzungsbegehren gestellt, genügt dies als Voraussetzung für die Leistungssistierung. Die Durchführung des Vollstreckungsverfahrens und damit das Inkasso fälliger Prämien oder Kostenbeteiligungen durch den Versicherer ist damit gewährleistet. Mit Absatz 2 zweiter Satz wird sichergestellt, dass die kantonalen Behörden frühzeitig über die Zahlungsausstände von säumigen Versicherten informiert werden. Diese Bestimmung dient zudem dem Schutz der versicherten Person. Absatz 3 entspricht der Regelung in Artikel 90 Absatz 4 zweiter Satz KVV. Damit ist gewährleistet, dass ein Zahlungsverzug keine Lücken im Versicherungsschutz zur Folge hat. Neu wird mit Absatz 4 sichergestellt, dass künftig keine säumigen Versicherten mehr den Versicherer wechseln können, bevor die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Diese Folge des Zahlungsverzugs rechtfertigt sich einerseits, weil seit den EVG-Entscheiden vom 29. Juni 1999 zum damaligen, inzwischen ersatzlos gestrichenen Artikel 9 Absatz 3 KVV (vgl. BGE 125 V 266 ff.) ein Wechsel des Versicherers auch bei Zahlungsausständen möglich ist, und andererseits, weil die nicht oder nur sehr verzögert einbringlichen Prämien bei der geltenden Rechtslage ein Ausmass erreicht haben, das nicht mehr ohne weiteres verkraftbar ist. Mit Absatz 4 werden insbesondere auch Versicherte mit Leistungssperren gehindert, im gegebenen Zeitpunkt den Versicherer zu wechseln und damit im Gegensatz zu anderen säumigen Versicherten, die keinen Versichererwechsel vornehmen, Leistungen vergütet zu erhalten, bevor sie die Zahlungsausstände beglichen haben. Zielsetzung der Regelung ist der Schutz der Versichertengemeinschaft vor Prämien erhöhungen, die durch nicht einbringliche Zahlungsausstände von Versicherten bedingt sind, welche einen Versichererwechsel vornehmen, ohne zuvor die Zahlungsausstände beglichen zu haben.

### *Artikel 65 Absatz 1*

Im Hinblick auf eine einheitliche staatliche Sozialpolitik und die Umsetzung der erklärten sozialpolitischen Zielsetzungen des Gesetzgebers erscheint es angebracht, die juristisch unklare Definition der Bezüger von Prämienverbilligungen als « Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen » zu erläutern. Absatz 1 verankert die Pflicht der Kantone, Prämienverbilligungen zu gewähren, im Bundesrecht. Anspruchsberechtigt sind einerseits Versicherte, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind, und andererseits Familien, die für ihre Kinder einen Sozialabzug gemäss dem Bundesgesetz vom 14. Dezember 1990 über die direkte Bundessteuer (DBG; SR 642.11) geltend machen können und die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind. Diese neue, in Absatz 1 quater konkretisierte differenzierte Definition der bezugsberechtigten Personen ermöglicht es, eine staatliche Unterstützung anzubieten, die den Bedürfnissen der Versicherten und insbesondere jenen der Familien besser entspricht. Der ausdrückliche Hinweis auf die Bundessteuergesetzgebung garantiert ausserdem eine einheitliche Definition der Familie in allen Kantonen.

### *Artikel 65 Absatz 2*

Nach Artikel 213 Absatz 1 DBG können Sozialabzüge vom Einkommen in folgendem Ausmass vorgenommen werden: Für jedes minderjährige oder in der beruflichen Ausbildung stehende Kind, für dessen Unterhalt der Steuerpflichtige sorgt, dürfen 4700 Franken abgezogen werden. Mit der Bestimmung, dass Kinder, für die ein Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a DBG gewährt wird, keinen selbständigen Anspruch auf Prämienverbilligung haben, wird eine doppelte Berücksichtigung von minderjährigen oder in der beruflichen Ausbildung stehenden Kindern verhindert.

### *Artikel 65 Absatz 3*

In Absatz 1 wird der Anspruch auf Prämienverbilligung ausdrücklich auf Versicherte begrenzt, die in der Schweiz wohnhaft sind. Absatz 3 überträgt dem Bundesrat die Kompetenz, die Anspruchsberechtigung auf versicherte Personen auszudehnen, die ihren Wohnsitz nicht in der Schweiz haben, sich aber für längere Zeit in der Schweiz aufhalten. Dieser Absatz nimmt den zweiten Satz aus dem heute geltenden Artikel 65 Absatz 1 KVG wieder auf. Bei der ersten KVG-Revision wurde dieser auf Grund eines Entscheids des Bundesgerichts (BGE 122 I 343) bezüglich des Rechts auf Prämienverbilligung der Saisoniers eingeführt.

### *Artikel 65 Absatz 4*

Diese Bestimmung entspricht dem aktuellen Artikel 65 Absatz 2 KVG.

### *Artikel 65a Absatz 1 (neu)*

Die Prämienverbilligung wird auf der Basis des durch den Haushalt erzielten Reineinkommens berechnet. Als Haushalt wird der gleiche Kreis von Personen zusammengefasst wie im Steuerrecht. Es können somit die Prämien jener Personen zusammengezählt werden, für die eine versicherte Person nach dem Steuerrecht des Bun-

des bei der Steuerveranlagung Abzüge wegen Unterhaltspflichten geltend machen kann. Die Ermittlung des für den Anspruch auf Prämienverbilligung herangezogenen Einkommens richtet sich nach den Regeln für die Ermittlung des reinen Einkommens gemäss Artikel 25 DBG. Das reine Einkommen wird berechnet, indem zu den von den Kantonen gemeldeten steuerbaren Einkommen die Abzüge für Versicherungsprämien und Sparzinsen sowie der Abzug für den zweitverdienenden Ehegatten, die Kinderabzüge und die Bezüge für unterstützte Personen aufgerechnet werden. Mit der Wahl des reinen Einkommens gemäss direkter Bundessteuer als Basis für den Anspruch auf Prämienverbilligung wird eine gewisse Einheitlichkeit in der Durchführung erreicht. Um zu verhindern, dass Personen mit geringem steuerbarem Einkommen aber hohem Vermögen Anspruch auf Prämienverbilligung erheben können, ist durch die Kantone neben dem Einkommen auch das Vermögen zu berücksichtigen. Weil es dazu keine Veranlagung nach Bundesrecht gibt, haben sich die Kantone hier auf die kantonale Steuerveranlagung zu stützen. Es bleibt anzufügen, dass die Steuerveranlagung nicht in allen Fällen zwingend die ökonomische Situation einer bestimmten Person wiedergibt. Mangels eines anderen Kriteriums, mit dem die administrativen Hürden bewältigt werden könnten, erscheint die Steuerveranlagung demnach als geeignetste Basis zur Berechnung des Prämienverbilligungsanspruchs.

#### *Artikel 65a Absatz 2 (neu)*

Im revidierten Gesetz wird festgehalten, auf welche Veranlagung sich die Kantone zu stützen haben, wenn die letzte rechtskräftige Veranlagung mehr als drei Jahre zurückliegt. Es soll auf eine möglichst aktuelle Einschätzung der wirtschaftlichen Situation des Versicherten abgestellt werden können, selbst wenn die Veranlagung, beispielsweise wegen eines Beschwerdeverfahrens, noch nicht rechtskräftig ist. Grundsätzlich sind die Steuerwerte der letzten rechtskräftigen Veranlagung zu entnehmen. Liegt die Veranlagung mehr als drei Jahre zurück, gilt die provisorische Einschätzung; fehlt diese für die direkte Bundessteuer, gilt die letzte rechtskräftige Veranlagung oder provisorische Einschätzung für die kantonale Einkommens- oder Erwerbssteuer. Bei Abweichung der letzten rechtskräftigen Veranlagung von einer aktuelleren provisorischen Einschätzung haben die Kantone die Möglichkeit, die Prämienverbilligung auf Basis der aktuellsten provisorischen Einschätzung zu berechnen.

Es soll den Kantonen möglich sein, zur Feststellung des Anspruchs der Versicherten ein Verfahren zu wählen, bei welchem sich die zuständigen kantonalen Behörden direkt auf Angaben der Steuerbehörden stützen können. Der Bundesrat kann die eidgenössischen und kantonalen Steuerbehörden verpflichten, den zuständigen kantonalen Behörden die Auskünfte zu geben, die sie zur Festsetzung der Prämienverbilligungen brauchen.

#### *Artikel 65a Absatz 3 (neu)*

Dieser Absatz entspricht dem ersten Satz des aktuellen Artikel 65 Absatz 3 KVG. Es ist zu betonen, dass er nicht im Widerspruch zu Absatz 1 und Absatz 2 steht, die besagen, dass die Steuerdaten als Berechnungsbasis dienen müssen. Diese Bestimmung dient als Ergänzung der vorhergehenden Absätze und gibt den Kantonen die Möglichkeit, Prämienverbilligungen auf Grund der aktuellsten finanziellen Einschätzung der versicherten Person zu gewähren oder abzulehnen, wenn dies nicht aus der letzten zur Verfügung stehenden Steuerveranlagung hervorgeht.

#### *Artikel 65a Absatz 4 (neu)*

Die Regelung, dass die Prämien einen bestimmten Anteil des Einkommens nicht übersteigen dürfen, könnte dazu führen, dass der Anreiz der Versicherten, einen Versicherer mit günstiger Prämie zu wählen, dahinfällt. Aus diesem Grund ist als Bemessungsmassstab nicht die aktuell bezahlte Prämie, sondern eine Referenzprämie heranzuziehen. Die Referenzprämie soll dabei immer unter der für den Kanton (für die Region) massgebenden Durchschnittsprämie liegen, um den Anreiz zur Wahl eines günstigeren Versicherers zu stärken. Im Sinne einer gesamtschweizerischen Harmonisierung legt der Bundesrat die für die Ermittlung des Anspruches auf Prämienverbilligung massgebenden Referenzprämien für die einzelnen Kantone fest. Zur Berücksichtigung der kantonalen Gegebenheiten hört er die Kantone vor der Festlegung an.

#### *Artikel 65a Absatz 5 (neu)*

Absatz 5 konkretisiert Artikel 65 Absatz 1 mit der Einführung eines Sozialziels, das unterschiedlich gestaffelte Prämienverbilligungen für Familien und für die anderen Anspruchsberechtigten vorsieht. In einem ersten Schritt ist es an den Kantonen, je mindestens vier Einkommenskategorien für Familien und die anderen Prämienverbilligungsbegünstigten festzulegen und danach für beide Gruppen prozentuale maximale Eigenanteile zu bestimmen. Laut Gesetzesentwurf müssen diese maximalen Eigenanteile für Familien zwischen 2 und 10 Prozent des massgebenden Einkommens, und für die anderen Anspruchsberechtigten zwischen 4 und 12 Prozent des massgebenden Einkommens liegen. Dieses Verfahren erlaubt jedem Kanton, seine finanzielle Belastung selbst zu bestimmen, obwohl die kantonale Referenzprämie, die den Anspruch auf Prämienverbilligung bestimmt, gemäss Absatz 4 durch den Bundesrat festgelegt wird.

Die vorliegende Ausgestaltung des Sozialziels ermöglicht die direkte Begünstigung von Familien mit unterhaltspflichtigen Kindern, ohne dass zu diesem Zweck eine Prämienbefreiung für Kinder vorzusehen ist. Die Prämienbelastung der Familien wird nämlich bereits durch den zum Einkommen proportionalen Eigenanteil vermindert. Die Höchstbeteiligung in Abhängigkeit der Einkommenskategorie wird in personenreichen Familien schneller erreicht, da die Prämienbelastung höher ist. Wenn eine Familie mit einem Kind aufgrund ihres erzielten Einkommens Anspruch auf Prämienverbilligung geltend machen kann, verursacht jedes zusätzliche Kind automatisch eine Erhöhung der Prämienverbilligung im Umfang der durchschnittlichen Kinderprämie; somit ist jedes weitere Kind vollständig von der Prämie befreit. Der Einschluss einer Prämienbefreiung der Kinder in den Gesetzesentwurf würde folglich eine Überlagerung von zwei Entlastungssystemen darstellen.

#### *Artikel 65a Absatz 6 (neu)*

Die wahrscheinliche Abweichung zwischen der Prämienentwicklung und der Lohnentwicklung führt zu einer stetigen Ausweitung der Anzahl von Prämienverbilligungsbezügern und damit zu einem erhöhten Finanzbedarf der Kantone. Der Gesetzesvorschlag gibt den Kantonen jedoch die Möglichkeit, Höchstinkommen festzulegen, ab denen sie keine Prämienverbilligungen mehr gewähren. Diese können zum Beispiel nach Bezügerkategorie und in Abhängigkeit der Anzahl Kinder pro Familie festgesetzt werden.

#### *Artikel 65b (neu)*

Diese Bestimmung entspricht dem aktuellen Artikel 65 Absatz 3 zweiter Satz KVG.

#### *Artikel 65c (neu)*

Der Inhalt der Absätze 4, 5 und 6 des aktuellen Artikel 65 KVG wurden in dieser Bestimmung zusammengefasst.

#### *Artikel 65d (neu)*

Aufgrund der neuen Nummerierung der Bestimmungen zur individuellen Prämienverbilligung wird aus dem aktuellen Artikel 65a KVG der Artikel 65d.

#### *Übergangsbestimmung Absatz 1*

Die Kantone verfügen über eine Frist von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung, um das in den Artikeln 65 und 65a vorgesehene System umzusetzen.

#### *Übergangsbestimmung Absatz 2*

Durch die vorgeschlagene Gesetzesrevision wird der Bundesbeschluss vom 17. September 2003 über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung für die Jahre 2004 bis 2007 (BB1 2003 6873) hinfällig. Gemäss Artikel 66 Absatz 2 KVG werden die jährlichen Bundesbeiträge an die Kantone mit einem für vier Jahre geltenden einfachen Bundesbeschluss unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes festgesetzt. Da zur Umsetzung des Sozialziels in dieser Vorlage eine Aufstockung der zur Verfügung stehenden Mittel vorgesehen ist, bedingt dies die Verabschiedung eines neuen einfachen Bundesbeschlusses, der eine Erhöhung der Bundesbeiträge um 200 Millionen Franken vorsieht. Daraus folgt die Aufhebung des einfachen Bundesbeschlusses vom 17. September 2003, der die Bundesbeiträge für die Jahre 2004 bis 2007 festlegt.

#### *Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung*

Gemäss Artikel 66 Absatz 2 KVG werden die jährlichen Bundesbeiträge an die Kantone unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der Finanzlage des Bundes durch einfachen Bundesbeschluss für jeweils vier Jahre festgelegt.

Der auf Artikel 66 Absatz 2 KVG basierende Bundesbeschluss vom 17. September 2003 (BBI 2003 6873) legt die Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung fest und bestimmt die Mindestbeiträge der Kantone für die Jahre 2004 bis 2007. Die Bundesbeiträge wurden festgesetzt, indem der für das Jahr 2003 eingestellte Betrag jährlich um 1,5 Prozent erhöht wurde. Dieses Vorgehen entspricht dem seit 1999 angewendeten Anpassungsmechanismus.

Mit Inkrafttreten der Gesetzesänderung wird der einfache Bundesbeschluss vom 17. September 2003 über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen hinfällig. Dieser muss durch einen neuen einfachen Bundesbeschluss ersetzt werden, der die in Hinblick auf die Umsetzung des Sozialziels in der Revisionsvorlage vorgesehenen Erhöhung der Bundesbeiträge um 200 Millionen Franken vorsieht.

Mit dem auf den 1. Januar 2005 vorgesehenen Inkrafttreten der KVG-Revision sollen auch die Bundesbeiträge für die Periode 2005 bis 2008 in einem neuen einfachen Bundesbeschluss festgelegt werden. Zur Gewährleistung der Kontinuität im Prämienverbilligungsprozess dienen die ursprünglich für 2005 vorgesehenen Bundesbeiträge (2384 Millionen Franken) als Ausgangswert. Dieser Betrag soll für das erste Jahr um 200 Millionen Franken und in den folgenden Jahren um 3 Prozent erhöht werden. Daraus ergeben sich für die Jahre 2005 bis 2008 folgende maximalen Bundes- und Kantonsbeiträge (in Millionen Franken):

Jahr	Bund	Kantone	Bund und Kantone
2005	2584	1292	3876
2006	2662	1331	3993
2007	2741	1370.5	4111.5
2008	2824	1412	4236
Total	10811	5405.5	16216.5

## 4 Auswirkungen

### 4.1 Finanzielle Auswirkungen

#### *Subventionsbedarf*

Der Wechsel zum abgestuften Sozialziel mit einer maximalen Prämienbelastung pro Haushalt beinhaltet keine Änderungen im Verteilmodell des KVG zwischen Bund und Kantonen. Nach Artikel 66 KVG muss der Gesamtbeitrag, den die Kantone zu leisten haben, mindestens der Hälfte des gesamten Bundesbeitrages entsprechen. Der Gestaltungsspielraum der Kantone bezüglich Kürzung und Übertrag (vgl. dazu 4.1.2 Auswirkungen auf die Kantone) und das bewährte Instrument der Festlegung der Bundesbeiträge durch einfachen Bundesbeschluss für vier Jahre bleiben bestehen.

Die Einführung eines Sozialzieles in der Prämienverbilligung führt zu einem erhöhten Subventionsbedarf. Dieser wurde anhand eines Modells für die letzten vollständig abgerechneten Jahre 2001 und 2002 geschätzt. Das Modell ging dabei von fünf gleichmässig verteilten Einkommenskategorien mit gleichmässig verteilten

Maximalbelastungen pro Haushalt aus. Die berücksichtigten kantonalen Einkommensdaten der direkten Bundessteuer wurden mit den Lohn-Indizes auf die betreffenden Jahre hochgerechnet. Die zu Grunde liegende Prämienhöhe entspricht den kantonalen Durchschnittsprämien der jeweiligen Jahre; der in Artikel 65a Absatz 4 vorgesehenen tieferen Referenzprämie wurde im Modell nicht Rechnung getragen. Der Subventionsbedarf würde durch die Berücksichtigung der tieferen Referenzprämie anstelle der Durchschnittsprämie sinken. Laut Schätzungen werden mit jedem Prozent, um das die Referenzprämie unter der Durchschnittsprämie festgesetzt wird, rund 2 Prozent der gesamten Kosten eingespart. Auf die Festlegung von Höchsteinkommen in den Kantonen gemäss Artikel 65a Absatz 6 wurde in den Berechnungen verzichtet.

Der potenzielle Subventionsbedarf für Bund und Kantone für die beiden Jahre beläuft sich nach Modell auf 2864 Millionen Franken und 3343 Millionen Franken.

Dieser Subventionsbedarf kann durch zwei kantonale Instrumente massgeblich beeinflusst werden. Zum einen haben die Kantone die Möglichkeit, Höchsteinkommen festzulegen, ab denen sie keine Prämienverbilligungen mehr gewähren. Dadurch kann der durch die Mengenausweitung bedingten Kostendynamik Einhalt geboten werden. In Abhängigkeit der kantonalen Ausgestaltung ist ein beträchtliches Potenzial für Kostenreduktionen vorhanden. Zum Anderen zeigen zusätzliche Berechnungen, dass mit variierender Einteilung der Einkommenskategorien und deren prozentualen Belastung in den Kantonen dieser Subventionsbedarf noch um maximal 12 Prozent gesenkt werden könnte.

Der Subventionsbedarf für die Prämienverbilligung durch Bund und Kantone für die Jahre 2003 bis 2012 wurde aus den Modellwerten extrapoliert. Die Extrapolation erfolgte unter der Annahme einer jährlichen Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um durchschnittlich 4.5 Prozent, welche sich aus einer tendenziell steigenden Nominallohnentwicklung und einem abnehmenden Kostenwachstum durch Mengenausweitung zusammensetzt. Die durchschnittliche Nominallohnentwicklung von 2003 bis 2012 beträgt dabei 2.3 Prozent.

*Subventionsbedarf gemäss Modell (2001/2002) und Extrapolation<sup>1</sup>:*

Jahr	Total Subventionsbedarf <sup>2</sup>	Zunahme des Subventionsbedarfs	Bundesbeiträge gemäss einfachem Bundesbeschluss	Bedarf an Kantonsbeiträgen <sup>3</sup>
2001	2864			
2002	3343	16.72%		
2003	3616	8.17%		
2004	3938	8.90%		
2005	4252	7.97%	2584	1668
2006	4567	7.41%	2662	1905
2007	4923	7.80%	2741	2182
2008	5291	7.48%	2824	2467
2009	5662	7.01%		
2010	6041	6.69%		
2011	6468	7.07%		
2012	6911	6.85%		

Unter diesen Annahmen steigt im Zeitraum 2005 bis 2012 der gesamte Subventionsbedarf jährlich um durchschnittlich 7.2 Prozent oder um total rund 2.7 Milliarden Franken.

Dieses Wachstum ist vor allem auf die unterschiedliche Entwicklung der Kosten zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegenüber den Haushaltseinkommen zurückzuführen. Durch die festgesetzten maximalen Haushaltsbelastungen steigt die oberste Einkommensgrenze mit Anspruch auf Prämienverbilligung mit jeder Prämienhöhung und bewirkt aufgrund des niedrigeren Einkommenswachstums eine Ausweitung der anspruchsberechtigten Haushalte.

*Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen*

Nach Artikel 3b Absatz 3 Buchstabe d des Bundesgesetzes vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) wird bei der Berechnung des Anspruches auf Ergänzungsleistungen die kantonale Durchschnittsprämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Ausgabe angerechnet. Gemäss Artikel 54a der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELV; SR 831.301) können die Kantone diese Beträge in die Abrechnung über die Prämienverbilligung einsetzen.

<sup>1</sup> In Millionen Franken.

<sup>2</sup> Ohne Berücksichtigung der kantonalen Festsetzung von Höchsteinkommen und der Referenzprämie.

<sup>3</sup> Durch die kantonalen Instrumente der Festsetzung des Höchsteinkommens und der Einteilung der Einkommenskategorien massgeblich beeinflussbar.

Die kantonale Ausgestaltung des differenzierten Sozialziels könnte sich in zweierlei Hinsicht auf die Abgrenzung zwischen Prämienverbilligung und Ergänzungsleistungen auswirken. Einerseits würden die Ergänzungsleistungen bei Personen, welche bisher voll oder höher als mit der neuen kantonalen Ausgestaltung prämiert waren, eine von der kantonalen Regelung des prozentualen Eigenanteils abhängige finanzielle Mehrbelastung erfahren. Zusätzlich würde die Differenz zwischen der durch das ELG berücksichtigten Durchschnittsprämie und der durch die Prämienverbilligung ausgerichteten Referenzprämie zu einer Mehrbelastung der Ergänzungsleistungen führen.

Die Einführung eines Sozialziels zielt nicht auf eine Einschränkung der kantonalen Möglichkeiten bezüglich der Ausrichtung von Prämienverbilligungen für Ergänzungsleistungsbezüger. Die Ausgestaltung der relevanten kantonalen Ausführungsgesetze kann weiterhin so geschehen, dass für Ergänzungsleistungsbezüger die Prämien im bisherigen Umfang durch die Prämienverbilligung übernommen werden. Werden die bestehenden kantonalen Regelungen in diesem Bereich weitergeführt, sind keine finanziellen Verschiebungen zwischen der Prämienverbilligung und den Ergänzungsleistungen zu erwarten.

#### 4.1.1 Auswirkungen auf den Bund

Die maximalen Bundesbeiträge werden durch einen neuen einfachen Bundesbeschluss für die Jahre 2005 bis 2008 festgelegt (vgl. Ziff. 3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen, Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung). Die Bundesbeiträge gemäss einfachem Bundesbeschluss wurden in den letzten Jahren nie vollständig ausbezahlt. Die Auszahlungsquote hat aber kontinuierlich zugenommen (vgl. dazu 1.1.4 Allgemeine Umsetzungsprobleme, Auszahlungsquote der Bundesbeiträge).

Wenn man von einer gleichbleibenden durchschnittlichen Auszahlungsquote durch die Kantone von 84 Prozent ausgeht (Stand 2002), kürzen sich die Bundesbeiträge entsprechend.

*Auszuzahlende Bundesbeiträge (bei einer Auszahlungsquote von 84 Prozent)<sup>4</sup>:*

Jahr	Aktueller Bundesbeschluss 2004 - 2007		Teilrevision Prämienverbilligung, Bundesbeschluss 2005 - 2008		
	Max. Bundes- beiträge	Jährliche Erhöhung in %	Max. Bundes- beiträge	Jährliche Erhöhung in %	Bundesbeiträge bei Auszahlungsquote von 84%
2004	2349				
2005	2384	+1.5%	2584	(+200) <sup>5</sup>	2171
2006	2420	+1.5%	2662	+3%	2236
2007	2456	+1.5%	2741	+3%	2302
2008			2824	+3%	2372

<sup>4</sup> In Millionen Franken.

<sup>5</sup> Einmalige Aufstockung von 200 Millionen Franken des im aktuellen einfachen Bundesbeschluss für das Jahr 2005 eingestellten Betrags.

#### 4.1.2

#### Auswirkungen auf die Kantone

Das Gesetz bietet den Kantonen Spielraum bei der Umsetzung des abgestuften Sozialzieles. So können die Kantone ihre finanzielle Belastung massgeblich mit der Festlegung von Höchstehinkommen gemäss Artikel 65a Absatz 6, mit der Einteilung der Einkommenskategorien im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben von Artikel 65a Absatz 5 und dem Entscheid, ob weiterhin vollständige Prämienbefreiungen gewährt werden, beeinflussen. Der bereits bestehende Gestaltungsspielraum gemäss Artikel 66 Absatz 5 KVG (Kürzung des zu übernehmenden Bundesbeitrags um maximal 50 Prozent) und Artikel 66 Absatz 6 KVG (Übertrag des nicht ausbezahlten Bundes- und Kantonsbeitrags auf das Folgejahr) bleibt bestehen.

Der durch das Modell geschätzte Subventionsbedarf steigt jährlich um durchschnittlich 7.2 Prozent. Diese Zunahme ist vor allem auf die ungleiche Entwicklung der Löhne und der Gesundheitskosten zurückzuführen (vgl. dazu 4.1 Finanzielle Auswirkungen). Die den Kantonen zur Verfügung stehenden Instrumente zur Beeinflussung ihrer finanziellen Belastung ermöglichen die durch eine jährliche Ausweitung des Bezückerkreises bedingte Kostendynamik zu bremsen und den Subventionsbedarf entsprechend zu senken. Aufgrund des fixen maximalen Bundesbeitrags bleibt es somit den Kantonen überlassen, im Rahmen der Umsetzung des abgestuften Sozialzieles, die Festsetzung der anspruchsberechtigten Höchstehinkommen und die Einteilung der Einkommenskategorien so vorzunehmen, dass die vorhandenen Bundesbeiträge ausgeschöpft werden und mit entsprechender Aufstockung durch kantonale Beiträge der kantonale Subventionsbedarf gedeckt werden kann.

#### 4.2

#### Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Die Festsetzung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung mittels eines auf vier Jahre befristeten Bundesbeschlusses erfolgt in Ausführung von Artikel 66 KVG und seit Inkrafttreten des Gesetzes. Mit der vorgeschlagenen Regelung wird somit ein seit 1996 angewandter Mechanismus weitergeführt. Von der einmaligen Erhöhung des Bundesbeitrags um 200 Millionen Franken und der darauf folgenden jährlichen Erhöhung der maximalen Bundesbeiträge um 3 Prozent sind keine massiven volkswirtschaftlichen Auswirkungen zu erwarten. Grundsätzlich führt die zusätzliche Belastung der öffentlichen Hand zwar zu einem negativen Wachstumseffekt. Weil die betreffenden Mittel jedoch, zwar mit einer gewissen Verzögerung, Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zugeleitet werden und damit deren Budget erhöhen, sollte deren zusätzliche Konsumneigung dem erwähnten negativen Wachstumseffekt entgegenwirken.

Die Annahme, dass mit der Neuregelung keine erheblichen volkswirtschaftlichen Auswirkungen eintreten werden, wird dadurch gestützt, dass die Gegenüberstellung des erwarteten Subventionsbedarfs (Ziff. 4.1) mit den zur Verfügung stehenden Mitteln (Ziff. 3, Ausführungen zum Bundesbeschluss) erwarten lässt, dass die zur Verfügung gestellten Mittel zur Deckung der Ansprüche ausreichen dürften. Somit ist nicht davon auszugehen, dass die Einführung der neuen Regelung auf gesamtschweizerischer Ebene grössere Umverteilungswirkungen haben wird. Auswirkungen der Neuregelung sind allerdings in gewissen Kantonen zu erwarten. Diese haben es jedoch in der Hand, das System an ihre eigenen Verhältnisse anzupassen.

## **5 Verhältnis zum Neuen Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen**

Die Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 14. November 2001 (BBl 2002 2291) sieht die Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen als Verbundaufgabe von Bund und Kantonen vor. Nach dem damaligen Modell sollten die Kantone die Bundesmittel so ergänzen, dass die vom Bund für jeden Kanton fixierte maximale Prämienbelastung der Versicherten nicht überstiegen wird. Im gesamtschweizerischen Schnitt sollte die Prämienbelastung 10% des steuerbaren Einkommens nicht überschreiten. Der Bund sollte dabei 25% der durchschnittlichen Gesundheitskosten für 30% der Bevölkerung übernehmen.

Dem Entscheid des Bundesrats, ein abgestuftes Sozialziel einzuführen, ist im Rahmen der Gesetzesanpassungen der zweiten NFA-Botschaft Rechnung zu tragen. Insbesondere wird der Einfluss des neuen Handlungsspielraums von Bund und Kantonen und des Subventionsbedarfs aufgrund des abgestuften Sozialziels auf das Kostenaufteilungsmodell der ersten NFA-Botschaft zu berücksichtigen sein.

## **6 Legislaturplanung**

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003-2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 ....).

## **7 Rechtliche Grundlagen**

### **7.1 Verfassungsmässigkeit**

#### **7.1.1 Bundesbeschluss**

Der Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung ist ein einfacher, nicht dem Referendum unterstehender Bundesbeschluss, dessen Rechtsgrundlage in Artikel 66 Absatz 2 KVG besteht.

#### **7.1.2 Revision**

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.

### **7.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, in folgenden Bereichen Bestimmungen zu erlassen: Einzelheiten des Prämieninkassos, des Mahnverfahrens und der Folgen des Zahlungsverzugs (Art. 64a Abs. 5), Verpflichtung der Steuerbehörden, die notwendigen Auskünfte zu geben (Art. 65a Abs. 2) und Festsetzung der kantonalen Referenzprämien (Art. 65a Abs. 4).

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Prämienverbilligung)

Änderung vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*3a. Abschnitt:* Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen

*Art. 64a (neu)*

<sup>1</sup> Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer sie schriftlich zu mahnen, ihr eine Nachfrist von dreissig Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges (Abs. 2) hinzuweisen.

<sup>2</sup> Beahlt die versicherte Person trotz Mahnung nicht und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren bereits gestellt, so schiebt der Versicherer die Übernahme der Kosten für die Leistungen auf, bis die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub. Vorbehalten bleiben kantonale Vorschriften über eine Meldung an andere Stellen.

<sup>3</sup> Sind die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt, so hat der Versicherer die Kosten für die Leistungen während der Zeit des Aufschubes zu übernehmen.

<sup>4</sup> Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht vollständig bezahlt haben, können sie in Abweichung von Artikel 7 den Versicherer nicht wechseln. Artikel 7 Absätze 3 und 4 bleibt vorbehalten.

<sup>5</sup> Der Bundesrat regelt die Einzelheiten des Prämieninkassos, des Mahnverfahrens und der Folgen des Zahlungsverzugs.

*Art. 65*

<sup>1</sup> Die Kantone gewähren Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, Prämienverbilligungen. Als Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gelten:

<sup>1</sup> BBl 2004 ...

<sup>2</sup> SR 832.10

- a. Versicherte, die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind;
- b. Familien, die für ihre Kinder einen Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 1990<sup>3</sup> über die direkte Bundessteuer (DBG) geltend machen können und die durch die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung stark belastet sind.

<sup>2</sup> Kinder, für die ein Sozialabzug nach Artikel 213 Absatz 1 Buchstabe a DBG gewährt wird, haben keinen selbstständigen Anspruch auf Prämienverbilligung.

<sup>3</sup> Der Bundesrat kann die Anspruchsberechtigung auf versicherungspflichtige Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen, die sich längere Zeit in der Schweiz aufhalten.

<sup>4</sup> Die Prämienverbilligungen sind so festzulegen, dass die jährlichen Beiträge des Bundes und der Kantone nach Artikel 66 grundsätzlich voll ausbezahlt werden.

*Art. 65a*                      Ermittlung der wirtschaftlichen Situation und des Anspruchs auf Prämienverbilligung

<sup>1</sup> Die Kantone ermitteln die wirtschaftliche Situation auf Grund des Reineinkommens nach Artikel 25 DBG. Zum Reineinkommen werden 10 Prozent des nach kantonalem Recht steuerbaren Vermögens hinzugerechnet.

<sup>2</sup> Die Kantone stützen sich auf die Steuerwerte der letzten rechtskräftigen Veranlagung. Liegt die Veranlagung mehr als drei Jahre zurück, so gilt die provisorische Einschätzung; fehlt diese für die direkte Bundessteuer, so gilt die letzte rechtskräftige Veranlagung oder provisorische Einschätzung für die kantonale Einkommenssteuer. Der Bundesrat kann die Steuerbehörden verpflichten, den zuständigen kantonalen Behörden die Auskünfte zu geben, die zur Festsetzung der Prämienverbilligungen benötigt werden.

<sup>3</sup> Die Kantone sorgen dafür, dass bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen, insbesondere auf Antrag der versicherten Person, die aktuellsten Einkommens- und Familienverhältnisse berücksichtigt werden.

<sup>4</sup> Die Kantone ermitteln den Anspruch auf Prämienverbilligung auf Grund der Referenzprämien, welche der Bundesrat nach Anhören der Kantone für jeden einzelnen Kanton festlegt. Die Referenzprämien sind so festzulegen, dass sie unter den für den einzelnen Kanton massgeblichen Durchschnittsprämien liegen.

<sup>5</sup> Die Referenzprämien werden verbilligt, soweit sie einen nach Einkommenskategorien abgestuften Eigenanteil der Versicherten übersteigen. Die Kantone teilen die Versicherten in mindestens vier Einkommenskategorien ein. Der Eigenanteil beträgt:

- a. für Personen nach Artikel 65 Absatz 1 Buchstabe a: höchstens 4 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 12 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie;
- b. für Personen nach Artikel 65 Absatz 1 Buchstabe b: höchstens 2 Prozent des massgebenden Einkommens für die unterste Einkommenskategorie und höchstens 10 Prozent des massgebenden Einkommens für die oberste Einkommenskategorie.

<sup>6</sup> Die Kantone können Höchstinkommen festlegen, bis zu denen Anspruch auf Prämienverbilligung besteht.

*Art. 65b (neu)*                      Auszahlung

Nach Feststellung der Bezugsberechtigung sorgen die Kantone dafür, dass die Auszahlung der Prämienverbilligung so erfolgt, dass die anspruchsberechtigten Personen ihrer Prämienzahlungspflicht nicht vorschussweise nachkommen müssen.

*Art. 65c (neu)*                      Information und Zusammenarbeit

<sup>1</sup> Die Kantone informieren die Versicherten regelmässig über das Recht auf Prämienverbilligung.

<sup>2</sup> Die Versicherer sind verpflichtet, über die Bestimmungen von Artikel 82 hinaus bei der Prämienverbilligung mitzuwirken, sofern sie dafür vom Kanton angemessen entschädigt werden.

<sup>3</sup> Die Kantone haben dem Bund zur Überprüfung der sozialpolitischen Ziele anonymisierte Angaben über die begünstigten Versicherten zu machen. Der Bundesrat erlässt die notwendigen Vorschriften dazu.

*Art. 65d (neu)*

*Bisheriger Artikel 65a*

## II

*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom ... (Prämienverbilligung)*

<sup>1</sup> Die Kantone haben das in den Artikeln 65 und 65a festgesetzte System innert drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung umzusetzen.

<sup>2</sup> Mit Inkrafttreten dieser Änderung wird der Bundesbeschluss vom 17. September 2003 über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung für die Jahre 2004 bis 2007<sup>4</sup> aufgehoben. Die Bundesbeiträge werden für das Jahr des Inkrafttretens der Änderung um 200 Mio. Franken erhöht.

## III

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2005 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

# Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung

vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,*

gestützt auf Artikel 167 der Bundesverfassung<sup>1</sup>,  
und auf Artikel 66 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die  
Krankenversicherung (KVG),  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom ...<sup>3</sup>,

*beschliesst:*

## **Art. 1**

Für die Jahre 2005 bis 2008 betragen die jährlichen Beiträge des Bundes:

- a. im Jahr 2005: 2584 Millionen Franken;
- b. im Jahr 2006: 2662 Millionen Franken;
- c. im Jahr 2007: 2741 Millionen Franken;
- d. im Jahr 2008: 2824 Millionen Franken.

## **Art. 2**

<sup>1</sup> Dieser Beschluss untersteht nicht dem Referendum.

<sup>1</sup>SR 101

<sup>2</sup>SR 832.10

<sup>3</sup>BBl 2004 ...

## **Vernehmlassungsvorlage zu den Revisionen in der Krankenversicherung**

### ***Vorlage 1D Kostenbeteiligung***

- Erläuternder Bericht
- Entwurf der Gesetzesbestimmungen
- Entwurf Verordnungsbestimmungen

**Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über  
die Krankenversicherung**

**Teil Kostenbeteiligung**

**Teilrevision der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die  
Krankenversicherung**

**Erläuternder Bericht**

---

## Einleitung

### 1 Allgemeiner Teil

Nach Artikel 64 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) beteiligen sich die Versicherten mit einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt) an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (Art. 64 Abs. 3 KVG). Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Auf den 1. Januar 2004 hat der Bundesrat die ordentliche Franchise auf 300 Franken und den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Erwachsene auf 700 Franken erhöht (Art. 103 Abs. 1 und 2 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung/KVV: SR 832.102).

Der Bundesrat kann besondere Versicherungsformen zulassen, bei denen sich die Versicherten gegen eine Prämienermässigung stärker an den Kosten beteiligen (Art. 62 Abs. 2 Bst. a KVG). Er sieht wählbare Franchisen von 400, 600, 1'200 und 1'500 Franken für Erwachsene und von 150, 300 und 375 Franken für Kinder vor (Art. 93 Abs. 1 KVV). Die Versicherer können dafür einen Prämienrabatt gewähren, der Bundesrat legt Höchststrabatte fest (Art. 95 KVV). Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist grundsätzlich nur auf das Ende eines Kalenderjahres möglich (Art. 94 KVV).

#### 1.1 Entstehungsgeschichte

##### 1.1.1 Projekt „Grundlagen 3. KVG-Teilrevision“

Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) anlässlich seiner Klausurtagung vom 22. Mai 2002 unter anderem damit beauftragt, Vorschläge für die Steuerung der Nachfrage durch eine modifizierte Kostenbeteiligung auszuarbeiten und deren ökonomische Anreizwirkung zu analysieren. Diese Arbeiten sollten Grundlagen für eine dritte Revision des KVG bilden.

Gestützt auf diesen Auftrag hat das EDI eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, eingesetzt. Darin waren der Verband der schweizerischen Krankenversicherer santésuisse, die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (heute: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren), die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), die Schweizerische Patientenorganisation (SPO) und die Patientenstelle Zürich sowie das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement (EVD) und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) vertreten. Diese Arbeitsgruppe hat insbesondere einkommens- und leistungsabhängige Modelle von Kostenbeteiligungen geprüft und Änderungen des geltenden Systems untersucht. Für verschiedene Modelle hat Prof. Schmid Zahlenmaterial und Auswirkungen in einem Bericht zusammengefasst. Zum Einfluss von Kostenbeteiligungen auf das Verhalten der Versicherten hält der noch nicht veröffentlichte Bericht fest, dass diesbezügliche Untersuchungen heikel sind, weil eher die gesunden und in guten wirtschaftlichen Verhältnissen lebenden Versicherten höhere Kostenbeteiligungen wählen.

Diesbezüglich wird im Bericht namentlich auf eine in den Jahren 1974 – 1982 in den USA durchgeführte und gross angelegte Studie (Rand Health Insurance Experiment) mit zufälliger Zuordnung der Versicherten zu unterschiedlichen Kostenbeteiligungsmodellen sowie auf eine Studie von S. Felder und A. Werblow von der Universität Magdeburg „Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz“, Jahrestagung der DGSMP bzw. DGMS, September 2001, hingewiesen (vgl. nachstehende Ziffer 1.1.2).

### **1.1.2                                  Forschungsergebnisse**

Die in Ziffer 1.1.1 erwähnte, in den Jahren 1974 – 1982 in den USA durchgeführte Studie (Rand Health Insurance Experiment) führte zum Ergebnis, dass die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch Versicherte mit sehr hoher Kostenbeteiligung gegenüber denjenigen mit kleiner Kostenbeteiligung mengenmässig um ca. einen Drittel abnahm, ohne Verschiebung hin zu einer angemesseneren Behandlung. Konsultationen bei Psychotherapeuten und Chiropraktoren nahmen stärker ab. Der Gesundheitszustand bezüglich der untersuchten Indikatoren wurde durch die geringere Inanspruchnahme abgesehen von den zwei Indikatoren (Blutdruck- und Visuskontrolle) nicht beeinträchtigt.

Die ebenfalls in Ziffer 1.1.1 erwähnte Studie von S. Felder und A. Werblow von der Universität Magdeburg „Der Einfluss von Zuzahlungen auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Empirische Evidenz aus der Schweiz“, Jahrestagung der DGSMP bzw. DGMS, September 2001, ergab folgende Ergebnisse: „Die Zuzahlungsregelungen haben einen signifikanten Einfluss auf die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres Leistungen in Anspruch zu nehmen, beträgt bei den Versicherten mit der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestfranchise 80%, bei den Versicherten mit der maximalen Wahlfranchise jedoch lediglich 43%. Der Effekt steigt mit zunehmendem Alter der Versicherten. Auf der zweiten Stufe sind die Wirkungen ebenfalls signifikant: Eine um eine Stufe erhöhte Wahlfranchise reduziert den Umfang der Leistungsanspruchnahme um 7,7%. Wenn man Proxies (=Indikatoren) für den Gesundheitszustand der Versicherten einbezieht, werden die Effekte geringer, bleiben jedoch signifikant.“

Im Rahmen der Wirkungsanalyse KVG wurden vor allem die besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers untersucht. Die besonderen Versicherungsformen mit wählbaren Franchisen werden im Zusammenhang mit dem Wechselverhalten der Versicherten erwähnt. Es wurde festgestellt, dass der Anteil wechselnder Personen gering ist, wobei einkommensstarke und grössere Haushalte häufiger wechseln (vgl. Bundesamt für Sozialversicherung, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Wirkungsanalyse KVG: Synthesebericht, Bern 2001, S. 102).

Die beiden Forschungsberichte des BSV Nr. 2 und 4/98 (von der Prognos AG durchgeführte Studien über die Wahl der Versicherungsformen und die selbstgetragenen Gesundheitskosten), welche sich auf Versichertenbefragungen vor Inkrafttreten des KVG abstützen, enthalten Informationen über das Wahlverhalten der Versicherten und die Inanspruchnahme von Leistungen. Im erstgenannten Bericht wird hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen festgehalten, dass aus den vorhandenen Daten nichts darauf hindeutet, dass die Franchise das Inan-

spruchnahme-Verhalten beeinflusse. In Bezug auf die Wahl der höheren Franchisen wurde ermittelt, dass vor allem die Gesunden, die 25- bis 55-Jährigen und Versicherte mit mittlerer und höherer Schulbildung eine höhere Franchise wählen. Zudem war das Äquivalenzeinkommen der Versicherten mit wählbarer Franchise um gut einen Viertel höher als das der traditionell Versicherten.

Das BSV hat eine Statistik der wählbaren Franchisen 1999 veröffentlicht. Darin kommt es unter anderem zum Schluss, dass die vom Versicherer bezahlten Leistungen desto tiefer sind, je höher die gewählte Franchise ist. Dies wird auf folgende Faktoren zurückgeführt, wobei der Einfluss der einzelnen Faktoren nicht beziffert werden kann:

- Höhere Kostenbeteiligung der Versicherten
- Alters- und Geschlechtsstruktur (durch Risikoausgleich kompensiert)
- Unterschiedlicher Gesundheitszustand
- Kostenbewusstere Inanspruchnahme von Leistungen

Einer im Rahmen der vom BSV herausgegebenen Statistiken zur sozialen Sicherheit im Jahre 2003 verfassten Längsschnittanalyse über die Entwicklung der wählbaren Jahresfranchisen (Die Franchisen 1997 –2001; BSV, Bern 2003) lassen sich Erkenntnisse über die Wahlfranchisen entnehmen. Zu erwähnen sind namentlich die Ergebnisse hinsichtlich der Verschiebungen bei der Wahl der Franchiseshöhe und hinsichtlich des Leistungsbezugs in den einzelnen Franchisestufen. Ein wesentliches Ergebnis ist die Feststellung, dass eine Umschichtung in den Franchisestufen stattfand. Die ordentliche und die unterste wählbare Franchise wurden während der Erfassungsperiode laufend weniger abgeschlossen, während vor allem die höchste Stufe von 1'500 Franken vermehrt gewählt wurde. Dieser Trend setzte sich auf das Jahr 2002 fort. Über die weitere Entwicklung in den Jahren 2003 und 2004 liegen noch keine Resultate vor. Namentlich kann noch nichts Verbindliches darüber gesagt werden, ob die auf den 1. Januar 2004 erfolgte Herabsetzung der höchstzulässigen Reduktionen bei den wählbaren Franchisen bei den Versicherten eine Verhaltensänderung hinsichtlich der Franchisewahl bewirkt hat.

### **1.1.3 Zweite KVG-Revision**

Im Laufe der Beratungen der vom Parlament in der Schlussabstimmung in der Wintersession 2003 verworfenen 2. KVG-Revision wurde ein Antrag auf Erhöhung des Selbstbehaltes abgelehnt. Danach hätte der Selbstbehalt für Versicherte, die nicht im Rahmen einer besonderen Versicherungsform mit Budgetverantwortung versichert sind, auf 20 Prozent erhöht werden sollen. Die Schlussversion sah weiterhin einen Selbstbehalt von 10 Prozent vor. Der Bundesrat hätte ihn aber für Versicherte, die nicht eine kostengünstige besondere Versicherungsform gewählt haben, auf höchstens 20 Prozent erhöhen können. Die Krankenversicherer wären verpflichtet worden, solche Versicherungsformen mit Budgetverantwortung und einer begrenzten Anzahl von Leistungserbringern anzubieten. Der Bundesrat hätte Ausnahmen erlauben können, beispielsweise für ländliche Regionen.

### 1.1.4

## Finanzielle Grössenordnungen und andere Daten

Im Jahr 2002 betrug die Ausgaben der Krankenversicherer für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 17,1 Mrd Franken. Davon wurden 2,5 Mrd Franken als Kostenbeteiligung von den Versicherten getragen. Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus der Franchise (gemäss BAG-interner Berechnung rund 60 Prozent der Kostenbeteiligung) und den Selbstbehalten (rund 40 Prozent).

Im Jahr 2002 hatten 51,8 Prozent der Versicherten eine Versicherung mit ordentlicher Franchise. 40,5 Prozent der Versicherten waren einem Versicherungsmodell mit wählbarer Franchise und 7,7 Prozent einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder einer Bonusversicherung angeschlossen. Unter den erwachsenen Versicherten mit wählbaren Franchisen hatten 24,2 Prozent eine Franchise von 400 Franken, 9,9 Prozent eine Franchise von 600 Franken, 2,5 Prozent eine Franchise von 1'200 Franken und 11,4 Prozent eine Franchise von 1'500 Franken.

## 1.2

### Politische Zielsetzungen

Der Bundesrat will mit den hier vorgeschlagenen Änderungen eine möglichst einfache Regelung schaffen. Dabei sollen die Anreize zu mehr Eigenverantwortung der Versicherten bei der Beanspruchung von Leistungen erhöht, den Krankenversicherern namentlich bei den wählbaren Franchisen ein grösserer Gestaltungsspielraum gewährt und die Attraktivität dieser Versicherungen weiterhin gewährleistet werden. Es sollen aber Leitplanken festgelegt werden, welche eine unzumutbare Mehrbelastung von kranken Versicherten und eine Gefahr der Risikoselektion verhindern. Mit einer Erhöhung des Selbstbehaltes und der damit verbundenen grösseren Eigenverantwortung der Versicherten verspricht sich der Bundesrat eine Ausweitung des Kostenbewusstseins der Versicherten und eine damit einhergehende kostendämpfende Wirkung. Dasselbe gilt auch für die vorgeschlagene Flexibilisierung bei den möglichen Angeboten der Versicherer mit wählbaren Franchisen.

Um diese Zielvorgaben zu erreichen soll im Gesetz der Selbstbehalt von 10 auf 20 Prozent erhöht werden und dabei dem Bundesrat erweiterte Kompetenzen für eine Senkung oder Aufhebung des Selbstbehalts für bestimmte Leistungen gewährt werden. Der jährliche Höchstbetrag von 700 Franken soll beibehalten werden.

Der Bundesrat sieht vor, dass diese Gesetzesänderung von den Räten im beschleunigten Verfahren behandelt werden soll, auch wenn das Inkrafttreten erst auf den 1. Januar 2006 möglich sein wird. Dies weil die Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent die Prämienberechnung stark beeinflusst. Die Versicherer sind darauf angewiesen, dass ihnen die definitive Kostenbeteiligungsregelung spätestens Mitte Jahr bekannt gegeben wird, damit sie die Prämienkalkulation für das Folgejahr rechtzeitig vornehmen können. Zwar wird in der Vorlage zur Gesamtstrategie festgehalten, dass auch das Gesetzgebungspaket 2 in der Wintersession 2004 verabschiedet werden kann. Verzögerungen sind aber nicht auszuschliessen, weshalb diese Vorlage vorsichtshalber ins Gesetzgebungspaket 1 aufgenommen wurde.

Zusammen mit dieser Regelung auf Gesetzesebene werden Änderungen der KVV vorgeschlagen, die bereits auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt werden sollen. Diese Verordnungsänderungen sind Teil eines Gesamtkonzepts, das auf eine kostendämpfende Wirkung mittels Verstärkung der Eigenverantwortung hinzielt. Die An-

derungen betreffen die wählbaren Franchisen. Den Krankenversicherern soll in einem gewissen Rahmen freigestellt werden, welche Franchisen sie zu welchen Prämienreduktionen anbieten wollen. Die Rahmenbedingungen bestehen einerseits in einer Mindestprämie in Prozenten der Prämie für die Versicherung mit der ordentlichen Franchise von 300 Franken für Erwachsene oder ohne Franchise für Kinder. Andererseits wird ein höchstzulässiger Franchisebetrag von 2'500 Franken für Erwachsene und junge Erwachsene, respektive 600 Franken für Kinder vorgegeben. Als weitere Rahmenbedingung dürfen die Prämienreduktionen – wie es die heutige Regelung schon vorsieht – nicht höher sein als 80 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen. Dieses Risiko entspricht für Erwachsene der Differenz zwischen der ordentlichen und der gewählten Franchise.

### 1.3 Sozialpolitische Wirkung

Mit der Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent werden vor allem die erwachsenen Versicherten, welche Kosten in der Grössenordnung von 300 bis 7300 Franken und die Kinder, welche Kosten bis zu 3'500 Franken im Jahr verursachen, mit einer höheren Kostenbeteiligung rechnen müssen. Die jährliche Höchstbeteiligung für erwachsene Versicherte mit ordentlicher Franchise beträgt gleich wie heute 1'000 Franken (300 Fr. Franchise und 700 Fr. Selbstbehalt). Dieser Höchstbetrag wird neu bereits bei jährlichen Kosten von 3'800 Franken erreicht statt wie bisher bei 7'300 Franken. Vor allem Chronischkranke mit hohen Kosten, die schon heute 1'000 Franken Kostenbeteiligung bezahlen, werden nicht zusätzlich belastet. Dasselbe gilt für Kinder, die schon heute den jährlichen Höchstbetrag von 350 Franken bezahlen. Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, namentlich den Ergänzungsleistungsbezüglern werden die Kostenbeteiligungen ganz oder teilweise rückerstattet. Die Erhöhung des Selbstbehaltes bewegt sich damit in einem Rahmen, der den Betroffenen zugemutet werden kann. Die Belastung der Versicherten bei verschiedenen Jahreskosten ist unten ersichtlich (siehe Tabelle). Aufgrund verwaltungsinterner Schätzungen wird das mit Prämien zu deckende Kostenvolumen durch dieses Vorgehen insgesamt um rund 3 Prozent reduziert.

*Belastung der Versicherten bei verschiedenen Jahreskosten und Franchisen*

Jahresbehandlungskosten	Franchise 300 Fr.		Franchise 1'500 Fr.	
	SB 10 %	SB 20 %	SB 10 %	SB 20 %
1000	370	440	1000	1000
2000	470	640	1550	1600
3000	570	840	1650	1800
4000	670	1000	1750	2000
5000	770	1000	1850	2200
6000	870	1000	1950	2200
7000	970	1000	2050	2200
8000	1000	1000	2150	2200
9000	1000	1000	2200	2200

## 2

## Grundzüge der Vorlage

### 2.1

### Änderungen auf Gesetzesstufe

Der Bundesrat schlägt vor, weiterhin einen prozentualen Selbstbehalt im Gesetz festzulegen. In der gescheiterten 2. KVG-Revision war vorgesehen, die Kompetenz zur Festsetzung eines Selbstbehaltes von 20 Prozent an den Bundesrat zu delegieren. Dieser Vorschlag wird im vorliegenden Vorschlag umgekehrt, indem der auf 20 Prozent erhöhte Selbstbehalt ins KVG aufgenommen wird. Zugleich sollen die Kompetenzen des Bundesrates für abweichende Prozentsätze nach unten erweitert werden. Die heutigen Kompetenzen des Bundesrates, die Kostenbeteiligung herabzusetzen oder aufzuheben, ist zu eng, wenn der Selbstbehalt auf Gesetzesstufe auf 20 Prozent festgelegt wird.

Der Bundesrat bevorzugt damit eine Lösung, wonach die Höhe des Selbstbehaltes in seiner Grundform weiterhin im Gesetz verankert ist und allfällige Abweichungen als Ausnahmen auf Verordnungsebene geregelt werden. Die Höchstgrenze des jährlich zu leistenden Selbstbehaltes soll auf der aktuellen Höhe belassen werden, damit die Sozialverträglichkeit weiterhin gewährleistet ist.

Die allgemeine Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent dürfte keine Umsetzungsprobleme ergeben. Die Ausweitung der Kompetenz des Bundesrates, für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung herabzusetzen oder aufzuheben, ist als verbindlicher Auftrag zu verstehen, die Frage von tieferen Kostenbeteiligungen für bestimmte Leistungen an die Hand zu nehmen. Zum Beispiel kann für Generika der Selbstbehalt auf 10 Prozent festgelegt werden, während bei Bezug eines Originalpräparats der Selbstbehalt auf 30 Prozent erhöht würde, für den Fall, dass ein entsprechendes Generikum zur Verfügung steht. Damit könnte die Verschreibung und Abgabe von Generika zusätzlich gefördert werden. Ein Generikum ist in der Regel etwa 30 Prozent günstiger als das Originalpräparat. Im Übrigen sind noch eingehende Abklärungen nötig, bevor für bestimmte Leistungen auf Verordnungsstufe höhere oder tiefere Kostenbeteiligungen festgelegt werden können. Die Ausführungsgesetzgebung zu dieser Gesetzesänderung bildet daher nicht Gegenstand der Vernehmlassungsvorlage.

### 2.2

### Änderungen auf Verordnungsstufe

Nebst den Vorschlägen für die beiden Gesetzesänderungen enthält der vorliegende Entwurf - wie unter Ziffer 1.2 erwähnt - auch Vorschläge für Verordnungsänderungen im Bereiche der besonderen Versicherungsform mit wählbaren Franchisen. Dabei handelt es sich nicht um Ausführungsbestimmungen zu den Gesetzesänderungen, sondern um Änderungen, die unabhängig des Ausgangs der Änderungsvorlage auf Gesetzesstufe auf den 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt werden können. Sie stehen in einem engen Konnex zur Gesamtstrategie des Bundesrates im Hinblick auf eine kostendämpfende Wirkung von Massnahmen, welche die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Dies hat den Bundesrat dazu veranlasst, die Verordnungsänderungen in die selbe Vernehmlassungsvorlage einzubauen.

Die im Rahmen des Projekts „Grundlagen 3. KVG-Teilrevision“ geprüften Kostenbeteiligungsmodelle (vgl. Ziff. 1.1.1), die für kurzfristig realisierbar betrachtet wurden, dienten bei der Ausarbeitung der vorliegenden Vorschläge als Grundlage. Es wurde zwar keines der untersuchten Modelle unverändert übernommen, die Kombi-

nation von erhöhtem Selbstbehalt und Erweiterung der wählbaren Franchisen lassen sich aber durchaus in das Konzept der geprüften und als realisierbar erachteten Modelle einordnen.

Auch wenn die Auswirkungen der im Bereiche der wählbaren Franchisen auf den 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen noch nicht bekannt sind, so kann doch festgestellt werden, dass die geltende Regelung die Flexibilität der Versicherer in engen Grenzen hält. Zudem ist die Attraktivität dieser besonderen Versicherungsform durch die Herabsetzung der höchstzulässigen Reduktionssätze etwas eingedämmt worden. Die Vielfalt an Möglichkeiten, die der Gesetzgeber zulässt, veranlasst den Bundesrat nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision dazu, die Flexibilität und die Attraktivität bei den wählbaren Franchisen zu erhöhen. Mit den Änderungsvorschlägen soll den Versicherern bei der Ausgestaltung dieser besonderen Versicherungsform mehr Freiheit gegeben werden. Ihnen wird damit auch eine höhere Verantwortung im Hinblick auf die Finanzierbarkeit und die Attraktivität des Angebots zuteil. In der Verordnung werden einzig Höchstgrenzen für die für Erwachsene und für Kinder zulässigen Franchisestufen und Leitplanken für die Prämienreduktionen festgelegt. In betraglicher Hinsicht wird bei den höchstzulässigen Reduktionen an der geltenden Regelung festgehalten. Der höchstzulässige prozentuale Reduktionssatz wird in Form einer allgemein verbindlichen Mindestprämie in Prozenten der ordentlichen Prämie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Einschluss des Unfallrisikos als absolutes Erfordernis bei der Rabattierung in der besonderen Versicherungsform mit wählbaren Franchisen vorgeschrieben.

Die Übergangsproblematik in Bezug auf die automatische Weiterführung bisheriger Franchisen oder im Hinblick auf eine Umteilung in eine andere Franchise, weil eine bisher angebotene Franchisehöhe nicht mehr angeboten wird, soll in den Übergangsbestimmungen zur KVV-Änderung geregelt werden.

### **3                    Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen**

#### **3.1                Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)**

##### *Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b*

Der Selbstbehalt soll von 10 auf 20 Prozent erhöht werden. Ziel dieser Massnahme ist einerseits, die Krankenversicherung zu entlasten. Andererseits soll sie die Versicherten und Leistungserbringer zu kostenbewussterem Verhalten veranlassen.

Die Verdoppelung des Selbstbehaltes soll einen Anreiz für die Versicherten schaffen, weniger und preisgünstigere Leistungen zu beziehen. Zudem sollen die Leistungserbringer veranlasst werden, ihre Leistungen wirtschaftlicher zu erbringen und den Versicherten deren Kosten zu begründen.

Damit die Verdoppelung des Selbstbehaltes die Versicherten mit schweren und chronischen Krankheiten nicht stärker als bisher belastet, beabsichtigt der Bundesrat, den jährlichen Höchstbetrag des Selbstbehaltes in Artikel 103 Absatz 2 KVV auf 700 Franken für Erwachsene zu belassen. Für Kinder gilt gemäss Artikel 64

Absatz 4 KVG die Hälfte dieses Betrages, somit weiterhin 350 Franken. Der Bundesrat beabsichtigt auch die Grundfranchise auf 300 Franken zu belassen.

Für eine versicherte Person mit Grundfranchise beträgt die Kostenbeteiligung somit weiterhin höchstens 1'000 Franken jährlich. Während dieser Betrag bisher mit Kosten von 7'300 Franken erreicht war, wird er neu bereits mit Kosten von 3'800 Franken erreicht. Stärker belastet werden die erwachsenen Versicherten mit Kosten zwischen 300 und 7'300 Franken und die Kinder mit Kosten bis zu 3500 Franken im Jahr.

#### *Artikel 64 Absatz 6 Buchstabe b*

Der Bundesrat kann für bestimmte Leistungen eine höhere Kostenbeteiligung vorsehen (Bst. a). Bisher konnte er für Dauerbehandlungen sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben (bisheriger Bst. b). Der Bundesrat hat diese Zuständigkeit dem EDI übertragen (siehe Art. 105 KVV). Das EDI hat von dieser Zuständigkeit bisher noch keinen Gebrauch gemacht.

Da der Selbstbehalt allgemein auf 20 Prozent erhöht werden soll, sind dem Bundesrat erweiterte Kompetenzen bei der Herabsetzung und Aufhebung der Kostenbeteiligung einzuräumen. Diese Möglichkeit soll ihm neu unabhängig von der Dauer der Behandlung und von der Schwere der Krankheit gegeben werden. Damit soll der Bundesrat den Selbstbehalt unterschiedlich festlegen können (siehe vorstehende Ziff. 2.1).

### **3.2 Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)**

#### *Artikel 93 Absatz 1 und 1bis*

Nach der geltenden Regelung betragen die wählbaren Franchisen für Erwachsene 400, 600, 1'200 und 1'500 Franken und für Kinder 150, 300 und 375 Franken. Ein Versicherer, der diese Versicherungsform betreibt, hat alle wählbaren Franchisen anzubieten. Damit können die Versicherten die für die wählbaren Franchisen gewährten Rabatte verschiedener Versicherer einfach vergleichen.

Neu sollen die einzelnen Versicherer festlegen, welche wählbaren Franchisen sie anbieten. Damit erhalten die Versicherer mehr Flexibilität und können ihre Angebote an die Bedürfnisse ihrer Versicherten anpassen und möglichst attraktive Franchisen anbieten. Die geltenden wählbaren Franchisen werden von den Versicherten unterschiedlich genutzt (vgl. vorstehende Ziff. 1.1.4) und bis 2002 liess sich ein Trend zum Abschluss einer Versicherung mit der höchsten Franchise (1'500 Franken) feststellen (vgl. vorstehende Ziff. 1.1.2).

Hohe Franchisen haben zur Folge, dass die Versicherten im Krankheitsfall hohe Krankheitskosten tragen. Bei Versicherten, die keine andere Unfallversicherung haben, gilt dies auch bei Unfall. Um das finanzielle Risiko der Versicherten einzuschränken, sollen die Franchisen nach oben beschränkt werden und höchstens 2'500 Franken für Erwachsene, einschliesslich der jungen Erwachsenen, und 600 Franken für Kinder betragen. Ein Versicherer soll für jede Altersgruppe (Kinder, junge Erwachsene und die übrigen Erwachsenen) unterschiedliche Franchisen festlegen kön-

nen. Somit kann er für junge Erwachsene andere Franchisen anbieten als für Erwachsene und für Kinder. Dies kann deshalb Sinn machen, weil die Prämien der jungen Erwachsenen in der Regel zwischen den Prämien der übrigen Erwachsenen und der Kinder liegen und deshalb auch hinsichtlich der Prämienreduktion die Anreize anders gelagert sein können. Der Versicherer legt die Franchisen in Beträgen fest, die für Erwachsene und junge Erwachsene einem Vielfachen von hundert Franken und für Kinder einem Vielfachen von 25 Franken entsprechen. Dies soll den Versicherten und der Aufsichtsbehörde erleichtern, die für die einzelnen Franchisen erhobenen Prämien zu vergleichen. Zudem darf der Versicherer innerhalb eines Kantons keine Differenzierung vornehmen.

#### *Artikel 95 Absatz 1bis und 2*

Artikel 95 regelt die Prämienrabatte, die für die Versicherung mit wählbarer Franchise gewährt werden können. Wie heute sollen die Versicherer den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, auf Grund versicherungsmässiger Erfordernisse festlegen. Nach dem geltenden Recht ist der Rabatt, den die Versicherer für Versicherungen mit wählbaren Franchisen höchstens gewähren können, einerseits prozentual zu den Prämien der ordentlichen Versicherung (Abs. 2) und andererseits betragsmässig im Verhältnis zum übernommenen Risiko (Abs. 2bis) festgelegt. Neu wird in Absatz 2 an Stelle des prozentualen Maximalrabattes eine Prämie festgelegt, die nicht unterschritten werden darf.

Prof. Dr. Heinz Schmid, Versicherungsmathematiker, hat im Auftrag des EDI Vorschläge zur Kostenbeteiligung ausgearbeitet. Dazu standen ihm Daten der grossen Versicherer über die Erkrankten (Alter, Geschlecht, Wohnkanton) und deren Bruttobehandlungskosten im Jahr 2001 zur Verfügung. Diese Versicherer decken, gemessen an der Zahl ihrer Versicherten, etwa 80 Prozent der gesamtschweizerischen Versicherten ab. Gestützt auf diese Daten hat Prof. Schmid berechnet, welchen Anteil der Kosten die Versicherten bei höheren Franchisen zusätzlich übernommen hätten. Dabei ist er davon ausgegangen, dass der Selbstbehalt weiterhin 10 Prozent und der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes für Erwachsene weiterhin 700 Franken beträgt. Er untersuchte Franchisehöhen bis 2'000 Franken und kam zum Ergebnis, dass für folgende Franchisehöhen für Erwachsene folgende Kosteneinsparungen gegenüber der aktuellen Variante möglich wären (siehe Tabelle).

*Reduktionsfaktoren bei verschiedenen Franchisen gemäss Daten von Prof. Schmid*

Franchise	Reduktionsfaktor
300	0 %
500	5,0 %
1'000	15,4 %
1'500	23,8 %
2'000	30,8 %

Aufgrund dieser Berechnungen hat der Bundesrat die maximale Prämienreduktion auf den 1. Januar 2004 angepasst. Diese hat er etwas höher angesetzt als die von

Schmid berechneten Reduktionsfaktoren. Dies weil die Kosten, die die Versicherten den Versicherern im Hinblick auf ihre wählbare Franchise nicht gemeldet haben, in den erwähnten Daten nicht enthalten sind. Zudem können einzelne Versicherer bessere Risikostrukturen aufweisen. Im Übrigen berücksichtigen die von Schmid berechneten Prozentsätze allfällige Verhaltensänderungen der Versicherten und der Leistungserbringer bei höherer Franchise nicht.

Neu soll den Versicherern vorgeschrieben werden, dass die Prämie der Versicherung mit wählbaren Franchisen mindestens 50 Prozent der ordentlichen Prämie mit Unfaldeckung der Altersgruppe und der Prämienregion der versicherten Person betragen muss. Diese Mindestprämie soll auch für Versicherte mit sistierter Unfaldeckung und bei Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers gelten. Aufgrund der erwähnten Daten von Prof. Schmid könnte sich die Prämienreduktion bei einer Franchise von 2500 Franken um etwa 36 Prozent bewegen. Die festgelegte Mindestprämie könnte zum Beispiel bei jungen Erwachsenen, die bei einem Krankenversicherer mit besonders günstigen Prämien in einem Kanton mit ohnehin tiefen Prämien angeboten werden. Indem eine Mindestprämie festgelegt wird, wird auch berücksichtigt, dass die Versicherer zum Beispiel für die jungen Erwachsenen hohe Risikoausgleichsbeiträge entrichten.

Mit der neuen Regelung sollen die Versicherer auch die Möglichkeit erhalten, im gleichen Kanton unterschiedliche prozentuale Rabatte anzubieten. Dies rechtfertigt sich namentlich im Hinblick auf die zum Teil beträchtlichen Prämienunterschiede zwischen den Regionen und auch zwischen den jungen und den übrigen Erwachsenen. Demnach soll der letzte Satz von Absatz 1 bis aufgehoben werden.

Die Prämien für wählbare Franchisen werden weiterhin mit betragsmässigen Maximalrabatten eingeschränkt. Auf den 1. Januar 2004 hat der Bundesrat die betragsmässigen Maximalrabatte wie folgt festgelegt: die Prämienreduktion je Kalenderjahr darf nicht höher sein als 80 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen (Abs. 2 bis). Dieses Risiko entspricht für Erwachsene der Differenz zwischen der ordentlichen Franchise und der gewählten Franchise. Diese Regelung soll beibehalten werden. Absatz 2 bis bleibt somit unverändert. Bei einer wählbaren Franchise von 2'500 Franken beträgt das erhöhte Risiko verglichen mit einer Grundfranchise von 300 Franken 2'200 Franken. 80 Prozent davon ergibt eine maximale Prämienreduktion von 1'760 Franken im Jahr oder 146,60 Franken im Monat. Da für Kinder in der ordentlichen Versicherung keine Franchise erhoben wird (Art. 64 Abs. 4 KVG), entspricht das erwähnte Risiko der gewählten Franchise. Bei einer wählbaren Franchise von 600 Franken entspricht die maximale Prämienreduktion somit 480 Franken im Jahr oder 40 Franken im Monat. In der nachstehenden Tabelle sind für drei verschiedene Prämien die Minimalprämien mit und ohne Unfaldeckung aufgezeigt.

Beispiele von Prämien gemäss Artikel 95

Massgebende Prämie a)	Franchise b)	Maximalrabatt c)	Minimalprämie d)	Prämie inkl. Unfall		Prämie exkl. Unfall	
				Effektive Minimalprämie e)	Rabattsatz bez. Grundprämie f)	Effektive Minimalprämie g)	Rabattsatz bez. Grundprämie h)
200	500	160	100	187	6.7 %	167	7.4 %
	1'000	560	100	153	23.3 %	133	25.9 %
	1'500	960	100	120	40.0 %	100	44.4 %
	2'000	1'360	100	100	50.0 %	100	44.4 %
	2'500	1'760	100	100	50.0 %	100	44.4 %
250	500	160	125	237	5.3 %	212	5.9 %
	1'000	560	125	203	18.7 %	178	20.7 %
	1'500	960	125	170	32.0 %	145	35.6 %
	2'000	1'360	125	137	45.3 %	125	44.4 %
	2'500	1'760	125	125	50.0 %	125	44.4 %
300	500	160	150	287	4.4 %	257	4.9 %
	1'000	560	150	253	15.6 %	223	17.3 %
	1'500	960	150	220	26.7 %	190	29.6 %
	2'000	1'360	150	187	37.8 %	157	42.0 %
	2'500	1'760	150	153	48.9 %	150	44.4 %

- a) Als massgebende Prämie gilt die Prämie je Monat mit Unfalldeckung bei einer ordentlichen Franchise von 300 Franken
- b) Beispiele wählbarer Franchisen
- c) Maximalrabatt gemäss Art. 95 Abs. 2bis KVV, wonach die Prämienreduktion je Kalenderjahr nicht höher sein darf als 80 Prozent des von den Versicherten mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen zusätzlichen Risikos, sich an den Kosten zu beteiligen. Er entspricht für eine bestimmte Franchise einem bestimmten Betrag.
- d) Minimalprämie gemäss Art. 95 Abs. 2 (neu) KVV, wonach die Prämie für die Versicherung mit wählbaren Franchisen mindestens 50 Prozent der ordentlichen Prämie mit Unfalldeckung der Altersgruppe und Prämienregion des Versicherten betragen muss. Entspricht 50 Prozent der massgebenden Prämie gemäss Spalte a).
- e) Prämie, die aufgrund der Vorgaben von Art. 95 Abs. 2 und 2bis mindestens verlangt werden muss, wenn der Unfall auch gedeckt ist.

- f) Prämie gemäss Spalte e) im Verhältnis zur massgebenden Prämie gemäss Spalte a).
- g) Prämie, die aufgrund der Vorgaben von Art. 95 Abs. 2 und 2bis mindestens verlangt werden muss, wenn der Unfall nicht gedeckt ist. Dabei wird ein Unfallrabatt von 10 Prozent angenommen.
- h) Prämie gemäss Spalte g) im Verhältnis zur massgebenden Prämie gemäss Spalte a).

### *Übergangsbestimmungen*

Der Bundesrat nimmt an, dass die versicherten Personen, deren Versicherer nicht mehr dieselben wählbaren Franchisen anbietet, am ehesten in die nächsthöhere Franchise wechseln. Deshalb gilt für die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen ab dem 1. Januar 2005 die gleiche oder, wenn der Versicherer diese in ihrem Wohnkanton für ihre Altersgruppe nicht mehr anbietet, die nächsthöhere wählbare Franchise, sofern sie bis 31. Dezember 2004 keine andere Franchise gewählt haben. Damit wird sichergestellt, dass für jede versicherte Person klar ist, welche Franchise für sie gilt. Diese Regelung kann auch für Versicherte angewandt werden, die beim Jahreswechsel von der Kinder- in die Erwachsenen-kategorie wechseln.

Da die besondere Versicherungsform der wählbaren Franchisen wesentlich geändert wird, haben die Versicherer jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2004 schriftlich zu informieren, ob sie neue wählbare Franchisen anbieten und welche Prämienreduktionen sie dafür gewähren. Diese Bestimmung soll auf den 1. Oktober 2004 in Kraft treten.

## **4 Auswirkungen**

### **4.1 Finanzielle Auswirkungen**

#### **4.1.1 Auswirkungen auf den Bund**

Mit der Erhöhung des Selbstbehaltes auf 20 Prozent dürften im Rahmen der Bundesbeiträge an die Kantone für die Gewährung von Ergänzungsleistungen gemäss Artikel 1a Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 3d Absatz 1 Buchstabe f des Bundesgesetzes vom 19. März 1965 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.3) Mehrbelastungen von schätzungsweise 8 Mio Franken entstehen.

#### **4.1.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden**

Die Erhöhung des Selbstbehaltes belastet die Kantone bei der Übernahme der Kostenbeteiligung im Rahmen der Ergänzungsleistungen gemäss Artikel 3d Absatz 1 Buchstabe f ELG stärker als heute. Die Mehrbelastung des Kantonsanteils bei den Ergänzungsleistungen dürfte schätzungsweise 27 Mio Franken betragen.

Auf Grund von kantonalen Regelungen werden bei Sozialhilfeempfängern in der Regel auch Kostenbeteiligungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen. Demnach werden auch die Sozialhilfebudgets der Kantone und Gemeinden durch die Erhöhung des Selbstbehaltes vermehrt belastet. Der Bund verfügt jedoch über keine diesbezüglichen Daten.

## 4.2 Auswirkungen auf die Krankenversicherung

Auf Grund verwaltungsinterner Schätzungen wird das Prämienvolumen mit der Verdoppelung des Selbstbehalts um etwa 3 Prozent reduziert. Diese Schätzungen beruhen auf der Annahme, dass der maximale jährliche Selbstbehalt von 700 Franken sowie die Grundfranchise von 300 Franken für Erwachsene beibehalten werden und die Kinder weiterhin keine ordentliche Franchise bezahlen. Die obligatorische Krankenversicherung würde damit um rund 500 Millionen Franken entlastet (vgl. nachstehende Aufstellung).

### Auswirkungen der Erhöhung des Selbstbehalts von 10% auf 20%

Mehrkosten bei der Kostenbeteiligung zulasten der Versicherten	in Prozent der Gesamtkosten	absolut in Mio Franken
Erwachsene (maximaler Selbstbehalt 700 Franken)	2.9%	419
Kinder (maximaler Selbstbehalt 350 Franken)	6.8%	74
<b>Zusammen</b>		<b>493</b>

Die Erhöhung des Selbstbehalts von 10 auf 20 Prozent hat zur Folge, dass die erkrankten Versicherten im Rahmen der Kostenbeteiligung stärker belastet werden und die Versicherer und damit die Gesamtheit der Versicherten entsprechend entlastet werden. Diese Entlastung hängt von der gewählten Franchise ab. Die Kosten zulasten der Versicherer werden für die Versicherung mit der Grundfranchise von 300 Franken um 3.3 Prozent gemindert, für die Versicherung mit höheren Franchisen sinkt dieser Satz und beträgt für die Wahlfranchise von 1500 Franken noch 2.6 Prozent. Berücksichtigt man die Verteilung der Versicherten auf die verschiedenen Franchisestufen, ergibt sich eine Entlastung für die Versicherer von insgesamt 419 Millionen Franken oder 2.9 Prozent für die Erwachsenen. Dieselbe Überlegung führt bei den Kindern zu einer Entlastung von 74 Millionen Franken oder 6.8 Prozent. Die Erhöhung des Selbstbehaltes belastet die Kinder verhältnismässig stärker, insbesondere weil sie keine ordentliche Franchise bezahlen und nur etwa 11 Prozent der Kinder eine Franchise gewählt haben. Sie werden durch diese Erhöhung mehr als doppelt so stark wie die Erwachsenen belastet.

## 4.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft

Die Erhöhung des Selbstbehalts von 10 auf 20 Prozent ist einerseits ein Lenkungsinstrument, andererseits ein Finanzierungsinstrument. Mit einem hohen Selbstbehalt sollen die Versicherten veranlasst werden, medizinische Leistungen bewusst zu konsumieren, das heisst von der Inanspruchnahme überflüssiger Leistungen abzusehen. Zwar ist allgemein anerkannt, dass mit einem Anstieg der Selbstbehalte eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen verbunden ist. Als Begründung für diesen Effekt kommen jedoch neben einer bewussten Verhaltensänderung der Versicherten auch andere durch das Versicherungssystem bedingte Ursachen in Frage (S. Felder, A. Werblow, a.a.O., Seite 3). Greift das Instrument jedoch, führt

die Erhöhung des Selbstbehalts zu einem gesamtgesellschaftlichen Effizienzgewinn: Wegen des Verzichts auf überflüssige Leistungen können, bei gleichem Ergebnis für den Gesundheitszustand, finanzielle Ressourcen für einen anderen Zweck verwendet werden. Zur Begrenzung der sozialpolitisch unerwünschten Wirkungen soll die Belastungsobergrenze von 700 Franken beibehalten werden.

Mit der vorgeschlagenen Erhöhung wird das Kostenvolumen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung um etwa 3 Prozent vermindert. In etwa diesem Ausmass werden die künftigen Prämien vermindert, das heisst nur das über die geschätzten Kosten von 500 Millionen Franken hinausgehende Kostenwachstum wirkt im Jahr der Gesetzesänderung prämienerhöhend. Ob er sich um eine einmalige Verschiebung zu Lasten jener Versicherten, welche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Anspruch nehmen, handelt oder die Erhöhung des Selbstbehalts eine nachhaltige Verhaltensänderung bewirkt, wird erst im Nachhinein beurteilt werden können. Selbst wenn das Instrument die gewünschten Wirkungen entfaltet, dürften die Folgen der Verhaltensänderung nur nach und nach sichtbar werden; ein plötzlicher und starker Einfluss auf den privaten Konsum und dessen Wirkung auf den Arbeits- und den Gütermarkt ist nicht zu erwarten. Im übrigen entsprechen 500 Millionen Franken ungefähr einem Promille des Bruttoinlandprodukts beziehungsweise 2 Promille des Konsums der privaten Haushalte. Auch diese Relationen lassen darauf schliessen, dass die Auswirkungen der Gesetzesänderung auf die Volkswirtschaft marginal sein dürften.

## **5 Verhältnis zur Legislaturplanung**

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003-2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 ....).

## **6 Rechtliche Grundlagen**

### **6.1 Verfassungsmässigkeit**

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 Bundesverfassung.

### **6.2 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

Die zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung notwendigen Regelungskompetenzen (Erlass der Vollzugsbestimmungen) werden dem Bundesrat in Artikel 96 KVG delegiert. Im Rahmen dieser Vorlage ist der Bundesrat überdies befugt, im folgenden Bereich Bestimmungen zu erlassen:

Abweichungen vom Selbstbehalt von 20 Prozent nach oben und nach unten (Art. 64 Abs. 6).

# Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Kostenbeteiligung)

Änderung vom

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates vom<sup>1</sup>,  
beschliesst:*

I

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>2</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 64 Abs. 2 Bst. b und 6 Bst. b*

<sup>2</sup> Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

b. 20 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

<sup>6</sup> Der Bundesrat kann:

b. für bestimmte Leistungen die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben;

II

<sup>1</sup> Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.

<sup>2</sup> Es tritt bei unbenutztem Ablauf der Referendumsfrist am 1. Januar 2006 oder am 1. Januar des Jahres nach seiner Annahme in der Volksabstimmung in Kraft.

# Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) (Kostenbeteiligung)

Änderung vom ...

---

*Der Schweizerische Bundesrat  
verordnet:*

I

Die Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>1</sup> über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:

*Art. 93 Abs. 1 und Ibis (neu)*

<sup>1</sup> Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Artikel 103 Absatz 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen dürfen für Erwachsene und junge Erwachsene höchstens 2'500 Franken sowie für Kinder höchstens 600 Franken betragen. Ein Versicherer kann für Erwachsene, junge Erwachsene und Kinder unterschiedliche Franchisen anbieten. Diese gelten für den ganzen Kanton.

<sup>Ibis</sup> Die Versicherer legen die Franchisen nach Absatz 1 für Erwachsene und junge Erwachsene in Beträgen fest, die einem Vielfachen von hundert Franken entsprechen, und für Kinder, die einem Vielfachen von 25 Franken entsprechen.

*Art. 95 Abs. Ibis und 2*

<sup>Ibis</sup> Die Versicherer legen den Betrag, um den sie eine Prämie herabsetzen, auf Grund versicherungsmässiger Erfordernisse fest. Sie halten die in den Absätzen 2 und 2bis vorgeschriebenen maximalen Prämienreduktionen ein.

<sup>2</sup> Die Prämie der Versicherung mit wählbaren Franchisen beträgt mindestens 50 Prozent der Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung für die Altersgruppe und Prämienregion des Versicherten.

---

## II

### *Übergangsbestimmungen*

<sup>1</sup> Die Versicherer haben jede versicherte Person bis spätestens am 31. Oktober 2004 schriftlich über neue wählbare Franchisen und die dafür gewährten Prämienreduktionen zu informieren.

<sup>2</sup> Für die mit einer wählbaren Franchise versicherten Personen gilt ab dem 1. Januar 2005 die gleiche wählbare Franchise oder, falls diese von ihrem Versicherer in ihrem Kanton für ihre Altersgruppe nicht angeboten wird, die nächst höhere wählbare Franchise, die ihr Versicherer in ihrem Kanton für ihre Altersgruppe anbietet, sofern sie keine andere Franchise gewählt haben.

## III

<sup>1</sup> Diese Änderung tritt unter Vorbehalt von Absatz 2 am 1. Januar 2005 in Kraft.

<sup>2</sup> Absatz 1 der Übergangsbestimmungen tritt am 1. Oktober 2004 in Kraft.

... 2004

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Joseph Deiss

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz