

An den Landrat

Glarus, 3. Juli 2025

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Vernehmlassungsvorlage)

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Vorlage im Überblick

In den vergangenen Jahren hat die Bundesversammlung verschiedene Gesetzesänderungen beschlossen, die im kantonalen Recht umgesetzt werden müssen.

Im Vordergrund steht dabei die Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Dieser verpflichtet die Kantone, mehr Geld für die Prämienverbilligung einzusetzen, um einkommensschwache Haushalte zu entlasten. Laut den Berechnungen des Bundes muss der Kanton Glarus künftig mehr als 8 Millionen Franken zusätzlich an Prämienverbilligungen auszahlen. Dafür muss das Prämienverbilligungssystem grundlegend angepasst werden. Um die bestmögliche sozialpolitische Wirkung zu erzielen und finanzielle Berechenbarkeit zu gewährleisten, wird die Steuerung der Prämienverbilligung künftig über die vom Landrat mit dem Budget bereitgestellten Mittel erfolgen. Die Ermittlung der Anspruchsberechtigung wird zudem anstatt auf Antrag hin neu automatisch, «von Amtes wegen», berechnet. Versicherte mit tiefen und mittleren Einkommen gelangen damit ohne das Ausfüllen eines Gesuchs und gemäss ihrem rechtmässigen Anspruch zu ihrer Prämienverbilligung. Die Umsetzung des Gegenvorschlags wird dazu führen, dass künftig deutlich mehr Personen eine Prämienverbilligung erhalten als heute. Die durchschnittliche Prämienverbilligung für die einzelne Person wird jedoch tiefer ausfallen. Die Finanzierung der Mehrkosten ist derzeit noch offen. Sie ist in den kommenden Jahren mit Blick auf den gesamten Finanzhaushalt und die Umsetzung des Entlastungspakets 2025+ zu diskutieren.

Daneben wird im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) auch eine erste Anpassung im Hinblick auf die im Jahr 2028 anstehende Einführung der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen sowie bei der Regelung der Referenztarife vorgenommen.

Statt des Kantonsspitals Glarus (KSG), der Beratungs- und Therapiestelle Glarnerland (BTG) sowie der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) stellt die Psychiatrische Dienste Glarus AG (PDGL) seit 1. Juli 2025 die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Kanton Glarus sicher. Im Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) ist deshalb zu präzisieren, dass sich der Leistungsauftrag des KSG nur auf akutsomatische Behandlungen bezieht.

Zudem ist das Gesundheitsgesetz um die Möglichkeit eines interkantonalen Vollzugs des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall (NISSG) sowie des Bundesgesetzes über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten (Tabakproduktegesetz, TabPG) zu ergänzen. Darüber hinaus wird die Aufbewahrungsdauer von Patientendokumentationen aufgrund neuer Verjährungsbestimmungen im Obligationenrecht von 10 auf 20 Jahre erhöht.

1. Ausgangslage

Die Bundesversammlung hat in den letzten Jahren verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beschlossen, die im kantonalen Recht umgesetzt werden müssen:

- Der indirekte Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative schreibt vor, dass die Kantone künftig einen bestimmten Mindestbeitrag für die Prämienverbilligung ausrichten müssen. Zudem müssen sie festlegen, wie hoch der Anteil der Prämien am verfügbaren Einkommen der im Kanton wohnhaften Versicherten maximal sein darf. Das Prämienverbilligungssystem im Kanton Glarus muss deshalb umfassend umgebaut werden (Ziff. 2.1).
- Mit der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen werden ab dem Jahr 2028 schrittweise alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem gleichen Schlüssel finanziert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder im Pflegeheim erbracht werden. Dies bedingt eine Anpassung des heute gesetzlich festgelegten Finanzierungsschlüssels für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Ziff. 2.2).
- Im Rahmen des so genannten Kostendämpfungspakets 2 zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der OKP wurden auch die Bestimmungen über den Referenztarif angepasst. Der Bundesrat hat neu im Detail zu regeln, wie der Referenztarif und vergleichbare Behandlungen zu bestimmen sind. Die bestehende kantonale Regelung in Artikel 27 EG KVG ist deshalb aufzuheben (Ziff. 2.3).

Ergänzend sollen auch drei kleine Anpassungen im Gesundheitsgesetz vorgenommen werden:

- Das NISSG und das Tabakproduktegesetz übertragen den Kantonen verschiedene Vollzugsaufgaben. Da einige dieser Vollzugsaufgaben aufgrund der Grösse des Kantons Glarus sinnvollerweise gemeinsam mit anderen Kantonen wahrgenommen werden, bedarf es einer formell-gesetzliche Grundlage für den Abschluss von entsprechender Leistungsvereinbarungen mit anderen Kantonen oder Dritten (Ziff. 3.1).
- Mit der Gründung der PDGL hat das KSGL seinen Leistungsauftrag für die stationäre Psychiatrie an diese übertragen. Im Gesundheitsgesetz ist deshalb zu präzisieren, dass sich der Leistungsauftrag des KSGL künftig nur noch auf die akutsomatische Versorgung beschränkt (Ziff. 3.2).
- Inhaberinnen und Inhaber einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung müssen Patientendokumentationen heute während mindestens 10 Jahren aufbewahren. Diese Regelung soll an die neuen Verjährungsbestimmungen des Obligationenrechts angepasst und auf mindestens 20 Jahre erhöht werden (Ziff. 3.3).

2. Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

2.1. Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative

2.1.1. Ausgangslage¹

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss für die Krankenpflege versichert sein (Obligatorium). Die OKP bietet allen Versicherten Zugang zu denselben medizinischen Leistungen. Die Versicherungsprämien werden unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand einheitlich pro Person unter anderem nach Wohnregion und gewählttem Versicherungsmodell vom Krankenversicherer festgelegt.

Als sozialer Ausgleich zu dieser Einheitsprämie verbilligen die Kantone die Prämien von Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Für Familien mit unteren und mittleren Einkommen müssen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen.

Wer Anspruch auf Prämienverbilligung hat, ist kantonal geregelt. Die Kantone bestimmen im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben, wem die Prämien wie stark verbilligt werden. Sie legen den Kreis der Begünstigten, die Höhe der Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten näher fest.

Die Kantone bezahlen die Prämienverbilligung direkt an die Krankenversicherer der anspruchsberechtigten Personen. Die Krankenversicherer reduzieren die zu bezahlende Prämie der anspruchsberechtigten Person um diesen Betrag.

Die Prämienverbilligungen werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert. Der Bundesbeitrag beträgt fix 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Der Bundesbeitrag steigt entsprechend automatisch, wenn die Kosten der OKP und damit die Prämien steigen. Der Beitrag wird auf die Kantone anhand ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt. Die Kantone ergänzen diesen Bundesbeitrag durch eigene Mittel.

2.1.2. Prämienverbilligungssystem im Kanton Glarus

Im Kanton Glarus ist der Vollzug der Prämienverbilligung auf drei Normstufen geregelt:

1. Das EG KVG legt die grundlegenden und wichtigen Bestimmungen zur Prämienverbilligung wie die Anspruchsberechtigung, die Berechnungsmethode und die Eckpunkte des Verfahrens fest.
2. Der Landrat definiert in der Verordnung über die Prämienverbilligung (Prämienverbilligungsverordnung, PVV) einerseits die Selbstbehalte nach Einkommenskategorien und andererseits den Anteil des steuerbaren Vermögens und die weiteren Zu- und Abschläge, welche für die Berechnung des anrechenbaren Einkommens zum Total der Einkünfte hinzuzurechnen sind. Zudem legt er die Grenzbeträge für die Verbilligung von Prämien für Kinder und Jugendliche von Familien mit unterem und mittlerem Einkommen fest. Der Landrat bestimmt damit, welche Personen eine Prämienverbilligung erhalten und wie hoch diese ausfällt.
3. Schliesslich regelt der Regierungsrat in der Prämienverbilligungsvollzugsverordnung Detailfragen zur Zuständigkeit und zum Verfahren.

Tabelle 1 zeigt die wesentlichen Kennzahlen der Prämienverbilligung im Kanton Glarus zwischen 2020 und 2024.

¹ Vgl. Faktenblatt Prämienverbilligung des Bundesamts für Gesundheit vom 11. März 2024.

Tabelle 1. Kennzahlen der Prämienverbilligung 2020–2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Leistungsbezüger					
Anzahl IPV-Bezüger	9622	9398	9112	9395	9722
davon EL-Bezüger	1935	1899	1852	1889	1875
davon Sozialhilfebezüger ²	949	828	833	795	753
Finanzieller Aufwand					
Bruttoaufwand (in 1000 Fr.)	19'412	20'084	10'091	20'138	21'798
Prämienverbilligung pro Kopf (in Fr.)	2'018	2'138	2'100	2'158	2'249

Zu beachten ist, dass der Anspruch auf Prämienverbilligung im Kanton Glarus mit Ausnahme von Ergänzungsleistungs- und Sozialhilfebezüger nur auf Antrag ermittelt und ausgerichtet wird (Art. 17 Abs. 1 EG KVG). Das heisst, der Kanton informiert die Bevölkerung zwar umfassend über die Möglichkeit, eine Prämienverbilligung zu beantragen – auf der Website, über die Medien sowie durch Zustellung eines Antragsformulars an alle Haushalte –, es liegt jedoch in der Verantwortung der einzelnen Personen, einen entsprechenden Antrag auch einzureichen. Der Kanton Glarus ist damit einer von lediglich zwei Kantonen, welche den Anspruch weder automatisch («von Amtes wegen») prüfen und berechnen noch die potenziell Anspruchsberechtigten gezielt benachrichtigen.

Analysen zur Prämienverbilligung in den Jahren 2017–2019 haben dabei ergeben, dass rund 25 bis 30 Prozent der anspruchsberechtigten Personen keinen Antrag einreichen. Dies entspricht 3'200 bis 3'600 Personen. Die ausbezahlten Prämienverbilligungen fielen deshalb tiefer aus, als es bei einer automatischen Auszahlung der Fall gewesen wäre.

Berechnung der Prämienverbilligung im Kanton Glarus

Die Prämienverbilligung entspricht im Grundsatz der Differenz zwischen der Krankenkassenprämie und einem definierten Selbstbehalt vom Einkommen:

$$\text{Krankenkassenprämie} - (\text{Einkommen} \times \text{Selbstbehalt von } X \%) = \text{Prämienverbilligung}$$

Krankenkassenprämie

Für die Berechnung der Prämienverbilligung wird nicht die effektive Krankenkassenprämie der einzelnen Person, sondern die sogenannte Richtprämie verwendet. Diese entspricht für Erwachsene und junge Erwachsene (18–25 Jahre) aktuell 85 Prozent der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) jährlich festgelegten Durchschnittsprämie für die Berechnung der Ergänzungsleistungen. Für Kinder entspricht die Richtprämie 100 Prozent der Durchschnittsprämie.

Einkommen

Der Kanton Glarus verwendet als Einkommen das sogenannte anrechenbare Einkommen. Dieses basiert auf dem Total der Einkünfte gemäss der Steuerveranlagung und enthält neben einem Zuschlag von 10 Prozent des steuerbaren Vermögens weitere, vom Landrat definierte Zu- und Abschläge (vgl. Art. 2 und 3 PVV).

² Die ausgewiesene Anzahl Sozialhilfebezüger ist höher als die Anzahl Sozialhilfebezüger gemäss Sozialhilfestatistik, da gewisse Personen als einzige Unterstützungsleistung der Sozialhilfe eine Prämienverbilligung erhalten. Diese wird jedoch nicht als finanzielle Unterstützung im Sinne der Sozialhilfestatistik angesehen.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt definiert sich im Kanton Glarus schliesslich in Abhängigkeit von definierten Einkommenskategorien und bewegt sich zwischen 9 Prozent (bis zu einem anrechenbaren Einkommen von 40'000 Fr.) und 14 Prozent (ab einem anrechenbaren Einkommen über 80'000 Fr.) des anrechenbaren Einkommens (Art. 1 PVV).

2.1.3. Änderungsbedarf

Die Bundesversammlung verabschiedete am 29. September 2023 einen indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Nachdem die Initiative von der Stimmbevölkerung am 9. Juni 2024 abgelehnt wurde und gegen den Gegenvorschlag kein Referendum ergriffen wurde, wird der Bundesrat den Gegenvorschlag voraussichtlich auf den 1. Januar 2026 in Kraft setzen.

Der Gegenvorschlag verpflichtet die Kantone, mehr Geld für die Prämienverbilligung auszugeben, um einkommensschwache Haushalte zu entlasten. Die Kantone müssen ihre Beiträge an die Prämienverbilligung neu ebenfalls automatisch erhöhen, wenn die Kosten der OKP steigen. Konkret sieht der Gegenvorschlag vor, dass die Kantone neu einen Mindestanteil zwischen 3,5 und 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP für die Prämienverbilligung aufwenden müssen. Dieser Mindestanteil orientiert sich an der Prämienbelastung der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten im Kanton. Machen die Prämien weniger als 11 Prozent des Einkommens aus, beträgt der Mindestanteil 3,5 Prozent der Bruttokosten. Machen die Prämien 18,5 Prozent des Einkommens oder mehr aus, beträgt der Mindestanteil 7,5 Prozent der Bruttokosten. Zwischen diesen Eckwerten erhöht sich der Mindestanteil linear (Art. 65 Abs. 1quarter bis 1octies KVG). Der Mindestbeitrag wird vom Bundesamt für Gesundheit auf Basis des steuerbaren Einkommens für die direkte Bundessteuer und im Verhältnis zur mittleren Prämie im Kanton berechnet. Für die ersten zwei Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung gilt zudem noch eine Übergangsregelung, wonach der Kantonsbeitrag «nur» mindestens 3,5 Prozent der Bruttokosten betragen muss. Der Bund wird unverändert einen fixen Anteil von 7,5 Prozent der OKP-Kosten an die Prämienverbilligung leisten.

Tabelle 2 zeigt einerseits die in den Jahren 2023 und 2024 effektiv geleisteten Prämienverbilligungen im Kanton Glarus und andererseits für die Jahre 2025 und 2026 die Beiträge, welche der Kanton in diesen Jahren gemäss den neuen bundesrechtlichen Vorgaben theoretisch hätte ausrichten müssen (wenn diese bereits in Kraft gewesen wären). Bei den Zahlen für das Jahr 2026 handelt es sich noch um eine Schätzung, da noch nicht alle notwendigen Zahlen definitiv vorliegen.

Tabelle 2. Effektive (2023 und 2024) und theoretische (2025 und 2026) Beiträge für Prämienverbilligungen

	2023	2024	2025	2026
Bundesbeitrag	14'145'104	15'510'431	16'454'334	17'105'678
Kantonsbeitrag	5'992'874	6'287'536	13'089'517	14'328'764
Total Prämienverbilligungen	20'137'978	21'797'967	29'543'851	31'434'442

Mit 13,1 Millionen Franken im 2025 und 14,3 Millionen Franken im 2026 hätte der Kanton Glarus demnach rund 6,8 Millionen Franken bzw. rund 8,0 Millionen Franken mehr für die Prämienverbilligung aufwenden müssen als im Jahr 2024 (ohne Berücksichtigung der Übergangsbestimmung). Insgesamt steigen die Beiträge für die Prämienverbilligung damit zwischen 2024 und 2026 um über 44 Prozent, die Kantonsbeiträge gar um über 127 Prozent. Der Kanton Glarus muss aufgrund der neuen Bundesregelung künftig also massiv mehr Geld für die Prämienverbilligung aufwenden. Dies obwohl die Individuelle Prämienverbilligung

(IPV) die Prämienbelastung bereits heute wirksam senkt und die effektive Prämienbelastung im Kanton Glarus im Vergleich zu anderen Kantonen unterdurchschnittlich tief ist.³

Bei den erwähnten Mehrkosten ist jedoch zu berücksichtigen, dass im heutigen System, in dem die Prämienverbilligung nur auf Antrag ausgerichtet wird, schätzungsweise 25 bis 35 Prozent der potenziell anspruchsberechtigten IPV-Bezügerinnen und -Bezüger ihren Anspruch nicht geltend machen. Hätten sie dies getan, wären bereits im bisherigen System weitere Kosten angefallen (vgl. Tabelle 3, Variante 1). Neu genügt es aufgrund der bundesrechtlichen Vorgabe aber nicht, dass diese Mittel theoretisch zur Verfügung stehen, sondern sie müssen auch tatsächlich ausbezahlt werden.

Der Gegenvorschlag sieht ausserdem vor, dass jeder Kanton festlegen muss, wie hoch der Anteil der Prämie am verfügbaren Einkommen der im Kanton wohnhaften Versicherten maximal sein darf (Art. 65 Abs. 1ter KVG).

2.1.4. Umsetzung

2.1.4.1. Rahmenbedingungen

Mit der Umsetzung des Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative wird der Kanton Glarus künftig deutlich mehr Mittel für die Prämienverbilligung ausgeben müssen. Aufgrund der angespannten Finanzlage des Kantons stellt der gesetzlich vorgeschriebene Mindestbeitrag des Kantons dabei auf absehbare Zeit den maximal finanzierbaren Beitrag dar.

Das Prämienverbilligungssystem soll deshalb so angepasst werden, dass die ausgerichteten Prämienverbilligungen möglichst genau dem minimalen Kantonsbeitrag plus dem Bundesbeitrag entsprechen. Um dies zu erreichen, können die Richtprämien, die Definition des anrechenbaren Einkommens und/oder die Selbstbehalte am anrechenbaren Einkommen entsprechend angepasst werden.

Da das Bundesamt für Gesundheit die genauen Mindestbeiträge der Kantone jeweils erst im Oktober des Vorjahres bekannt gibt, bleiben für eine Anpassung dieser Berechnungsfaktoren auf das Folgejahr hin jeweils nur zwei bis drei Monate bis zum Jahresende. Dies erfordert ein flexibles und rasches Handeln der zuständigen Behörden. Die Festlegung der entsprechenden Faktoren kann deshalb nicht mehr vom Landrat vorgenommen werden, sondern muss durch den Regierungsrat erfolgen können.

Schliesslich stellt sich auch die Frage, ob die Ermittlung der Anspruchsberechtigung nicht mehr auf Antrag hin, sondern automatisch erfolgen soll (sogenannter Automatismus). In einem System mit Automatismus würde der Kanton den Anspruch auf Prämienverbilligung von Amtes wegen prüfen und festlegen, ohne dass die potenziell anspruchsberechtigten Personen einen Antrag einreichen müssen. Diese Systemfrage ist insbesondere relevant, da wie ausgeführt heute zwischen einem Viertel und einem Drittel der Anspruchsberechtigten keinen Antrag auf Prämienverbilligung einreichen. Da damit im Voraus unklar ist, wie viele Anspruchsberechtigte einen Antrag stellen, besteht im Antragssystem eine grosse Unsicherheit hinsichtlich der zu erwartenden finanziellen Auswirkungen. Dieser könnte deutlich über das bundesrechtlich Geforderte hinausgehen. Die Einführung eines Automatismus ermöglicht hingegen eine bestmögliche sozialpolitische Steuerbarkeit und finanzielle Berechenbarkeit.

2.1.4.2. Varianten

Um die möglichen Auswirkungen der erforderlichen Änderungen besser beurteilen zu können, hat der Regierungsrat verschiedene Umsetzungsvarianten geprüft. Die Varianten basieren auf dem Jahr 2024 bzw. den für dieses Jahr massgebenden Steuerdaten 2022. Die Varianten beruhen also auf Vergangenheitswerten und lassen deshalb auch nur bedingt eine

³ vgl. Ecoplan. Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2020

Aussage zur künftigen Festlegung der einzelnen Eckwerte zu, sie zeigen aber die Funktionsweise gut auf. In den Berechnungen konnten zudem die Quellensteuerpflichtigen sowie die höheren Richtprämien für Sozialhilfe- und Ergänzungsleistungsbezüger nicht berücksichtigt werden.

Vier mögliche Varianten und ihre Auswirkungen auf den Kantonsbeitrag, die Anzahl IPV-Bezüger, die durchschnittliche IPV und die Berechnungsfaktoren sind in Tabelle 3 dargestellt. Ebenfalls aufgeführt ist die Vorgabe des Bundes betreffend den kantonalen Mindestanteil, die effektiv ausbezahlten Prämienverbilligungen im Jahr 2024 und die Situation, wenn alle anspruchsberechtigten Personen ein Gesuch eingereicht hätten.

Wären die Vorgaben des Bundes bereits im Jahr 2024 gültig gewesen, hätte der Kanton Glarus inklusive Bundesanteil mindestens 26,8 Millionen Franken für Prämienverbilligungen ausgeben müssen. Das sind rund 5 Millionen Franken mehr, als der Kanton im Jahr 2024 tatsächlich ausgegeben hat. Hätten alle anspruchsberechtigten Personen im Jahr 2024 ein Gesuch eingereicht, hätte der Kanton mit 33,4 Millionen Franken aber bereits bisher deutlich mehr ausgegeben als vom Bundesrecht künftig gefordert wird.

Die vier Varianten basieren alle auf der Annahme, dass der Kanton künftig möglichst genau den bundesrechtlich geforderten Mindestbeitrag für Prämienverbilligungen aufwendet. Sie zeigen auf, wie der Selbstbehalt in Abhängigkeit des Systems zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung (Automatismus oder auf Antrag) und der Definition der Richtprämie (Orientierung an den vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen [heutiges System] oder mittlere Prämie⁴) festgelegt werden muss.

Bei einer Ermittlung der Anspruchsberechtigung wie bisher auf Antrag hin, wurde einerseits eine Variante berechnet, die von einem gleichbleibenden Anteil potenzieller IPV-Bezüger von 66 Prozent der anspruchsberechtigten Personen ausgeht. Da aber auch weitere Personen einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen könnten, wurde zusätzlich eine Maximalvariante berechnet, bei der alle Anspruchsberechtigten einen Antrag einreichen. Würde hingegen davon ausgegangen wird, dass die absolute Anzahl der Bezüger gleichbleibt, müsste der Selbstbehalt in diesen Varianten weiter gesenkt werden. Bei der Ermittlung der Anspruchsberechtigung auf Antrag besteht folglich eine sehr grosse Bandbreite der möglichen finanziellen Folgen.

Das anrechenbare Einkommen wurde in allen Varianten gegenüber der heutigen Definition grundsätzlich unverändert belassen. Einzig der Abzug von 5'000 Franken für jedes minderjährige Kind und jeden jungen Erwachsenen in Ausbildung wurde nicht berücksichtigt. Für den Selbstbehalt wurde ein einheitlicher Selbstbehalt unabhängig von den bisherigen Einkommenskategorien verwendet (s. dazu die Erläuterungen unter Ziff. 2.1.4.3).

⁴ Die mittlere Prämie entspricht dem Durchschnitt aller tatsächlich gezahlten Prämien, geteilt durch die Anzahl der Versicherten. Die mittlere Prämie berücksichtigt damit die gewählte Franchise, die Wahl eines Modells mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und auch den Ein- oder Ausschluss der Unfalldeckung. Die bisherige Richtprämie, die sich an vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen orientiert, bezieht sich hingegen auf die durchschnittlichen Prämien mit 300 Franken Franchise, mit Unfalldeckung und ohne Einschränkung der Leistungserbringer. Über 80 Prozent der Versicherten wählen heute eine höhere Franchise, ein Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder eine Kombination der beiden.

Tabelle 3. Umsetzungsvarianten

Variante	Vorgabe Bund	2024		1	2	3		4	
		effektiv	max.			bisher	max.	bisher	max.
Berechnungsfaktoren									
Automatismus	keine Vorgabe	Nein		Ja		Nein			
Richtprämie ⁵	keine Vorgabe	bisher		bisher	mP	bisher		mP	
Selbstbehalt	keine Vorgabe	9–14 %		13,20 %	11,01 %	8,93 %		7,61 %	
IPV-Beiträge (in 1'000 Fr.)									
Bund	15'510								
Kanton	11'281	6'288	17'909	11'293	11'298	11'281	25'048	11'285	25'055
Total	26'791	21'798	33'419	26'803	26'808	26'791	40'558	26'795	40'565
IPV-Bezüger und durchschnittliche Prämienverbilligung									
Bezüger	keine Vorgabe	9722	14'718	12'546	14'517	14'484	21'928	15'802	23'922
IPV pro Kopf (in Fr.)	keine Vorgabe	2'242	2'271	2'136	1'847	1'850	1'850	1'696	1'696

⁵ Richtprämie: bisher = Orientierung an den vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen / mP = mittlere Prämie

Tabelle 3 erlaubt folgende Erkenntnisse:

- Der Selbstbehalt müsste sich je nach Richtprämie und Ermittlung der Anspruchsberechtigung zwischen rund 7,6 und 13,2 Prozent bewegen. Das heisst, dass bei einem Selbstbehalt von 7,6 Prozent und der mittleren Prämie als Richtprämie eine einzelne erwachsene Person eine Prämienverbilligung bis zu einem anrechenbaren Einkommen von knapp 59'000 Franken erhalten würde, ein Paar bis zu einem anrechenbaren Einkommen von 118'000 Franken. Bei einem Selbstbehalt von 13,2 Prozent läge die IPV-Grenze hingegen wesentlich tiefer, nämlich bei 34'000 bzw. 68'000 Franken.
- Gegenüber der heutigen Lösung steigt in allen Varianten die Anzahl der IPV-Bezüger, während die durchschnittliche IPV sinkt.
- Bei den Varianten mit der bisherigen Richtprämie (1, 3) fällt die durchschnittliche Prämienverbilligung höher aus als bei den Varianten mit der mittleren Prämie (2, 4). Dafür erhalten bei den Varianten mit der mittleren Prämie insgesamt mehr Menschen eine Prämienverbilligung.
- Bei den Varianten mit einer Ermittlung der Anspruchsberechtigung auf Antrag hin besteht eine grosse Unsicherheit bezüglich der finanziellen Auswirkungen. Würden sämtliche anspruchsberechtigten Personen einen Antrag einreichen, müsste der Kanton 13,8 Millionen Franken mehr ausgeben als bundesrechtlich gefordert. Insgesamt würden bis zu 24'000 Personen und damit über 55 Prozent der Bevölkerung einen Anspruch auf Prämienverbilligung haben.

2.1.4.3. Schlussfolgerungen des Regierungsrates

Angesichts der Erkenntnisse aus den geprüften Varianten ist für den Regierungsrat die Einführung eines Systems mit Automatismus zwingend notwendig. Nur so kann sichergestellt werden, dass die ausbezahlten Prämienverbilligungen möglichst nah an der bundesrechtlichen Minimalvorgabe liegen. Bei einer Beibehaltung der Anspruchsermittlung auf Antrag hin, könnten hingegen zusätzliche Mehrkosten im zweistelligen Millionenbereich anfallen, welche der Kanton schlicht nicht finanzieren kann. Zudem müsste der Selbstbehalt so tief gesenkt werden, dass auch Paare mit einem anrechenbaren Einkommen von fast 120'000 Franken eine Prämienverbilligung erhalten würden. Dies entspricht einem Bruttolohn von über 140'000 Franken.

Ergänzend bevorzugt der Regierungsrat die Festlegung der mittleren Prämie als Richtprämie. Dies führt zwar zu einer niedrigeren durchschnittlichen Prämienverbilligung, insgesamt profitieren jedoch mehr Menschen davon. Wichtig ist zudem, dass es auch bei der Verwendung der mittleren Prämien mehrere Krankenversicherer gibt, die eine Grundversicherung mit einer Franchise von 300 Franken und ohne Einschränkung der Leistungserbringer zu einer Prämie unterhalb der mittleren Prämie anbieten. Bei entsprechender wirtschaftlicher Situation und der Wahl eines entsprechenden Grundversicherers wird die Prämienverbilligung daher weiterhin die gesamte Prämie decken können.

Künftig soll ein einheitlicher Selbstbehalt unabhängig vom anrechenbaren Einkommen angewendet werden. Dies vereinfacht nicht nur die Berechnung, sondern beseitigt auch die Schwelleneffekte zwischen den einzelnen Einkommenskategorien. Von dieser Änderung profitieren insbesondere Paarhaushalte, während Alleinstehende im Vergleich etwas weniger Prämienverbilligung erhalten. Damit wird die heute vorhandene «Heiratsstrafe» in der Prämienverbilligung abgeschafft, d. h. der Umstand, dass sich der Selbstbehalt aufgrund der Addition der anrechenbaren Einkommen erhöht und die Prämienverbilligung entsprechend reduziert.

Durch die Einführung eines einheitlichen Selbsthalts ist bei der Berechnung des anrechenbaren Einkommens hingegen der bisherige Abzug von 5'000 Franken für jedes minderjährige Kind und jeden jungen Erwachsenen in Ausbildung zu streichen. Dieser hat bisher dazu geführt, dass Familien von einem niedrigeren Selbstbehalt profitiert haben. Im neuen System

ist dies nicht mehr notwendig. Zudem werden für Familien mit einem anrechenbaren Einkommen bis 85'000 Franken die Prämien der Kinder ohnehin um 80 Prozent und der jungen Erwachsenen in Ausbildung um 50 Prozent verbilligt. Die Berechnung des anrechenbaren Einkommens bleibt im Übrigen gegenüber heute unverändert.

Tabelle 4 zeigt beispielhaft, wie hoch die Prämienverbilligung und die verbleibende Prämienbelastung für verschiedene Modellhaushalte im Jahr 2024 mit den neuen Berechnungsfaktoren ausgefallen wäre. Dabei entsprechen die Modellhaushalte den vom Bundesamt für Gesundheit im Monitoring zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung verwendeten Modellhaushalten. Sie stellen Haushalte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen ohne Anspruch auf Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe dar. Bei der IPV ist aufgezeigt, welcher Anteil sich aus der Differenz zwischen Richtprämie und Selbstbehalt ergibt und welcher Anteil zusätzlich verbilligt wird, damit die Prämien für Kinder insgesamt um 80 Prozent und der jungen Erwachsenen in Ausbildung insgesamt um 50 Prozentverbilligt werden.

Tabelle 4. Individuelle Prämienverbilligung und -belastung nach Modellhaushalten

	1	2	3	4	5	6	7
	Alleinstehende Rentnerin	Paar mit zwei Kindern (3.5 und 5 J.)	Einelternfamilie mit zwei Kindern (3.5 und 5 J.)	Paar mit vier Kindern (3.5, 5, 8, 10 J.)	Paar mit einem Kind (16 J.) und einer jungen Erwachsenen (20 J.)	Alleinstehende junge, erwerbstätige Person (24 J.)	Paar ohne Kinder
Anrechenbares Einkommen	45'000	70'000	60'000	85'000	70'000	38'000	60'000
Richtprämie	4'483	11'138	6'655	13'310	13'080	4'483	8'966
Selbstbehalt	11,01%	11,01%	11,01%	11,01%	11,01%	11,01%	11,01%
Total IPV	0	4'499	1'771	6'137	6'066	299	2'360
- ordentlich	0	3'431	49	3'952	5'373	299	2'360
- Erhöhung Kinder und Jugendliche	0	1'068	1'722	2'185	693	0	0
Verbleibende Prämienbelastung	4'483	6'639	4'884	7'173	7'014	4'184	6'606

2.1.4.4. Funktionsweise des neuen Prämienverbilligungssystems

Das Prämienverbilligungssystem soll deshalb künftig wie folgt funktionieren:

1. Der Landrat legt mit dem Budget den Bruttobeitrag für die Prämienverbilligungen (Bundes- und Kantonsbeitrag) fest. Dabei muss er den bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanteil des Kantons berücksichtigen.
2. Anschliessend bestimmt der Regierungsrat die Höhe des Selbstbehalts auf das anrechenbare Einkommen. Dabei ist es das Ziel, dass die Differenz zwischen der Richtprämie und dem Selbstbehalt möglichst dem auszubezahlenden Gesamtbetrag für Prämienverbilligungen entspricht.
3. Die Verwaltung berechnet gestützt auf diese Berechnungsfaktoren den Anspruch auf Prämienverbilligung von Amtes wegen und informiert die Begünstigten ohne dass diese einen Antrag einreichen müssen.

Die politische Steuerung erfolgt damit weiterhin durch den Landrat, allerdings nicht mehr durch die Festlegung der einzelnen Berechnungsfaktoren, sondern durch die Bereitstellung der entsprechenden finanziellen Mittel im Budget. Der Regierungsrat passt den Selbstbehalt

dann entsprechend an. Möchte der Landrat beispielsweise den Selbstbehalt reduzieren, kann er dies indirekt beeinflussen, indem er mehr finanzielle Mittel für die Prämienverbilligungen bereitstellt.

Zum Schutz der Versicherten wird im EG KVG zudem ein maximaler Selbstbehalt festgelegt. Damit erfüllt der Kanton auch die Vorgabe von Artikel 65 Absatz 1ter KVG, wonach jeder Kanton festlegen muss, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten höchstens ausmachen darf.

2.1.5. *Finanzielle Auswirkungen*

Gemäss den Erläuterungen unter Ziffer 2.1.3 müsste der Kanton Glarus im Jahr 2025 bzw. 2026 rund 6,8 Millionen Franken bzw. rund 8,0 Millionen Franken mehr für die Prämienverbilligung aufwenden als im Jahr 2024 (ohne Berücksichtigung der Übergangsbestimmung). Im Jahr 2026 müsste der Kanton Glarus damit theoretisch mindestens 31,4 Millionen Franken für die Prämienverbilligungen (inkl. Bundesanteil) ausgeben. Solange die Prämien künftig weiter stärker steigen als die Einkommen, wird sich dieser Betrag in den nächsten Jahren noch weiter erhöhen.

Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass sich die Prämienverbilligungsbeiträge im Voraus auch mit dem vorgeschlagenen Systemwechsel nie ganz genau bestimmen lassen. Einerseits sind die massgebenden anrechenbaren Einkommen zum Zeitpunkt der Festlegung des Selbsthalts nicht vollständig bekannt. Andererseits wird es im Anspruchsjahr durch Zu- und Wegzüge sowie Geburten und Todesfälle Veränderungen bei den anspruchsberechtigten Personen geben.

Wie diese Mehrkosten zu finanzieren sind, wird in den nächsten Jahren mit Blick auf den gesamten Finanzhaushalt und die Umsetzung des Entlastungspakets 2025+ zu diskutieren sein. Wie der Regierungsrat bereits im Jahr 2021 in Zusammenhang mit dem damaligen Memorialsantrag «10 Prozent des verfügbaren Einkommens für Krankenkassenprämien sind genug» ausgeführt hat, muss der Mehraufwand letztlich entweder über Steuererhöhungen oder Sparmassnahmen finanziert werden (Memorial für die Landsgemeinde 2021, § 10, S. 19).

2.2. *Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen*

2.2.1. *Ausgangslage*

In der Schweiz werden Leistungen der OKP heute je nach Behandlungsart unterschiedlich finanziert:

- Bei ambulanten Behandlungen – in der Arztpraxis, bei einer Therapeutin oder im Spital ohne Übernachtung – läuft die Finanzierung vollständig über die Krankenversicherer. Der Kanton beteiligt sich nicht.
- Bei stationären Behandlungen – im Spital mit Übernachtung – beteiligt sich der Wohnkanton der Patientin oder des Patienten mit mindestens 55 Prozent an den Kosten. Dies wird aus Steuergeldern finanziert. Den Rest übernimmt der Krankenversicherer.
- Bei Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim übernehmen die Patientinnen und Patienten und der Krankenversicherer einen fixen Beitrag. Den Rest bezahlt der Wohnkanton; heute ist das etwas weniger als die Hälfte.

Die Patientinnen und Patienten beteiligen sich bei allen Behandlungsarten über Selbstbehalt und Franchise an den Kosten.

2.2.2. *Änderungsbedarf*

Am 24. November 2024 hat die Stimmbevölkerung die Änderung des KVG betreffend die einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen (auch Einheitliche Finanzierung ambu-

lant-stationär, EFAS, genannt) mit 53,31 Prozent angenommen. Mit der Reform werden künftig alle Leistungen der OKP nach dem gleichen Schlüssel finanziert werden, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder im Pflegeheim erbracht werden. Die Kantone zahlen ihren Anteil dabei nicht mehr direkt an die Leistungserbringer, sondern an die Krankenversicherer.

Die Vorlage wird dabei schrittweise in Kraft treten: Ab 1. Januar 2028 werden alle ambulanten und stationären Leistungen im gleichen Verhältnis von Versicherern und Kantonen finanziert. Ab 1. Januar 2032 werden auch die Pflegeleistungen nach dem neuen Verteilschlüssel finanziert. Die Versicherer übernehmen ab 2032 maximal 73,1 Prozent der Kosten, die Kantone mindestens 26,9 Prozent.

Das EG KVG regelt die Spital- und Pflegefinanzierung in den Artikeln 22–28. Der Änderungs- bzw. zusätzliche Regelungsbedarf im EG KVG aufgrund der Änderung des KVG betreffend die einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen kann zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abschliessend beurteilt werden. Die dafür notwendigen Vorbereitungs- und Umsetzungsarbeiten auf Bundesebene haben eben erst begonnen und werden noch einige Zeit dauern. So müssen noch verschiedene Grundlagen (z. B. Kostenrechnung Pflege, Betriebsvergleiche zwischen Pflegeheimen, Tarifstrukturorganisation Pflege, Tarifstruktur und -findung Pflege, freie Pflegeheimwahl, usw.) erarbeitet und Prozesse (z. B. Berechnung Kantonsbeitrag, Rechnungskontrolle, Wohnsitzkontrolle, Zugang zu stationären Rechnungen, Widerspruchsrecht der Kantone bei stationären Leistungen, Kostengutsprache bei stationären Leistungen, Datenzugang usw.) geklärt werden, bevor die kantonale Umsetzung in Angriff genommen werden kann.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass die gesetzlichen Regelungen zur Spitalplanung und -finanzierung (Art. 25–28) kaum betroffen sein werden. Diese sind grundsätzlich allgemein gehalten, zudem obliegt die Festlegung des Vergütungsanteils bereits heute dem Regierungsrat (Art. 4 Abs. 1 EG KVG). Hingegen werden die Regelungen zur Pflegefinanzierung (Art. 22–24a) einer umfassenden Revision bedürfen. Da die Pflegeleistungen aber erst ab dem 1. Januar 2032 nach dem neuen Schlüssel finanziert werden, bleibt dafür noch genügend Zeit.

Bereits an der Landsgemeinde 2026 ist hingegen die spezifische Regelung des Kantonsanteils an die Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anzupassen (Art. 24 Abs. 1 EG KVG). Im Gegensatz zum Kantonsanteil an die stationären Behandlungen ist der Kantonsanteil an die Leistungen der Akut- und Übergangspflege nämlich im Gesetz auf 55 Prozent festgelegt. Mit der Umsetzung der ersten Etappe der einheitlichen Finanzierung ab 2028 würde der Kanton somit einen deutlich höheren Kostenanteil übernehmen, als er nach der neuen Regelung müsste (55 % statt 26 % im 2028).

2.2.3. Umsetzung

Artikel 24 Absatz 1 EG KVG ist ersatzlos aufzuheben. Wie bei den ambulanten und stationären Behandlungen, soll es künftig grundsätzlich dem Regierungsrat gestützt auf Artikel 4 Absatz 1 EG KVG obliegen, den Kantonsanteil an die Leistungen der Akut- und Übergangspflege im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben festzulegen.

2.2.4. Finanzielle Auswirkungen

Leistungen der Akut- und Übergangspflege wurden im Kanton Glarus bisher nur ambulant und in sehr geringem Umfang erbracht. Während im Jahr 2024 keine entsprechenden Leistungen abgerechnet wurden, lag der Kantonsanteil in den Vorjahren zwischen 1'000 und 2'000 Franken. Aufgrund dieser Erfahrungswerte ergibt sich für den Kanton ein Einsparpo-

tenzial von rund 500 bis 1'000 Franken. Werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Zukunft jedoch wie geplant vermehrt angeboten, ergibt sich auch ein grösseres Entlastungspotenzial.

2.3. Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen

2.3.1. Ausgangslage

Seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung können die Versicherten für stationäre Behandlungen unter den auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführten Spitälern (Listenspitäler) frei wählen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der im Wohnkanton für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Dieser Tarif wird Referenztarif genannt. Ist dieser tiefer als der Tarif des behandelnden Spitals, muss die Patientin oder der Patient die Differenz selber tragen oder über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen. In Notfällen und wenn eine medizinische Leistung nicht in einem Spital erbracht werden kann, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, übernehmen der Versicherer und der Kanton ausnahmsweise die anteilmässige Vergütung nach dem Tarif des behandelnden Spitals.

Das KVG regelt jedoch nicht, wie dieser Referenztarif zu bestimmen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen. Im Kanton Glarus gilt deshalb gemäss Artikel 27 EG KVG die Regelung, dass jeweils der günstigste Tarif für die entsprechende Behandlung in einem Listenspital auf der Spitalliste des Kantons als Referenztarif gilt. Die jeweiligen Referenztarife werden vom zuständigen Departement auf der Website des Kantons publiziert.

2.3.2. Änderungsbedarf

Einzelne Kantone haben bisher zum Teil unrealistisch tiefe Referenztarife festgelegt, was die freie Spitalwahl der Versicherten und den vom Bund angestrebten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigt.

Die Bundesversammlung hat deshalb eine gesetzliche Präzisierung vorgenommen, um bei der Festlegung der Referenztarife Klarheit zu schaffen, den Wettbewerb unter den Spitälern weiter zu fördern und die Kostenentwicklung insgesamt zu dämpfen.

Das KVG hält neu explizit fest, dass die Kantonsregierungen für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen Referenztarife festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals.

Neu muss der Bundesrat zudem auf der Verordnungsstufe die Einzelheiten regeln. Dazu gehört, was unter vergleichbaren Behandlungen zu verstehen ist und welche der verschiedenen Tarife für vergleichbare Leistungen in Frage kommen. Gemäss der Botschaft des Bundesrates kommen verschiedene Kriterien in Frage, wann eine Behandlung als vergleichbar betrachtet werden kann. Insbesondere spielen die Art der Leistung und der Leistungsbereich eine Rolle, allenfalls auch die Art des Leistungserbringers, beispielsweise der «Spitaltyp». Weiter wird zu regeln sein, wie der für den Referenztarif massgebende Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons ermittelt wird. Bei der Festsetzung der Regelungen werden auch die Einfachheit, die Transparenz und die administrative Praktikabilität der Herleitung des Referenztarifs eine Rolle spielen.

2.3.3. *Umsetzung*

Mit der neuen bundesrechtlichen Regelung wird neu der Bundesrat im Detail regeln, wie der Referenztarif für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen herzuleiten ist. Damit besteht kein Raum mehr für kantonale Regelungen und Artikel 27 EG KVG ist aufzuheben.

2.3.4. *Finanzielle Auswirkungen*

Sollte der Bundesrat vorsehen, dass in Zukunft nicht mehr der günstigste Tarif für die entsprechende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons als Referenztarif gilt, sondern ein höherer Wert, werden zumindest kurz- und mittelfristig Mehrkosten für den Kanton entstehen. Da jedoch nicht bekannt ist, wie der Bundesrat die Berechnung vornehmen will, können diese nicht genau beziffert werden. Mittel- bis langfristig könnte sich die neue Regelung in einer dynamischen Betrachtung aufgrund des verstärkten Wettbewerbs aber durchaus leicht kostendämpfend auswirken.

3. **Änderung des Gesundheitsgesetzes**

3.1. **Gemeinsamer Vollzug von Bundesrecht mit anderen Kantonen**

3.1.1. *Ausgangslage*

Das NISSG und das Tabakproduktegesetz auferlegen den Kantonen seit dem 1. Juli 2019 bzw. 1. Oktober 2024 neue Vollzugsaufgaben zum Schutz vor gesundheitsgefährdender nichtionisierender Strahlung (NIS) und gesundheitsgefährdendem Schall bzw. zum Schutz vor den schädlichen Auswirkungen des Tabak- und Nikotinkonsums.

Das NISSG regelt die Verwendung von Produkten, die gesundheitsgefährdende nichtionisierende Strahlung (NIS)- oder Schall-Belastungen erzeugen, wie auch gesundheitsgefährdende Situationen, die auf solche Produkte zurückzuführen sind. So müssen beispielsweise Betreiber von Solarien sicherstellen, dass Minderjährige keinen Zutritt haben. Auch bei kosmetischen Laserbehandlungen und bei der Verwendung von Laserpointern wird der Gesundheitsschutz verbessert.

Das Tabakproduktegesetz enthält Verkaufs- und Werbevorschriften wie auch Meldepflichten für Tabakprodukte und elektronische Zigaretten. Neu dürfen Tabakprodukte schweizweit nur noch an Personen verkauft werden, die über 18 Jahre alt sind. Die Kantone können im Bereich Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring strengere Regeln erlassen als sie das Bundesgesetz vorsieht. Die Umsetzung der Volksinitiative «Kinder und Jugendliche ohne Tabakwerbung» ist hingegen noch nicht Bestandteil dieses Gesetzes und wird erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten.

Für den Vollzug der beiden Bundesgesetze sind weitgehend die Kantone zuständig. Im Bereich des NISSG verteilt sich der Vollzug dabei auf zwei Departemente und die Gemeinden:

- Das Departement Finanzen und Gesundheit (Hauptabteilung Gesundheit) ist für den Vollzug der Bestimmungen zur Verwendung von Solarien und zur Verwendung von Produkten für kosmetische Zwecke zuständig.
- Das Departement Sicherheit und Justiz (Kantonspolizei) stellt die Einhaltung der Regelungen für Laserpointer sicher.
- Die Gemeinden sind zuständig für den Vollzug der Vorschriften über Veranstaltungen mit Schall zuständig (Art. 7 USV).

Der Vollzug der Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des Departements Finanzen und Gesundheit erfolgt einerseits durch die Kantonsapothekerin (Produkte für kosmetische Zwecke) und andererseits durch eine entsprechende Fachperson des Gesundheitsamtes des Kantons Graubünden (Solarien).

Der Vollzug des Tabakproduktegesetzes im Kanton Glarus soll zu einem grossen Teil durch das Amt für Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit Graubünden stattfinden, welches bereits bisher gestützt auf die Lebensmittelgesetzgebung auch für die Marktüberwachung der Tabakprodukte zuständig war und den Vollzug des Tabakproduktegesetzes auch im Kanton Graubünden wahrnimmt. Die Überprüfung des Abgabeverbots mittels Testkäufen soll ebenfalls durch das Amt für Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit Graubünden sowie voraussichtlich Drittorganisationen wie dem Blauen Kreuz erfolgen.

3.1.2. Änderungsbedarf

Gemäss Artikel 103 Absatz 4 der Kantonsverfassung (KV) können Verwaltungsaufgaben durch Gesetz auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts übertragen werden. Der Rechtsschutz und die Aufsicht des Kantons müssen dabei sichergestellt sein. Die Landsgemeinde kann diese Befugnisse im Rahmen von Artikel 69 Absatz 3 KV dem Landrat oder dem Regierungsrat übertragen.

Für die Delegation des Vollzugs des Tabakproduktegesetzes an das Amt für Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit Graubünden bzw. den Vollzug des NISSG an die ausserkantonale Kantonsapothekerin und an das Gesundheitsamt Graubünden fehlt bisher eine entsprechende gesetzliche Grundlage, wie sie beispielsweise für die Bereiche Lebensmittel und Chemikalien (Art. 14 GesG), Badewasser (Art. 15 GesG) oder Veterinärwesen (Art. 7a EG zum TSchG und TSG) besteht.

Im Rahmen der Änderung des Gesundheitsgesetzes soll deshalb eine entsprechende Grundlage auch für den Vollzug des Tabakproduktegesetzes und des NISSG eingeführt werden.

3.1.3. Umsetzung

Im Gesundheitsgesetz sollen zwei neue Artikel 14a und 14b eingefügt werden, die den Regierungsrat ermächtigt, den Vollzug des Tabakproduktegesetzes bzw. den Vollzug des NISSG zu regeln und Vereinbarungen mit anderen Kantonen abzuschliessen oder den Vollzug auf ausserkantonale Organe zu übertragen. Der Wortlaut des neuen Artikels entspricht dabei den bestehenden Regelungen für Lebensmittel und Chemikalien (Art. 14) und Badewasser (Art. 15).

Zudem ist Artikel 19 des Gesetzes über die Handels- und Gewerbetätigkeiten, der den Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren verbietet, aufgrund von Artikel 23 TabPG obsolet und kann aufgehoben werden.

3.1.4. Finanzielle Auswirkungen

Die Kosten des Vollzugs sind grundsätzlich durch die Kantone zu tragen, wobei sie für die Durchführung von Kontrollen und Massnahmen auch Gebühren erheben können. Insgesamt sind daher nur geringfügige Mehrkosten unter 10'000 Franken pro Jahr zu erwarten.

3.2. Stationäre psychiatrische Grundversorgung

3.2.1. Ausgangslage

Das KSGL gewährleistet die Grundversorgung und den Betrieb einer Notfallstation im Kanton. Zur Grundversorgung zählen dabei ärztliche Behandlungen, welche von den Einwohnern des Kantons in bedeutendem Umfang benötigt werden und die einer Spitalinfrastruktur bedürfen (Art. 16 Abs. 2 GesG).

Gemäss den Erläuterungen im Memorial für die Landsgemeinde 2009 (S. 99) zählen zur breiten (erweiterten) Grundversorgung des KSGL für die Bevölkerung «die medizinischen

Leistungsbereiche der inneren Medizin und der Chirurgie mit ihren Subspezialitäten, die psychiatrischen und sozialmedizinischen Leistungen sowie Leistungen der Hals-Nasen-Ohren- und der Augenheilkunde». Neben akutsomatischen Leistungen zählen somit auch psychiatrische Leistungen zur Grundversorgung des KSGl. Entsprechend ist dies auch in Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe e der Spitalverordnung festgehalten.

3.2.2. *Änderungsbedarf*

Mit der Gründung der PDGL durch die BTG, die PDGR und das KSGl, hat die PDGL per 1. Juli 2025 auch den Leistungsauftrag des KSGl für die ambulante und stationäre Psychiatrie übernommen.

Um den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden, wurde die Übertragung in der Leistungsvereinbarung des Kantons mit dem KSGl als Zusammenarbeit mit Dritten ausgestaltet, wie sie in Artikel 16 Absatz 6 GesG und Artikel 11 SpitalV vorgesehen ist. Formell blieb damit die Verantwortung für die Erfüllung der staatlichen Aufgabe, also für die Grundversorgung im Bereich der Psychiatrie, beim KSGl. Dieses erbringt die Leistungen jedoch in Zusammenarbeit mit der PDGL bzw. durch diese.

Um eine klare gesetzliche Regelung zu schaffen, soll nun jedoch präzisiert werden, dass das KSGl nur die akutsomatische Grundversorgung sicherstellen muss. Dazu zählen Spitalleistungen in den Bereichen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Nicht dazu zählen Leistungen in den Bereichen Langzeitpflege, Psychiatrie und Rehabilitation sowie Spezialbehandlungen. Das KSGl wird damit formell von der Verantwortung für die Sicherstellung einer stationären psychiatrischen Grundversorgung entbunden.

3.2.3. *Umsetzung*

In Artikel 16 Absatz 2 GesG soll klargestellt werden, dass zur vom KSGl zu gewährleisten Grundversorgung nur akutsomatische Behandlungen zählen, welche von den Einwohnern des Kantons in bedeutendem Umfang benötigt werden und die einer Spitalinfrastruktur bedürfen. Zudem soll Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe e der Spitalverordnung aufgehoben werden.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären psychiatrischen Versorgung bleibt trotzdem weiterhin gewährleistet: Gemäss Artikel 39 KVG i. V. m. Artikel 58a ff KVV ist der Kanton bundesrechtlich und gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b GesG auch kantonalrechtlich verpflichtet, auch die stationäre psychiatrische Behandlung der Einwohnerinnen und Einwohner sicherzustellen. Dies erfolgt über die Glarner Spitalliste «Psychiatrie» und entsprechende Leistungsaufträge mit den auf der Spitalliste aufgeführten Psychiatriekliniken.

Zu beachten ist jedoch, dass der Kanton die Sicherstellung einer stationären psychiatrischen Grundversorgung nicht mehr zwingend innerhalb des Kantons gewährleisten muss, sondern dies auch durch Leistungsaufträge mit ausserkantonalen Kliniken erreichen könnte. Angesichts des allgemeinen Trends hin zu einer möglichst niederschweligen, ambulanten Versorgung auch in der Psychiatrie, der zunehmenden Spezialisierung und Konzentration der Leistungen und der grossen wirtschaftlichen Herausforderungen, ist dies für den Regierungsrat eine mögliche künftige Option. So sehen die leistungsspezifischen Anforderungen des Kantons Zürich für die Psychiatrie beispielsweise vor, dass eine Akutstation einer Psychiatrieklinik der Akut- und Vollversorgung pro Altersbereich (Kinder- [0-13 Jahre] und Jugendpsychiatrie [14-17 Jahre], Erwachsenenpsychiatrie [18-64 Jahre] und Gerontopsychiatrie [ab 65 Jahren]) mindestens 15 Betten anbieten muss. Im Vergleich dazu bot das KSGl insgesamt (Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie) lediglich 11 Betten an und würde die Zürcher Anforderungen somit nicht erfüllen. Auch wirtschaftlich resultierte für das KSGl im Bereich der Psychiatrie in den vergangenen Jahren jeweils ein Defizit in der Grössenordnung von rund 1,5 Millionen Franken. Damit stellt sich für den Regierungsrat grundsätzlich die Frage, ob ein stationäres psychiatrisches Angebot im Kanton Glarus aus qualitativen und wirtschaftlichen

Gründen noch sinnvoll ist. Hinzu kommt, dass aktuell schweizweit Bemühungen für eine stärkere Konzentration der Spitäler im Gange sind, die auch Auswirkungen auf die Psychiatriekliniken haben werden. Für den Regierungsrat ist jedoch unbestritten, dass es auch im Falle eines Verzichts auf ein innerkantonales stationäres psychiatrisches Angebot, eine gewisse Anzahl innerkantonaler Betten für akute Kriseninterventionen braucht.

Die entsprechenden Fragen sind jedoch erst nach der Betriebsaufnahme und den ersten Erfahrungen der PDGL, insbesondere auch im Hinblick auf die umfassende Aktualisierung der Glarner Spitalplanung im Bereich Psychiatrie, die per 1. Januar 2028 erfolgen muss, zu klären.

3.2.4. Finanzielle Auswirkungen

Die Änderung von Artikel 16 GesG und Artikel 9 SpitalV hat keine direkten finanziellen Auswirkungen. Sollte der Kanton jedoch weiterhin eine stationäre psychiatrische Grundversorgung gewährleisten müssen, könnte sich mittelfristig die Frage nach einer kantonalen Übernahme des Defizits bzw. einer Mitfinanzierung im Rahmen gemeinwirtschaftlicher Leistungen stellen.

3.3. Aufbewahrungsdauer von Patientendokumentationen

3.3.1. Ausgangslage

Inhaberinnen und Inhaber einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung sind verpflichtet, über jeden Patienten eine Patientendokumentation anzulegen (Art. 32 Abs. 1 GesG). Das Dossier kann elektronisch geführt werden (Art. 32 Abs. 2). Es ist so lange aufzubewahren, als es die Interessen der betroffenen Person und ihrer Angehörigen erfordern, mindestens aber zehn Jahre (Art. 32 Abs. 3 GesG).

3.3.2. Änderungsbedarf

Am 1. Januar 2020 ist das neue Verjährungsrecht im Haftpflichtrecht in Kraft getreten. Dieses sieht eine Verlängerung der absoluten Verjährungsfrist bei allen Körperschäden und Todesfällen von 10 auf 20 Jahre vor. Die Verlängerung der Verjährungsfristen soll gewährleisten, dass Opfer auch bei Spätschäden (wie sie z. B. nach Asbestexpositionen auftreten) Schadenersatzansprüche geltend machen können.

Die FMH empfiehlt deshalb den Ärztinnen und Ärzten Krankengeschichten, auch bei allenfalls kürzeren kantonalen Mindestaufbewahrungsfristen, während mindestens 20 Jahren aufzubewahren und Versicherungspolicen mit einer 20-jährigen Nachdeckung abzuschliessen.

Im Sinne einer klaren und einheitlichen Regelung, soll deshalb die Aufbewahrungsfrist für Patientendokumentationen im Gesundheitsgesetz mit dem Verjährungsrecht harmonisiert und für alle Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen auf 20 Jahre erhöht werden.

3.3.3. Umsetzung

In Artikel 32 Absatz 3 Gesundheitsgesetz wird die minimale Aufbewahrungsfrist für die Patientendokumentation von 10 auf 20 Jahre erhöht. Diese Aufbewahrungsfrist gilt dabei für alle bestehenden Dossiers, bei denen die zehnjährige Aufbewahrungsfrist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung des Gesundheitsgesetzes noch nicht abgelaufen ist (Art. 64a E-GesG).

3.3.4. Finanzielle Auswirkungen

Die längere Archivierung der Patientendokumentation kann für die Inhaberinnen und Inhaber einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung mit geringen zusätzlichen Kosten verbunden sein, da sie allenfalls mehr physischen

oder virtuellen Speicherplatz für die Aufbewahrung der Patientendokumentationen benötigen.

4. Vernehmlassung

4.1. Vorgehen und Rücklauf

Der Regierungsrat beauftragte das Departement Finanzen und Gesundheit am 3. Juli 2025 mit der Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens zum Vorentwurf der Änderung des EG KVG. Die Vernehmlassungsfrist dauerte bis am 30. September 2025.

4.2. Wesentliche Vernehmlassungsergebnisse

[Folgt]

4.3. Beurteilung der Vernehmlassungsergebnisse

[Folgt]

5. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen

5.1. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Artikel 1; Zweck

In der Fussnote wird ein Verweis auf das KVG eingefügt.

Artikel 8a; Massgabe des Budgetkredits

Als eine Grundsatzbestimmung hält der neue Artikel 8a fest, dass sich die Prämienverbilligungen für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen insgesamt grundsätzlich nach dem vom Landrat bewilligten Budgetkredit richtet (Abs. 1). Der Landrat hat dabei den bundesrechtlich geforderten Mindestanteil für den Kantonsbeitrag zu berücksichtigen (Abs. 2). Der Landrat kann demnach einen höheren, nicht aber einen tieferen Beitrag für die Prämienverbilligungen bereitstellen.

Mit dieser Änderung wird der im Budget ausgewiesene Bruttobeitrag für die Prämienverbilligung künftig nicht mehr einer reinen Schätzung entsprechen, die aufgrund der fixierten Berechnungsfaktoren resultiert. Stattdessen bildet der Beitrag eine fixe Vorgabe für die Festlegung der Selbstbehalte durch den Regierungsrat (vgl. Art. 14 Abs. 3).

Artikel 14; Berechnung und Höhe der Prämienverbilligung

Absatz 2: Die Richtprämien entsprechen künftig den mittleren Prämien im Kanton Glarus nach Altersklassen, wobei der Regierungsrat bei Bedarf weiterhin Ausnahmen festlegen können soll. Die mittlere Prämie wird auch für die Berechnung des kantonalen Mindestanteils verwendet (Art. 65 Abs. 1sexies Bst. b KVG). Der Bundesrat plant die Berechnung der mittleren Prämie zudem in Artikel 92 KVV detailliert zu regeln.

Absatz 3: Künftig wird der Selbstbehalt auf Basis des vom Landrat bewilligten Budgetkredits und unter Beachtung der Richtprämie jährlich vom Regierungsrat festgelegt werden müssen. Da die mindestens auszubezahlenden Prämienverbilligungen jeweils erst im Oktober des Vorjahres bekannt sind, ist eine Regelung des Selbstbehalts durch den Landrat aufgrund des geforderten raschen und flexiblen Handelns wie ausgeführt nicht mehr möglich. Da der Selbstbehalt letztlich aber bloss ein Ergebnis des neuen Systems ist, das sich am Total der ausbezahlten Prämienverbilligungen orientiert, besteht für den Regierungsrat de facto kein Handlungsspielraum.

Artikel 15; Anrechenbares Einkommen

Im neuen Absatz 4 wird festgelegt, dass das anrechenbare Einkommen dem verfügbaren Einkommen nach Artikel 65 Absatz 1ter KVG entspricht. In Verbindung mit dem neuen Artikel 14 Absatz 3 ergibt sich somit, dass die Prämie im Kanton Glarus höchstens 15 Prozent des verfügbaren Einkommens der im Kanton wohnhaften Versicherten ausmachen darf.

Da es keine bundesrechtlichen Vorgaben zur Definition des verfügbaren Einkommens gibt, ist der Kanton frei, wie er dieses definieren will. Das Bundesamt für Statistik versteht darunter grundsätzlich das Bruttoeinkommen abzüglich der obligatorischen Transferausgaben (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge). Die Prämien-Entlastungs-Initiative definierte das verfügbare Einkommen hingegen als das steuerbare Einkommen, wodurch einerseits alle steuerlichen Abzüge berücksichtigt und andererseits das Vermögen unberücksichtigt geblieben wären.

Die Definition des anrechenbaren Einkommens als verfügbares Einkommen ermöglicht eine pragmatische Umsetzung der Bundesvorgabe. Würde das verfügbare Einkommen abweichend vom anrechenbaren Einkommen definiert, müsste im Vollzug jeweils separat geprüft werden, ob die entsprechende Maximalvorgabe eingehalten wird. Eine Anpassung der Berechnung des anrechenbaren Einkommens an eine der oben erwähnten möglichen Definitionen würde andererseits grössere Umstellungen bei den Berechnungsgrundlagen verlangen und auch dazu führen, dass Personen mit hohem Vermögen, aber ohne grosses Einkommen, Prämienverbilligung erhielten.

Artikel 17; Geltendmachung des Anspruchs

Statt des bisherigen Antragsverfahrens wird die Verwaltung den Anspruch auf Prämienverbilligung künftig von Amtes wegen prüfen. Die anspruchsberechtigten Personen erhalten dabei wie bisher eine beschwerdefähige Verfügung (Abs. 1). Wird diese rechtskräftig, wird die Prämienverbilligung gemäss Artikel 65 Absatz 1 Satz 2 KVG direkt an den Versicherer ausbezahlt, der sie den Berechtigten gutschreibt (Abs. 1c).

Gemäss Absatz 1a können Anspruchsberechtigte, die freiwillig auf eine ihnen zustehende Prämienverbilligung ganz oder teilweise verzichten wollen, dies der zuständigen Verwaltungsbehörde ohne Begründung mitteilen.

Absatz 1b regelt das Verfahren für den Fall, dass Anspruchsberechtigte keine entsprechende Verfügung erhalten (z. B. bei Quellensteuerpflichtigen). Diese müssen weiterhin einen entsprechenden schriftlichen Antrag einreichen.

Artikel 24; Kostenanteil Kanton, Leistungserbringer

Absatz 1 wird gemäss den Erläuterungen unter Ziffer 2.2 gestrichen. Der Kantonsanteil an die Leistungen der Akut- und Übergangspflege wird neu wie für die stationären Spitalbehandlungen durch den Regierungsrat festgelegt.

Artikel 27; Referenztarif

Der Artikel wird gemäss den Erläuterungen unter Ziffer 2.3 gestrichen, da neu der Bundesrat im Detail regeln wird, wie der Referenztarif für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen herzuleiten ist.

5.2. Gesetz über die Handels- und Gewerbetätigkeiten

Artikel 19

Mit dem Inkrafttreten des Tabakproduktegesetzes ist die Abgabe von Tabakprodukten und von elektronischen Zigaretten an Minderjährige (unter 18 Jahren) schweizweit verboten. Das

Verkaufsverbot an Jugendliche unter 16 Jahren gemäss Artikel 19 des Gesetzes über die Handels- und Gewerbetätigkeiten ist damit obsolet und kann aufgehoben werden.

5.3. Gesetz über das Gesundheitswesen

Artikel 14; Lebensmittel und Chemikalien

In den Fussnoten werden Verweise auf das Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände und das Bundesgesetz über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen eingefügt.

Artikel 14a; Tabakprodukte und Artikel 14b; Nichtionisierende Strahlung und Schall

Die Kompetenz des Regierungsrates zur Regelung des Vollzugs des Bundesgesetzes über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten bzw. des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall ergibt sich grundsätzlich direkt aus Artikel 99 Absatz 1 Buchstabe b der Kantonsverfassung. Mit den neuen Artikeln 14a und 14b wird er aber zusätzlich ermächtigt, Vereinbarungen mit anderen Kantonen über den gemeinsamen Vollzug oder dessen Übertragung auf ausserkantonale Organe abzuschliessen. Der Wortlaut des Artikels entspricht demjenigen von Artikel 14 und 15.

Artikel 16; Bestand und Aufgabe des Kantonsspitals; Befugnisse

Absatz 2 wird dahingehend präzisiert, dass zur vom KSGL zu gewährleistenden Grundversorgung nur akutsomatische Behandlungen zählen, welche von den Einwohnern des Kantons in bedeutendem Umfang benötigt werden und die einer Spitalinfrastruktur bedürfen.

Artikel 32; Aufzeichnungspflicht

In Absatz 3 wird die Mindestaufbewahrungsfrist für die Patientendokumentationen von 10 auf 20 Jahre erhöht.

Artikel 64a; Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Mai 2026

Artikel 64a hält fest, dass die Änderung der Aufbewahrungsfrist auch für sämtliche bisherigen Patientendokumentation gilt, bei denen die zehnjährige Aufbewahrungsfrist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung des Gesundheitsgesetzes noch nicht abgelaufen ist.

5.4. Verordnung über die Prämienverbilligung

Ingress

Da künftig der Regierungsrat den Selbstbehalt festlegt, ist der Verweis auf Artikel 14 Absatz 3 EG KVG im Ingress zu streichen.

Artikel 1; Selbstbehalt

Da künftig der Regierungsrat den Selbstbehalt festlegt, ist Artikel 1 aufzuheben.

Artikel 3; Abzüge

Der Abzug von 5'000 Franken für jedes minderjährige Kind und jeden jungen Erwachsenen ist aufgrund der Einführung eines einheitlichen Selbsthalts und der Vorgabe, wonach die Prämien für Kinder um 80 Prozent und für junge Erwachsene in Ausbildung um 50 Prozent verbilligt werden müssen, nicht mehr notwendig und soll gestrichen werden.

5.5. Verordnung über das Kantonsspital Glarus

Artikel 9; Pflichtleistungsbereiche

Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe e, wonach das KSGL Leistungen im Bereich Psychiatrie anbieten muss, wird aufgehoben.

5.6. Inkrafttreten

Der Regierungsrat soll den Zeitpunkt des Inkrafttretens bestimmen können. Er kann die einzelnen Artikel dabei auch gestaffelt in Kraft setzen.

Grundsätzlich ist eine Inkraftsetzung der Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf den 1. Januar 2027 angedacht, wobei die Änderung der Verordnung über die Prämienverbilligung jedoch unter dem Vorbehalt der Änderung von Artikel 14 EG KVG und die Änderung der Spitalverordnung unter dem Vorbehalt der Änderung von Artikel 16 des Gesundheitsgesetzes steht.

Angesichts der grossen finanziellen Auswirkungen, die mit dem Systemwechsel bei der Prämienverbilligung verbunden sind, möchte der Regierungsrat jedoch von der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 29. September 2023 Gebrauch machen und vom tieferen Mindestanteil an den Bruttokosten in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung des KVG profitieren. D. h. der Systemwechsel im Bereich der Prämienverbilligung soll erst nach Ablauf der Übergangsfrist umgesetzt werden. Da heute das Inkrafttreten der KVG-Änderung noch offen ist, drängt sich eine entsprechende Delegation an den Regierungsrat auf.

6. Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Landrat,

- 1. die beiliegenden Gesetzesänderungen der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten; und*
- 2. die beiliegenden Verordnungsänderungen unter Vorbehalt der Zustimmung der Landsgemeinde zur Änderung von Artikel 14 EG KVG bzw. Artikel 16 Gesundheitsgesetz zu genehmigen.*

Genehmigen Sie, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates

*Kaspar Becker, Landammann
Arpad Baranyi, Ratsschreiber*

Beilagen:

- SBE EG KVG
- Synopse EGK VG
- SBE Prämienverbilligungsverordnung
- Synopse Prämienverbilligungsverordnung