

**Botschaft
über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung
und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung**

vom 6. November 1991

Sehr geehrte Herren Präsidenten,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen hiermit unsere Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung und beantragen Ihnen, dem beigefügten Entwurf zuzustimmen.

Wir versichern Sie, sehr geehrte Herren Präsidenten, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

6. November 1991

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Cotti

Der Bundeskanzler: Couchepin

Übersicht

Die Kostensteigerung in der Krankenversicherung und die damit verbundenen Prämiensteigerungen der Krankenkassen haben sich in jüngster Zeit verschärft. Gleichzeitig findet unter den Krankenkassen ein Verdrängungswettbewerb statt, der wegen Mängeln in der heutigen Gesetzgebung zu Lasten der älteren und kranken Versicherten geht. Die Prämienbelastung ist für bestimmte Gruppen von Versicherten kaum mehr tragbar. Diese Probleme sind seit längerer Zeit bekannt. Bisher sind aber Versuche zur Revision der Krankenversicherung regelmässig gescheitert, letztmals in der Volksabstimmung vom 6. Dezember 1987. Der Bundesrat unterbreitet dem Parlament neben der vorliegenden Botschaft seine Vorlage für eine grundlegende Revision der Krankenversicherung. Die Beratung jener Vorlage wird im Parlament voraussichtlich einige Zeit beanspruchen. In der Zwischenzeit dürften sich aber die Probleme in der Krankenversicherung weiter verschärfen. Aus diesem Grund schlagen wir Ihnen mit der vorliegenden Botschaft dringliche Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesbeschlusses vor.

Der Schwerpunkt der Vorlage liegt bei Massnahmen gegen die Kostensteigerung. Durch Begrenzungen bei der Erhöhung von Tarifen und Preisen für Leistungen der Krankenversicherung soll erreicht werden, dass die Kostensteigerung in der Krankenversicherung eingedämmt wird. Angestrebt wird, dass die Kostensteigerung höchstens einen Drittel über dem Anstieg der Konsumentenpreise liegt. In den vergangenen zehn Jahren sind die Kosten der Krankenversicherung um 89 Prozent angestiegen. Die allgemeine Teuerung betrug im gleichen Zeitraum dagegen nur 32,4 Prozent. Zudem soll auch der Anstieg der Prämien der Krankenkassen begrenzt werden. Diese Massnahme soll im Jahre 1993 durch einen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen ergänzt werden. Für die Geltungsdauer des Bundesbeschlusses sollen zudem keine neuen Krankenkassen anerkannt werden. Im weiteren sieht der Entwurf eine Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen vor. Die Kantone sollen dazu angehalten werden, vermehrt Prämienverbilligungen nach der wirtschaftlichen Situation der Versicherten durchzuführen. Zu diesem Zweck soll ihnen ein Bundesbeitrag von 100 Millionen Franken zur Verfügung gestellt werden. Der Bundesbeschluss soll höchstens bis zum 31. Dezember 1994 gelten.

Botschaft

1 Allgemeiner Teil

11 Ausgangslage

Die Kostensteigerung in der von den Krankenkassen durchgeführten Krankenpflegeversicherung lag in der Vergangenheit regelmässig über der allgemeinen Lohnentwicklung. So haben sich die jährlichen Krankenpflegekosten pro Versicherten von 1980 bis 1989 von 650 auf 1200 Franken, das heisst um 89 Prozent erhöht. Dabei war die Kostensteigerung bei den Spitälern (103 %) grösser als bei der ambulanten ärztlichen Behandlung (84 %) oder bei den Arzneimitteln (70 %). Im gleichen Zeitraum sind die Löhne um 42 Prozent gestiegen und die allgemeine Teuerung (Index der Konsumentenpreise) hat um 32,4 Prozent zugenommen. Die Prämien der Versicherten steigen grundsätzlich im gleichen Ausmass wie die Kosten, was bedeutet, dass der einzelne Haushalt einen immer grösseren Teil seines Einkommens für die Krankenkassenprämien aufwenden musste.

Die Kosten ergeben sich aus der Menge der erbrachten Gesundheitsleistungen und dem Preis dieser Leistungen. Bei den Spitälern ist die Kostensteigerung vor allem auf die Erhöhung der Spitaltaxen (79 % von 1980 bis 1989) zurückzuführen, während die Mengenentwicklung (z. B. die Anzahl der Spitalaufenthalte) weniger ins Gewicht fällt (13 % von 1980 bis 1989). Im ambulanten Bereich haben sich demgegenüber die Tarife und Preise für die ärztliche Behandlung zwischen 1980 und 1989 lediglich um 27 Prozent und für die Arzneimittel nur um 19 Prozent erhöht, was wesentlich unter der allgemeinen Lohnentwicklung (42 %) und auch deutlich unter der Teuerung (32,4 %) liegt. Trotzdem sind die Kosten je Versicherten über die Teuerung und die Lohnentwicklung hinaus angestiegen. Die Kostenentwicklung beruht im ambulanten Bereich nämlich im wesentlichen auf der Mengenentwicklung: Bei der ärztlichen Behandlung hat sie im Zeitraum von 1980 bis 1989 47 Prozent betragen, bei den Arzneimitteln 40 Prozent.

Neueste Zahlen zeigen, dass sich diese Entwicklung fortsetzt. Im Jahre 1990 betrug die Kostensteigerung nach ersten Hochrechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung etwa 7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Demgegenüber betrug die Lohnentwicklung im gleichen Jahr 5,9 Prozent. Aufgrund entsprechender Meldungen in der Presse verlangte das Bundesamt für Sozialversicherung im Frühjahr 1991 von den Krankenkassen Angaben über die Kostenentwicklung im laufenden Jahr. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen hat dem Bundesamt erst Ende September 1991 die Schätzungen verschiedener Kassen zur Kostenzunahme im Jahre 1991 und zu den notwendigen Prämien erhöhungen per 1. Januar 1992 vorgelegt. Nach diesen Angaben ist für das Jahr 1991 mit einem markanten Anstieg der Kosten zu rechnen (12–13 %). Die Erhöhungen der Prämien würden danach voraussichtlich im Durchschnitt bei 15–20 Prozent liegen. Einzelne Krankenkassen sehen zwar Prämiensteigerungen vor, die unter der Kostenentwicklung liegen, andere sehen jedoch in einzelnen Regionen Prämien erhöhungen bis zu 30 Prozent vor. Die Prämien erhöhungen

in der Krankenversicherung erreichen damit ein Ausmass, das unseres Erachtens den Bund zu einem Eingreifen zwingt.

Ein weiteres Problem ist die zunehmende Entsolidarisierung in der Krankenversicherung. Das heutige System begünstigt neue Krankenkassen, weil diese natürlich in erster Linie junge und gesunde Versicherte anwerben und damit sehr günstige Prämien offerieren können. Gleichzeitig verlieren dadurch die «alten» Krankenkassen die Substanz an jungen, das heisst kostengünstigen Versicherten. Die leidtragenden sind die älteren und kranken Versicherten, die nach heutigem Recht die Krankenkasse praktisch nicht mehr wechseln können. In letzter Zeit haben sich die Anzeichen vermehrt, dass die Krankenkassen selber dazu übergehen möchten, neue «Billigkassen» zu gründen und diese durch ein «Mutter-Tochter-Verhältnis» an sich zu binden. Dies würde längerfristig den Ruin der Krankenversicherung in der heutigen Form bedeuten.

Der Bundesrat und das Parlament haben die Revisionsbedürftigkeit der Krankenversicherung schon seit längerer Zeit erkannt. Nach dem Scheitern des Bundesgesetzes vom 20. März 1987 über die Teilrevision der Krankenversicherung, das unter anderem einige neue Instrumente zur Eindämmung der Kosten mit sich gebracht hätte, beschloss der Bundesrat daher, eine grundlegende Revision der Krankenversicherung in die Wege zu leiten. Wir sind je länger je mehr davon überzeugt, dass die Probleme der Krankenversicherung nur durch eine umfassende Revision der geltenden Gesetzgebung gelöst werden können. Wir unterbreiten deshalb den eidgenössischen Räten gleichzeitig mit der vorliegenden Botschaft unsere Botschaft für eine Revision der Krankenversicherung. Da sich einerseits, wie oben dargelegt, die Situation der Krankenversicherung zusehends verschlechtert, andererseits aber das Parlament genügend Zeit haben muss, unsere Anträge für eine umfassende Revision der Krankenversicherung zu beraten, beantragen wir mit der vorliegenden Botschaft, in einem dringlichen Bundesbeschluss für die Dauer von drei Jahren, einige Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung. Damit soll für die dringendsten Probleme eine, wir möchten dies ausdrücklich betonen, provisorische Lösung gefunden werden.

12 Ergebnisse des Vorverfahrens

Wegen der Dringlichkeit des Geschäftes ist das Vernehmlassungsverfahren konferenzziell durchgeführt worden. Die Kantone, die politischen Parteien sowie die interessierten Verbände und Organisationen hatten, aufgeteilt in drei Gruppen, am 17. und 18. Oktober 1991 Gelegenheit, zu einem Vorentwurf des Eidgenössischen Departementes des Innern Stellung zu nehmen.

Der Vorentwurf ist bei den Vertretern der Kantone auf Ablehnung gestossen. Zahlreiche Kantone wiesen allerdings darauf hin, dass es in der kurzen Zeit nicht möglich gewesen sei, eine verbindliche Stellungnahme der Kantonsregierung zu erwirken. Vor allem die vorgeschlagene Kompetenz des Bundesrates, bereits die auf den 1. Januar 1992 vorgesehenen und zu einem grossen Teil von den Kantonen schon beschlossenen Tariferhöhungen unter Umständen wieder rückgängig zu machen, ist von den anwesenden Kantonsvertretern als Eingriff

in kantonale Kompetenzen bezeichnet und zurückgewiesen worden. Bei den politischen Parteien stiess der Vorentwurf auf Skepsis bezüglich Praktikabilität und Wirksamkeit der vorgeschlagenen Massnahmen. Grundsätzlich günstig aufgenommen wurde die Vorlage von der Sozialdemokratischen Partei, dem Landesring der Unabhängigen sowie der Grünen Partei. Die Wirtschafts- und Arbeitgeberverbände lehnten die Vorlage ab. Bei den Gewerkschaften und Arbeitnehmerverbänden stiess die Vorlage demgegenüber grundsätzlich auf Zustimmung. Auch von den meisten Gegnern der Vorlage wurde ein Handlungsbedarf anerkannt. Die Probleme seien aber im ordentlichen Gesetzgebungsverfahren zu lösen. Das Konkordat der Krankenkassen ist für dringliche Massnahmen, sieht aber die Dringlichkeit in erster Linie bei Massnahmen gegen die Entsolidarisierung. Bei den Leistungserbringern und der Pharmaindustrie stiess die Vorlage auf Ablehnung. Keine Opposition wurde gegen Massnahmen zur Förderung der Solidarität zwischen den Krankenkassen erhoben. Die Privatversicherer befürchten, dass im Dringlichkeitsverfahren vorgezogene Massnahmen die eigentliche Revision der Krankenversicherung gefährden könnten. Bei den Vertretern der Patienten- und der Konsumentenorganisationen wurden die vorgeschlagenen Massnahmen gegen die Kosten- und die Prämiensteigerung begrüsst. Diese möchten eher noch strengere Eingriffe. Sie wiesen darauf hin, dass die Prämien für bestimmte Gruppen von Versicherten nicht mehr tragbar seien.

Der Ihnen nun unterbreitete Entwurf berücksichtigt verschiedene Einwände, die gegen den Vorentwurf vorgebracht worden sind. Wir werden darauf bei den Erläuterungen der Vorlage hinweisen.

2 Grundzüge der Vorlage

Wir unterbreiten Ihnen in Form eines auf drei Jahre befristeten dringlichen Bundesbeschlusses Massnahmen gegen die Kostensteigerung, die Prämiensteigerung und gegen die Entsolidarisierung. Im Vordergrund stehen dabei Massnahmen zur Eindämmung der Kosten in der Krankenversicherung. Die Kostenentwicklung kann eingedämmt werden, indem auf die Menge und auf den Preis der von den Krankenkassen zu übernehmenden Leistungen Einfluss genommen wird. Ein direkter Einfluss auf die Menge (z. B. mittels Globalbudgetierung), wäre an sich die wirksamste Massnahme. Wir verzichten hier auf entsprechende Vorschläge, weil sie sich für notrechtliche Massnahmen schlecht eignen. Damit wären nämlich grundlegende Änderungen im Zulassungs- und Vergütungssystem der Krankenversicherung verbunden. Einfacher und rascher zu verwirklichen sind Eingriffe bei Erhöhungen von Tarifen und Preisen der Leistungen. Konkret soll auf die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung so eingewirkt werden, dass der in den vergangenen Jahren festgestellte Unterschied zwischen Kostensteigerung in der Krankenversicherung und der allgemeinen Teuerung deutlich verringert wird.

Neben diesen Massnahmen zur Eindämmung der Kosten soll auch der Anstieg der Prämien direkt begrenzt werden. Nun könnte dagegen eingewendet werden, die Prämien seien nichts anderes als das Resultat entsprechender Kosten. Es handle sich also um eine sinnlose, wenn nicht gar gefährliche Bekämpfung von

Symptomen. Dem ist aber nicht so. Einerseits wird auch die Ursache der Prämien erhöhungen, nämlich die Kostensteigerung, bekämpft. Andererseits sollen die Krankenkassen selber in die Pflicht genommen werden. Auch sie haben es in der Hand, auf die Kostenentwicklung Einfluss zu nehmen.

Um die Entsolidarisierung zu stoppen, sehen wir vor, dass während der Geltungsdauer des Bundesbeschlusses keine neuen Krankenkassen anerkannt und bei bestehenden Krankenkassen keine Ausdehnung des statutarisch festgelegten Tätigkeitsgebietes zugelassen wird. Zudem soll der vom Konkordat der Krankenkassen im Vernehmlassungsverfahren als dringlich erachtete, in der Vorlage über die Revision der Krankenversicherung ebenfalls vorgesehene Risikoausgleich bereits mit dem vorliegenden Bundesbeschluss eingeführt werden. Aus organisatorischen Gründen soll der Risikoausgleich allerdings erst auf den 1. Januar 1993 eingeführt werden. Bereits die Gewissheit, dass der Risikoausgleich innert Jahresfrist eingeführt wird, dürfte bei der Abwerbung von jüngeren Versicherten zu einer gewissen Beruhigung führen.

Trotz dieser Massnahmen können die Prämien für Versicherte mit einem geringen Einkommen eine hohe Belastung darstellen, wie dies auch im Vernehmlassungsverfahren betont worden ist. Deshalb soll die öffentliche Hand einen Beitrag zur Entlastung der Versicherten leisten. Die Subventionen des Bundes werden heute den Krankenkassen zur Abgeltung von gesetzlichen Auflagen ausgerichtet. Sie dienen in erster Linie dem Ausgleich der höheren Kosten für Frauen und für ältere Versicherte. In einer freiwilligen, von privaten Institutionen durchgeführten Sozialversicherung, ist eine solche Abgeltung von gesetzlichen Auflagen nötig. Die individuelle Prämienverbilligung nach wirtschaftlicher Situation der Versicherten ist im heutigen System eine Aufgabe der Kantone. Diese nehmen diese Aufgabe sehr unterschiedlich wahr. Einige Kantone kennen sehr weitgehende und wirksame Systeme zur individuellen Prämienverbilligung. Andere Kantone kennen praktisch keine solchen Regelungen. Wir möchten daher die Kantone durch einen Bundesbeitrag zur Einführung solcher individueller Prämienverbilligungen anregen und jene Kantone, die dies bereits tun, darin unterstützen.

3 Besonderer Teil: Erläuterung der einzelnen Bestimmungen

Artikel 1 Tarife und Preise

Es handelt sich um den zentralen Artikel der Vorlage, in welchem zunächst das generelle Ziel bezüglich des Verhältnisses von Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und allgemeiner Preisentwicklung (Index der Konsumentenpreise) formuliert wird. Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung dürfen nur dann und nur soweit erhöht werden, dass dadurch die durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten voraussichtlich nicht um mehr als einen Drittel über die Entwicklung der Konsumentenpreise ansteigen (bei einer Teuerung von 6% läge dieser Grenzwert also bei 8%). Wie dies im Vernehmlassungsverfahren verschiedentlich gefordert worden ist, ziehen wir den Index der Konsumentenpreise und nicht die Lohnentwicklung als Ver-

gleichsgrösse heran. Der Index der Konsumentenpreise ist rascher und laufend verfügbar.

Mit der Marge für die Kostenentwicklung von einem Drittel über dem Index der Konsumentenpreise wird eine gewisse Mengenausweitung zugelassen. Diese ist bedingt durch den medizinischen Fortschritt, die Zunahme der Zahl der Ärzte und die Zunahme an älteren Personen. Im Vergleich zur Entwicklung der vergangenen Jahre soll die Kostenentwicklung aber doch auf ein erträgliches Mass beschränkt werden.

Es wird also nicht zum vornherein jegliche Tarif- oder Preiserhöhung untersagt, sondern ein Anstieg soll lediglich dann und in jenem Ausmass beschränkt werden, dass die Kosten der Krankenversicherung im Vergleich zur Teuerung nicht übermässig ansteigen. Durch die Bezugnahme auf die Kosten wird indirekt auch die Menge der erbrachten Leistungen berücksichtigt. Es trifft also nicht zu, dass mit dieser Massnahme das eigentliche Problem der Kostenentwicklung, nämlich die Mengenausweitung, nicht angegangen werde. Führt die Mengenausweitung zu einem übermässigen Anstieg der Kosten, hat dies einen Einfluss auf die Erhöhung von Tarifen und Preisen. Im äussersten Fall wird eine Erhöhung ausgeschlossen. Eine Tarif- oder Preissenkung sieht der Entwurf in keinem Falle vor.

Mit dem vorliegenden Entwurf wird am Verfahren und den Zuständigkeiten für die Festlegung und die Genehmigung von Tarifen nichts geändert. Die in Artikel 1 Absatz 1 festgehaltenen Grundsätze sind von den zuständigen Behörden (vgl. die Aufzählung in Absatz 2) bei der Festlegung und Genehmigung von Tarifen zu beachten. Es wird also in erster Linie Aufgabe der Kantonsregierung sein, bei der Genehmigung von Tarifverträgen (Art. 22^{quater} Abs. 5 KUVG) zu prüfen, ob bei den vereinbarten Tarifen der vorliegende Bundesbeschluss beachtet ist. Gegen den Entscheid der Kantonsregierung besteht das Beschwerde-recht an den Bundesrat (Art. 22^{quinquies} KUVG). Offen gelassen ist die Frage, auf welche Angaben sich die zuständigen Behörden und im Falle einer Beschwerde der Bundesrat beim Entscheid abstützen haben. Diese Frage wird nach den üblichen Regeln der Beweiswürdigung zu entscheiden sein. Die im Bundesbeschluss festgelegten Grundsätze sind von den zuständigen Behörden ab Inkrafttreten des Bundesbeschlusses bei der Festlegung oder Genehmigung von Tarifen zu beachten. Die vor Inkrafttreten des Bundesbeschlusses verfügten Genehmigungen werden durch diesen Beschluss nicht in Frage gestellt. Damit berücksichtigen wir insbesondere von den Kantonen geäusserte Bedenken bezüglich Rechtssicherheit und Respektierung kantonaler Kompetenzen.

Ausdrücklich erwähnt sei noch, dass mit diesem Bundesbeschluss lediglich eine obere Limite bei Tarifanpassungen festgelegt wird, dass damit aber andere für die Festlegung oder die Überprüfung von Tarifen geltende Grundsätze nicht aufgehoben werden. Insbesondere werden mit diesem Bundesbeschluss allenfalls weitergehende Eingriffsmöglichkeiten des Preisüberwachers nicht beschnitten. Ebenso bleiben auch die bestehenden Grundsätze zur Überprüfung von Arzneimittelpreisen unberührt, wenn sie im Einzelfall zu restriktiveren Resultaten führen.

Artikel 2 Risikoausgleich

Der Risikoausgleich wird auch in der Vorlage für die Revision der Krankenversicherung vorgeschlagen. Dort ist er Teil eines Paketes von Massnahmen zur Festigung der Solidarität in der Krankenversicherung. Aufgrund der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens unterbreiten wir diesen Vorschlag auch im vorliegenden Entwurf, um damit der zunehmenden Entsolidarisierung in der Krankenversicherung möglichst rasch zu begegnen. Wie bereits erwähnt, soll der Risikoausgleich aber erst auf den 1. Januar 1993 in Kraft treten, um genügend Zeit für seine Einführung zu lassen (vgl. Art. 8 Abs. 2).

Inhaltlich ist der Vorschlag praktisch identisch mit jenem des Gesetzesentwurfes. Der Risikoausgleich stützt sich nicht auf die unterschiedlichen Rechnungsergebnisse der einzelnen Krankenkassen, sondern auf objektive Faktoren, nämlich auf einen Vergleich der Bestände bezüglich Geschlecht und Alter der Versicherten und die durchschnittlichen Kostenunterschiede dieser Gruppen. Die durchschnittlichen Kostenunterschiede sind voll auszugleichen. Die konkrete Durchführung des Risikoausgleichs wird den Krankenkassen überlassen. Sie sollen ihn einer geeigneten Institution übertragen können. Da die konkrete Regelung des Risikoausgleichs den einzelnen Krankenkassen rechtzeitig bekannt sein muss und bei fehlender Einigung der Krankenkassen der Bundesrat die nötigen Bestimmungen zu erlassen hat, wird die Frist, innert der die Krankenkassen die Regelung über den Risikoausgleich zu treffen haben, auf den 30. April 1992 festgelegt.

Offengelassen ist, ob der Risikoausgleich pro Kanton oder gesamtschweizerisch durchgeführt werden soll. Dies soll durch die Krankenkassen oder notfalls durch den Bundesrat entschieden werden.

Artikel 3 Erhöhung der Mitgliederbeiträge

Neben dem Anstieg von Tarifen und Preisen für die Leistungen der Krankenversicherung (Art. 1) soll auch der Prämienanstieg bei den Krankenkassen begrenzt werden. Die Festlegung der Höchstgrenze geht wie in Artikel 1 von der Teuerung des Vorjahres aus. Der Zuschlag zur Teuerungsrate beträgt in Artikel 1 ein Drittel (33,33%). Er ist hier höher, weil die Krankenkassen bei einer Kostensteigerung auch zusätzliche Reserven zu bilden haben. Mit einem Zuschlag von drei Vierteln (75%) ist neben der zulässigen Kostensteigerung (Teuerung plus 33,33%) noch ein Zuschlag für die Reservebildung von 31,5 Prozent berücksichtigt. Die Teuerung dürfte im Jahre 1991 etwa 6 Prozent erreichen. Damit läge die Grenze für Prämien erhöhungen im Jahre 1992 bei 10,5 Prozent.

Die Vorschrift bezieht sich auf die Prämien der Grundversicherung und die Zusatzversicherung zur Deckung der Aufenthalts- und Pflegekosten in der allgemeinen Abteilung einer Heilanstalt, die zahlreiche Krankenkassen als sogenannte obligatorische Spitalzusatzversicherung führen. Die Vorschrift gilt nicht für die Kollektivversicherung. Die Prämien der Kollektivversicherung liegen in der Regel deutlich unter jenen der Einzelversicherung, weil in Kollektivverträgen meistens günstigste Risikogruppen zusammengefasst sind. Die Kollektivversicherung trägt damit zur Entsolidarisierung in der Krankenversicherung bei. Auf den 1. Januar 1992 wird deshalb für alle Kollektivverträge ein verbindlicher Mi-

nimaltarif in Kraft treten (Verordnung 5 des EDI vom 12. Nov. 1965, SR 832.133; Änderung vom 3. Dez. 1990, AS 1991 ...). Der neue Minimaltarif wird in einzelnen Kollektivverträgen zu Prämienerrhöhungen führen, die prozentual deutlich über jenen liegen werden, die mit dem vorliegenden Bundesbeschluss angestrebt sind. Hohe Aufschläge werden aber nur solche Kollektivverträge haben, deren Prämien heute sehr niedrig sind. Die Prämien der Kollektivversicherung werden absolut betrachtet auch nach diesen Aufschlägen noch unter jenen der Einzelversicherung liegen. Im weiteren soll es einer Krankenkasse möglich sein, je nach dem Risikoverlauf von sich aus in einzelnen Kollektivverträgen stärkere Aufschläge zu verlangen.

Die Ausnahmebestimmung von Absatz 2 bezieht sich auf Verordnungsänderungen, die im Jahre 1992 zur Verstärkung der Solidarität in der Einzelversicherung in Kraft treten. Die Prämienabstufungen nach Eintrittsalter dürfen sich neu nur noch in einem Verhältnis von 1:2 bewegen. Bisher war ein Verhältnis von 1:3 zugelassen. Diese Änderung führt zu Prämienenkungen in den oberen und zu Prämienerrhöhungen in den unteren Eintrittsaltersgruppen. Eine ähnliche Auswirkung hat auch die Vorschrift über die Prämienharmonisierung innerhalb eines Kantons. Die Krankenkassen dürfen nach dem Gesetz (Art. 6^{bis} Abs. 2 KUVG) die Prämien nach örtlichen Kostenunterschieden abstufen. Bisher waren sie in dieser Abstufung völlig frei. Ab dem 1. Januar 1992 darf bei gleichem Eintrittsalter zwischen der tiefsten und der höchsten Prämie einer Krankenkasse innerhalb eines Kantons im Maximum eine Differenz von 40 Prozent liegen. Auch dies kann an bestimmten Orten zu Prämienenkungen und an anderen Orten zu Prämienerrhöhungen führen. Die Höchstgrenze von Absatz 1 ist hier so zu beachten, dass die durchschnittliche Prämienerrhöhung die Grenze von Absatz 1 nicht überschreitet.

In Absatz 3 ist vorgesehen, dass Krankenkassen im Einzelfall erlaubt werden kann, die Prämien über den Maximalansatz von Absatz 1 zu erhöhen. Weist die Krankenkasse nach, dass die Prämienerrhöhung in den Grenzen von Absatz 1 bei ihr nicht ausreicht, um die Vermögensreserve genügend hoch zu halten, kann ihr eine stärkere Prämienerrhöhung erlaubt werden. Dieser Grenzbetrag der Vermögensreserve ist auf 10 Prozent über der gesetzlichen Mindestreserve festgelegt. Krankenkassen mit einem Versichertenbestand über 40 000 Mitgliedern müssen eine Vermögensreserve von mindestens 20 Prozent einer Jahresausgabe aufweisen. Diese Krankenkassen müssten also geltend machen, dass bei einer Prämienerrhöhung in den Grenzen von Absatz 1 die Vermögensreserve unter 22 Prozent ihrer Jahresausgabe sinken würde.

Artikel 4 Verwaltungskosten der Krankenkassen

Was für die Tarife und Preise der Leistungserbringer gilt, soll auch für die Verwaltungskosten der Krankenkassen gelten. Der Anteil der Verwaltungskosten an den gesamten Ausgaben der Krankenkassen ist in den letzten Jahren praktisch konstant geblieben. Der Kostenanstieg bei den Verwaltungskosten lag damit im gleichen Masse über der allgemeinen Lohnentwicklung und der Teuerung wie der Anstieg der übrigen Kosten der Krankenversicherung. Im Jahre 1989 lag der Anstieg bei den Verwaltungskosten gegenüber dem Vorjahr (+14,0%) sogar deutlich über dem allgemeinen Anstieg der Ausgaben (+8,1%).

Die Verwaltungskosten machten im Jahre 1989 7,5 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen aus. Zwar sind die Verwaltungskosten der Krankenkassen im Vergleich zu anderen Versicherungseinrichtungen nicht übermässig hoch. Trotzdem scheint es uns richtig, im Interesse der Kosteneindämmung das Augenmerk auch auf die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu richten. So kann man sich beispielsweise fragen, ob die in letzter Zeit zu beobachtenden Werbekampagnen einzelner Krankenkassen für eine Sozialversicherung noch angemessen sind. Aus diesen Gründen wird hier der Grundsatz aufgestellt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen während der Gültigkeitsdauer des Bundesbeschlusses nur im Ausmass der allgemeinen Lohnentwicklung ansteigen dürfen. Liegen die Verwaltungskosten bei einer Krankenkasse über diesem Grenzwert, soll der Anspruch auf Bundesbeiträge entsprechend gekürzt werden.

Artikel 5 Anerkennungsverbot

Für die Geltungsdauer des Bundesbeschlusses dürfen keine Anerkennungen von Krankenkassen verfügt werden. Da eine bisher nur regional tätige Krankenkasse bei einer Ausdehnung ihres Tätigkeitsgebietes dort die gleichen Vorteile hat, wie eine neue Krankenkasse, muss konsequenterweise auch dies unterbunden werden. Im Vorentwurf zuhanden der Vernehmlassung war noch vorgesehen, auch enge Beziehungen zwischen Krankenkassen entweder zu untersagen oder von den beteiligten Krankenkassen gleiche Prämien zu verlangen. Nachdem nun der vorliegende Entwurf einen Risikoausgleich zwischen Krankenkassen verlangt, kann auf diese Regelung verzichtet werden.

Artikel 6 Prämienverbilligungen

Mit dieser Bestimmung sollen die Kantone nicht verpflichtet, aber doch dazu angehalten werden, kantonale Subventionen zur individuellen Prämienverbilligung nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten einzuführen. Der Bund stellt jährlich einen Betrag von 100 Millionen Franken zur Verfügung, den er nach der Wohnbevölkerung und der Finanzkraft auf die einzelnen Kantone aufteilt. Dem einzelnen Kanton wird der auf ihn entfallende Anteil aber nur ausbezahlt, wenn dieser Betrag im Kanton für individuelle Prämienverbilligungen nach der wirtschaftlichen Situation der Versicherten verwendet wird und der Kanton (oder die Gemeinden) den Bundesbeitrag aus eigenen Mitteln ergänzt. Nicht berücksichtigt würden kantonale Subventionen, die den Krankenkassen generell, ohne Rücksicht auf die wirtschaftliche Situation von einzelnen Versicherten ausgerichtet werden. Die Ergänzung, die der Kanton leisten muss, ist nach Finanzkraft abgestuft (vgl. Abs. 3). Nicht ausgeschlossen wäre, dass ein Kanton aus eigenen Mitteln einen geringeren Betrag leistet. In diesem Fall würde der ihm zur Verfügung stehende Bundesbeitrag nur teilweise ausbezahlt.

Artikel 7 Statistik

Die heutigen Statistiken zur Krankenversicherung sind auch deshalb mangelhaft, weil die gesetzlichen Grundlagen für die Erstellung von Statistiken lückenhaft sind. Insbesondere kann der Bund bei der Krankenversicherung die Leistungserbringer nicht zur Mitwirkung verpflichten. Dieser Mangel soll mit der

Revision der Krankenversicherung behoben werden. Weil aber die Einführung neuer Statistiken einen grossen Aufwand an Zeit benötigt, schlagen wir vor, bereits hier die entsprechende gesetzliche Grundlage zu schaffen. Damit könnten die Arbeiten zur Verbesserung der Statistiken sofort beginnen, so dass mit Inkrafttreten der Revision der Krankenversicherung die Statistiken bereits auf der neuen Grundlage erstellt werden könnten.

Artikel 8 Schlussbestimmungen

Die Absätze 1 bis 3 enthalten die üblichen Schlussbestimmungen zu einem dringlichen Bundesbeschluss. In Absatz 2 ist vorgesehen, dass der Risikoausgleich nach Artikel 2 erst auf den 1. Januar 1993 in Kraft tritt. In Absatz 4 wird ausdrücklich festgehalten, dass Verfügungen des Bundesamtes für Sozialversicherung über die Anerkennung von Krankenkassen, die vor Inkrafttreten des Bundesbeschlusses getroffen worden sind, vom Verbot der Anerkennung von Krankenkassen (Art. 4 Abs. 1 des Bundesbeschlusses) nicht betroffen sind. Massgebend ist das Datum der Eröffnung der Verfügung.

Der Bundesbeschluss wird höchstens bis zum 31. Dezember 1994 gelten. Innert dieses Rahmens wird der Bundesrat die Geltungsdauer bestimmen.

3 Finanzielle und personelle Auswirkungen

31 Auswirkungen für den Bund

Die finanziellen Auswirkungen für den Bund ergeben sich aus Artikel 6. Sie betragen jährlich 100 Millionen Franken.

Die Aufsichtstätigkeit über die Krankenkassen wird durch den Bundesbeschluss verstärkt. Für die vorgesehene Geltungsdauer dürfte der zusätzliche Aufwand zu bewältigen sein, wenn sich die Gesuche von Krankenkassen um stärkere Erhöhungen der Prämien (Art. 3 Abs. 3) in Grenzen halten. Der Risikoausgleich dürfte voraussichtlich durch die Krankenkassen selber durchgeführt werden.

32 Auswirkungen für die Kantone

Für die Kantone wirkt sich der Bundesbeschluss finanziell auf zwei Ebenen aus. Einschränkungen in der Erhöhung von Spitaltarifen können kurzfristig zu höheren Betriebsdefiziten der Spitäler führen. Bei öffentlichen und durch die öffentliche Hand mitfinanzierten Spitälern können die Kantone dadurch stärker belastet werden. Der Bundesbeschluss sollte aber für die Kantone und die Spitäler auch Anlass zu effektiven Einsparungen sein. Der Anreiz zu Prämienverbilligungen (Art. 6) kann, muss aber für die Kantone nicht zwingend zu einer zusätzlichen Belastung führen. Die Kantone bleiben frei in der Einführung von individuellen Prämienverbilligungen. Kantone, die bereits heute solche Verbilligungen in grösserem Umfang durchführen, können durch die Bundessubventionen sogar entlastet werden.

Auch für die Kantone wird die Durchführung dieses Beschlusses im Bereich der Genehmigung von Tarifverträgen mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden sein, der sich in Grenzen halten dürfte.

4 **Legislaturplanung**

Die Vorlage ist in der Legislaturplanung 1987–1991 nicht angekündigt. Immerhin wurde aber dort auf das Problem der Kostensteigerung im Gesundheitswesen hingewiesen (BB1 1988 I 395 ff. Ziff. 2.3). Die jüngste Entwicklung macht unseres Erachtens ein dringendes Eingreifen nötig.

5 **Verfassungsmässigkeit**

Der Bundesbeschluss stützt sich auf die Artikel 34^{bis} und 89^{bis} der Bundesverfassung.

Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung gibt dem Bund eine umfassende Kompetenz zur Einrichtung der Krankenversicherung. Dazu zählen, wie dies bereits im geltenden Recht der Fall ist, auch Vorschriften über die Ausgestaltung der in der Krankenversicherung zur Anwendung gelangenden Tarife und Preise wie auch Vorschriften zur Aufsicht über die Krankenkassen. Diese Vorschriften können sich also nicht nur auf die Krankenkassen, sondern auch auf die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Hersteller von Arzneimitteln usw.) beziehen (vgl. René A. Rhinow/Susanne Imbach, Preisaufsicht des Bundes bei Arzneimitteln, Wirtschaft und Recht 1981, S.18 ff.; BGE 109 V 207 ff.; VPB 48.79). Der Verfassungsartikel erteilt dem Gesetzgeber in dieser Beziehung weder konkrete Aufträge, noch macht er Einschränkungen. Die einzige Einschränkung im Verfassungsartikel, dass die Einrichtung der Krankenversicherung «unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen» zu erfolgen habe, wird durch den vorliegenden Bundesbeschluss nicht berührt.

Die vorgeschlagenen Massnahmen sollen in Form eines zeitlich befristeten allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses erlassen werden. Solche Bundesbeschlüsse können nach Artikel 89^{bis} Absatz 1 der Bundesverfassung dringlich erklärt werden, wenn sie sachlich und zeitlich dringlich sind. Die zeitliche Dringlichkeit ergibt sich aus der deutlichen Kostenzunahme im laufenden Jahr. Es kann nicht bis zum Inkrafttreten der grundlegenden Revision der Krankenversicherung zugewartet werden. Eine Eindämmung des Prämienanstiegs in der Krankenversicherung ist dringend geboten. Ein sofortiges Inkrafttreten des Bundesbeschlusses ist aber auch sachlich nötig. Tritt der Bundesbeschluss nicht sofort in Kraft, könnten bis zum Ablauf der Referendumsfrist und bis zu einer allfälligen Volksabstimmung Tarifierhöhungen bewilligt werden, die nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten. Der Bundesbeschluss sieht, wie erwähnt, keine Tarifsenkungen vor.

Kostenentwicklung 1991; Prämienanpassung 1992

Kasse	Kostenzunahme 1991 in %	Prämien- prognose 1992 in %
Helvetia	Ø 13 (12–20)	19,3 (12–34)
Grütli	14	?
Evidenzia	12	8 (3–10)
CSS	10	8
SBKK	20	Ø 20 (10–30)
Oska	–	15–20
KPT	13,6	15–20
Konkordia	12	10–20
KKB	9	Ø 12 (0–28)
KFW	14,5	Ø 25 (0–29)
Alle	12–13	Ø 15–20

Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung

Entwurf

vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf die Artikel 34^{bis} und 89^{bis} Absatz 1 der Bundesverfassung,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991¹⁾,
beschliesst:

Art. 1 Tarife und Preise

¹ Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung dürfen nur so erhöht werden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je Versicherten und Jahr voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg der Konsumentenpreise liegen wird. Wenn nach den letzten verfügbaren Angaben der Anstieg der Behandlungskosten je Versicherten und Jahr bereits um mehr als einen Drittel über der Entwicklung der Konsumentenpreise liegt, untersagt die zuständige Behörde eine Erhöhung der Tarife und Preise.

² Werden Erhöhungen von Tarifen oder Preisen beantragt, prüft die zuständige Behörde, ob die beantragte Erhöhung der Tarife oder Preise aufgrund der durchschnittlichen Behandlungskosten im Anwendungsbereich des Tarifvertrages oder der Liste zulässig ist. Zuständig ist:

- a. die Kantonsregierung bei der Genehmigung von Tarifverträgen;
- b. das Eidgenössische Departement des Innern bei Tarifänderungen der Analysenliste und der Arzneimittelliste;
- c. das Bundesamt für Sozialversicherung (Bundesamt) bei Preiserhöhungen von Arzneimitteln in der Spezialitätenliste.

Art. 2 Risikoausgleich

¹ Krankenkassen, die unter ihren Mitgliedern weniger Frauen und ältere Personen haben als der Durchschnitt aller Krankenkassen, müssen zugunsten von Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen Frauen und älteren Personen Abgaben entrichten, welche die durchschnittlichen Kostenunterschiede zwischen den massgebenden Risikogruppen voll ausgleichen (Risikoausgleich).

² Die Krankenkassen regeln den Risikoausgleich gemeinsam. Sie umschreiben die massgebenden Risikogruppen und übertragen die Durchführung einer ge-

¹⁾ BBl 1991 IV 917

eigneten Institution. Können sich die Krankenkassen bis zum 30. April 1992 nicht einigen, erlässt der Bundesrat die nötigen Bestimmungen.

Art. 3 Erhöhungen der Mitgliederbeiträge

¹ Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge in der Einzelversicherung für Krankenpflege (gesetzliche Leistungen sowie Leistungen, welche die Mitglieder nach den Bestimmungen der Kasse zusammen mit diesen versichern müssen) pro Jahr höchstens im Ausmass des Anstiegs der Konsumentenpreise des Vorjahres, erhöht um drei Viertel heraufsetzen. Einnahmen aus dem Risikoausgleich und aus Beiträgen des Bundes und der Kantone sind bei der Kalkulation der Mitgliederbeiträge in Abzug zu bringen. Ausgaben für den Risikoausgleich können dazugeschlagen werden. Die Krankenkassen haben ihre Kalkulation der Mitgliederbeiträge dem Bundesamt mit dem Gesuch um Genehmigung der Erhöhung zu unterbreiten. Vorbehalten bleiben Erhöhungen der Mitgliederbeiträge nach Vorschriften des kantonalen Rechts.

² Stärkere Erhöhungen der Mitgliederbeiträge sind zulässig, wenn sie durch geringere Prämien erhöhungen in höheren Eintrittsaltersgruppen bzw. in anderen Regionen innerhalb eines Kantons ausgeglichen werden, und zwar

- a. zur Einführung der Abstufungen nach dem Eintrittsalter gemäss Artikel 17 Absatz 2 der Verordnung V vom 2. Februar 1965¹⁾;
- b. zur Angleichung der Mitgliederbeiträge innerhalb eines Kantons nach Artikel 19 Absatz 3 der Verordnung V vom 2. Februar 1965¹⁾.

³ Das Bundesamt kann einer Krankenkasse gestatten, die Mitgliederbeiträge stärker heraufzusetzen, wenn diese nachweist, dass ihre Reserve (Sicherheitsfonds und Schwankungszuschlag) bei einer Erhöhung nach Absatz 1 voraussichtlich unter das um einen Zehntel erhöhte gesetzliche Minimum sinken würde.

Art. 4 Verwaltungskosten der Krankenkassen

¹ Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen höchstens im Ausmass der allgemeinen Entwicklung der Löhne und Gehälter für das betreffende Rechnungsjahr ansteigen.

² Sind die Verwaltungskosten einer Kasse über das zulässige Mass hinaus angestiegen, wird der Anspruch auf die Bundesbeiträge entsprechend gekürzt.

Art. 5 Anerkennungsverbot

Es werden keine neuen Krankenkassen anerkannt. Bei bereits anerkannten Krankenkassen wird keine Ausdehnung des Tätigkeitsgebietes zugelassen.

¹⁾ SR 832.121; AS 1990 2039

Art. 6 Prämienverbilligungen

¹ Der Bund stellt den Kantonen jährlich einen Betrag von 100 Millionen Franken für Prämienverbilligungen zur Verfügung. Der Anteil des einzelnen Kantons bemisst sich nach seiner Wohnbevölkerung und nach seiner Finanzkraft.

² Den Kantonen wird der Beitrag nur ausgerichtet, wenn sie diesen aus eigenen Mitteln ergänzen. Bei Prämienverbilligungen haben sie die wirtschaftliche Situation der Versicherten zu berücksichtigen.

³ Die Kantone müssen den Bundesbeitrag in folgendem Ausmass ergänzen:

- a. finanzstarke Kantone: um das Dreifache des Bundesbeitrages;
- b. mittelstarke Kantone: um das Zweifache des Bundesbeitrages;
- c. finanzschwache Kantone: um die Höhe des Bundesbeitrages.

Art. 7 Statistik

¹ Der Bundesrat erlässt Bestimmungen über die Erstellung, die Auswertung und die Veröffentlichung der zur Durchführung der Krankenversicherung benötigten Statistiken sowie über den Zugang zu den gesammelten Daten. Er sorgt dafür, dass der Persönlichkeitsschutz gewährleistet ist.

² Die Krankenkassen sowie die Behörden des Bundes und der Kantone wirken bei der Erstellung der Statistiken mit. Der Bundesrat kann die Pflicht zur Mitwirkung auf andere Personen und Organisationen ausdehnen. Er hört diese zuvor an.

Art. 8 Schlussbestimmung

¹ Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

² Er wird nach Artikel 89^{bis} Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und tritt am Tag nach seiner Verabschiedung in Kraft. Der Risikoausgleich nach Artikel 2 tritt auf den 1. Januar 1993 in Kraft.

³ Er untersteht nach Artikel 89^{bis} Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum. Der Bundesrat bestimmt die Dauer des Beschlusses; dieser gilt höchstens bis zum 31. Dezember 1994.

⁴ Anerkennungen von Krankenkassen, die vor dem Inkrafttreten dieses Bundesbeschlusses verfügt worden sind, bleiben bestehen.

Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 6. November 1991

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1991
Année	
Anno	
Band	4
Volume	
Volume	
Heft	48
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	91.069
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	10.12.1991
Date	
Data	
Seite	917-932
Page	
Pagina	
Ref. No	10 052 050

Das Dokument wurde durch das Schweizerische Bundesarchiv digitalisiert.

Le document a été digitalisé par les Archives Fédérales Suisses.

Il documento è stato digitalizzato dell'Archivio federale svizzero.