

**Parlamentarische Initiative. Krankenversicherung.
Befristete Auszahlung von Bundesbeiträgen
an die Krankenversicherer. Dringlicher Bundesbeschluss**

Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

vom 23. Januar 1997

Sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen nach Artikel 21^{quater} Absatz 3 des Geschäftsverkehrsgesetzes (GVG) den vorliegenden Bericht und überweisen ihn gleichzeitig dem Bundesrat zur Stellungnahme.

Die Kommission beantragt, ihrem beiliegenden Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Eine Kommissionsminderheit (Heberlein, Blaser, Borer, Bortoluzzi, Deiss, Egerszegi, Schenk) beantragt, auf den Beschlussesentwurf nicht einzutreten.

23. Januar 1997

Im Namen der Kommission

Der Präsident: Jean-Nicolas Philipona

Bericht

1 Allgemeiner Teil

11 Ausgangslage

Der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) wurden im Verlauf des Jahres 1996 verschiedene parlamentarische Initiativen, die die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung zum Thema haben [95.430 «Senkung der Belastung von Familien durch die Krankenversicherung» (Jöri), 96.401 «Zentralisierung der Prämienverbilligung im Krankenversicherungsgesetz» (Keller), 96.425 «Bundesbeitrag an die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung» (Raggenbass), 96.441 «Verbilligung von Krankenversicherungsprämien» (Cavalli)], zugewiesen. Die SGK hat zur Prüfung dieser Initiativen und für eine allgemeine Lagebeurteilung in bezug auf die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung eine Subkommission unter der Leitung von Nationalrat Albrecht Rychen eingesetzt. Die Subkommission hat der SGK mehrmals mündlich und schriftlich über ihre Arbeiten Bericht erstattet. An der Sitzung vom 21./22. November 1996 beschloss die SGK auf Antrag ihrer Subkommission, mittels einer Kommissionsinitiative einen dringlichen Bundesbeschluss einzureichen. Er verlangt, die von den Kantonen nicht abgeholten Bundessubventionen zur Prämienverbilligung über die Krankenkassen an die Versicherten zu verteilen. Seine Gültigkeitsdauer soll auf die Jahre 1997/98/99 beschränkt werden, da der Bundesrat gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet ist, ein neues Finanzierungssystem für das Jahr 2000 bezüglich der Prämienverbilligung vorzulegen. Mit der Massnahme soll ein Beitrag zur Dämpfung der Prämiensteigerung geleistet werden. Die SGK verabschiedete den beigelegten Beschlussesentwurf an ihrer Sitzung vom 23. Januar 1997.

12 Durchführung der Prämienverbilligung in den Kantonen

Das neue Krankenversicherungsgesetz wurde auf den 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt. Im Verlaufe des Jahres 1996 zeigten sich verschiedene Umsetzungsprobleme. Dies gilt insbesondere für den sozialpolitisch bedeutenden Teilbereich der individuellen Prämienverbilligung, welche die Prämienbelastung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen tragbar gestalten sollen. So basieren die einzelnen Kantone auf ganz verschiedenen Prämienverbilligungssystemen und stellen bei der Berechnung der Prämienverbilligungsbeiträge auf unterschiedliche Steuerdaten ab. Auch können die gewählten Grenzbeträge zu ganz anderen Anspruchsberechtigungen führen. Dazu zwei Beispiele:

1. Eine alleinstehende Person mit einem steuerbaren Einkommen von 12 000 Franken und einem steuerbaren Vermögen von 50 000 Franken hätte, gemäss den Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV), eine jährliche Durchschnittsprämie von 2200 Franken zu bezahlen. Gemessen an ihrem Einkommen ergibt dies eine Belastung von 19 Prozent. Der Kanton Zürich würde in diesem Fall Prämienverbilligungen ausbezahlen, welche die Belastung auf 12 Prozent zu senken vermöchten. Im Kanton Luzern hingegen erhalte diese Person keine Prämienverbilligungsbeiträge, weil Luzern bei der Beurteilung der Anspruchsberechtigung die Vermögensverhältnisse der betreffenden Personen einbezieht.

2. Eine alleinstehende Person im Kanton Bern hat bis zum anrechenbaren Einkommen von 20 000 Franken Anrecht auf Prämienverbilligungsbeiträge. Im Kanton Zürich liegt die Grenze bei 17000 Franken. Während aber ein anrechenbares Einkommen von 20 000 Franken im Kanton Bern einem effektiven Einkommen von 39 200 Franken entspricht, bedeuten 17 000 Franken in Zürich 21 800 Franken effektives Einkommen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Kantone den Handlungsspielraum zur Umsetzung des KVG's auf sehr unterschiedliche Weise ausgeschöpft haben, dabei kann aber nicht von einer Verletzung des Willens des Gesetzgebers gesprochen werden. Weiter haben in den einzelnen Kantonen finanzpolitische Überlegungen mitgespielt, die Prämienverbilligungsbeiträge nicht voll auszuschöpfen, was dazu führte, dass gewisse Einkommensgruppen wie Familien in bestimmten Regionen nicht erwartungsgemäss unterstützt werden.

Im weiteren zeigte sich, dass die Kantone, welche nur 50 Prozent der Bundesbeiträge abgerufen haben, mit einigen Ausnahmen die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen trotzdem sicherstellen können. Anhand der Auswertung einer vom BSV bei den Kantonen durchgeführten Umfrage ergab sich jedoch, dass zahlreiche Kantone, welche 100 Prozent der Bundesbeiträge beanspruchen, im Prinzip noch immer keine befriedigenden Ergebnisse bei der Prämienverbilligung aufweisen können, weil die Prämien in diesen Kantonen sehr hoch sind. Während in den meisten Kantonen die Prämienbelastung in bezug auf das anrechenbare Einkommen dank Prämienverbilligungsbeiträgen unter 10 Prozent gesenkt werden kann, weisen die Kantone mit hohen Prämien noch immer Belastungen von über 15 Prozent auf, und bei Familien mit zwei oder vier Kindern kann diese Belastung sogar 20–42 Prozent betragen (z. B. Genf).

13 Verteilung der nicht abgeholten Bundessubventionen

Gemäss Auskunft des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) wurden 1996 von den gemäss KVG maximal zur Verfügung gestellten Beiträgen an die Prämienverbilligung von rund 1,83 Milliarden Franken nur etwa 1,364 Milliarden von den Kantonen abgeholt. In der Bundeskasse verbleiben also rund 464 Millionen Franken, die den Versicherten zu Gute kommen sollten. Auf diese Gelder aus dem Jahre 1996 kann allerdings nicht mehr zurückgegriffen werden. Sie bleiben in der Bundeskasse. Die Kommission ist aber der Meinung, dass Gelder, die von den Kantonen in den Jahren 1997/98/99 nicht abgeholt werden –, für 1997 wird mit ungefähr 413 Millionen Franken gerechnet –, über die Krankenkassen an die Versicherten verteilt werden sollten. Für eine Übergangszeit von drei Jahren soll für einen Teil der Bundesmittel eine Giesskannensubvention in Kauf genommen werden. Das KVG sieht in Artikel 106 die jährlichen Beiträge des Bundes an die Prämienverbilligung vor. Für die Jahre 2000–2003 wird der Bundesrat dem Parlament einen neuen Antrag zur Finanzierung dieser Beiträge vorlegen müssen. Die Kommission erachtet dieses Vorgehen als verantwortbar, da die steigende Prämienbelastung für weite Teile der Bevölkerung, insbesondere auch für den Mittelstand und Familien, sehr belastend ist.

Die Subkommission hat verschiedene Modelle der möglichst gerechten und einfachen Verteilung der Subventionen geprüft und diese mit einer repräsentativen Delegation von Krankenversicherern diskutiert. Zur Diskussion standen folgende Varianten: Verteilung nur an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, Verteilung

pro Kopf der Bevölkerung mit Berücksichtigung der Altersstruktur, Verteilung pro Kopf der Bevölkerung.

Für die Verteilung der Gelder allein unter Kinder und Jugendliche sprechen vor allem sozial- und familienpolitische Überlegungen. Es handelt sich auch um eine administrativ leicht durchführbare Lösung. Die Vertreter der Krankenkassen wandten sich aber gegen diesen Verteilschlüssel. Sie machten geltend, dass die Kinderprämien aufgrund des harten Wettbewerbs unter den Kassen im Kampf um junge Versicherte bereits stark verbilligt seien. Eine Bundessubvention an diese umworbene Personengruppe würde zu Marktverzerrungen und zu noch aggressiveren Werbestrategien in diesem Bereich führen. Es würden Kassen privilegiert, die viele junge Versicherte haben, jene mit einer ausgewogenen Altersstruktur würden benachteiligt. Ältere Personen aufnehmen zu müssen, würde noch unattraktiver.

Bei der Verteilung nach Kopf der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Alterspyramide könnte man sich ein Modell vorstellen, wonach pro Altersjahr ein Zuschlag ausbezahlt würde. Für 1996 hätten pro Altersjahr ca. 2 Franken ausgerichtet werden können. Ein siebenjähriges Kind würde pro Jahr somit 14 Franken, ein 80jähriger 160 Franken erhalten. Damit würde wie bei den Kindern und Jugendlichen nur eine Personengruppe begünstigt. Es würden jene Krankenkassen bevorzugt, die vor allem ältere Personen versichern. In dieser Personengruppe gibt es sicher zahlreiche Menschen, die stark unter den Prämiensteigerungen leiden, aber auch viele, die über ein genügendes Einkommen und Vermögen verfügen, und dies bei sonst geringen Ausgaben, da keine Unterhaltspflichten mehr bestehen. Weiter haben sozial schwache ältere Personen die Möglichkeit, Ergänzungsleistungen zu beantragen. Administrativ dürfte diese Lösung mit einigem Aufwand verbunden sein, würde sich der Beitrag pro Versicherten während der dreijährigen Geltungsdauer des Bundesbeschlusses doch in jedem Jahr ändern.

Schliesslich bleibt die Verteilung pro Kopf der Bevölkerung. Angesichts der hohen Prämienbelastung für weite Teile der Bevölkerung erachtet die Subkommission die Verteilung der Subventionen gleichmässig pro Kopf der Bevölkerung für eine Übergangszeit von drei Jahren als sinnvoll. Diese Lösung bringt keine Wettbewerbsverzerrungen unter den Kassen und kann von den Krankenversicherern mitgetragen werden. Weiter ist sie für Familien trotz der giesskannenartigen Verteilung vorteilhaft, da die bereits verbilligten Kinderprämien mit denselben Beiträgen wie die Erwachsenenprämien unterstützt werden. Somit dürfte z. B. eine fünfköpfige Familie mit einer Subvention von rund 300 Franken pro Jahr rechnen. Administrativ ist die Lösung einfach durchzuführen. Die Auszahlung soll auf der Prämienrechnung separat als Beitrag des Bundes ausgewiesen werden, und es soll auch möglich sein, auf diese Unterstützung zu verzichten.

14 Erwägungen der Kommission

Die Kommission hat an ihrer Sitzung vom 23. Januar 1997 den Bericht und den Beschlussesentwurf der Subkommission beraten. Die Kommissionsmehrheit schliesst sich der Meinung der Subkommission an, indem sie den dringlichen Handlungsbedarf für eine Ausschüttung der nicht abgeholten Bundesgelder bejaht. Angesichts der gewaltigen finanziellen Belastung weiter Bevölkerungskreise durch die Krankenversicherungsprämien erachtet sie die Vorlage im Moment als die bestmögliche Lösung mit sofortiger Wirkung. Sie ist der Ansicht, dass es vertretbar ist, für drei Jahre, neben dem bestehenden System der gezielten Prämienverbilligung, einen pro Kopf-Beitrag einzuführen. Die für das Jahr 1997 nach gegenwärtigen

Schätzungen zu verteilenden 413 Millionen Franken stellen nur 15,2 Prozent der durch Bund und Kantone jährlich zur Prämienverbilligung ausgeschütteten Gelder dar. Der Grossteil der Gelder, nämlich 84,8 Prozent oder 2,71 Milliarden Franken, werden nicht angetastet und weiterhin über das im KVG vorgesehene System verteilt. Sie erinnert auch daran, dass im Vorfeld der Abstimmung über die Mehrwertsteuer (MWST) der Bevölkerung versprochen wurde, dass 500 Millionen Franken aus den Erträgen der MWST für die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung bereitgestellt würden. Sie diskutierte den Verteilungsschlüssel für die Gelder sehr ausführlich und erwoگ die verschiedensten Modelle. Da aber der Beschluss sofort Wirkung entfalten soll, muss er administrativ einfach umzusetzen sein. Umso mehr soziale Aspekte berücksichtigt werden, desto schwieriger und komplizierter wird die Umsetzung. Würde man den Krankenkassen beispielsweise Steuerdaten zur Verfügung stellen, ergäben sich neben dem hohen Aufwand der Auswertung auch erhebliche administrative Probleme. Auch ist es fraglich, wie weit den Krankenkassen selber Abklärungen zuzumuten sind, um allenfalls unterstützungspflichtige Personen oder Minderjährige herauszusuchen. Der Kreis der Berechtigten könnte in einem solchen System von Kasse zu Kasse sehr verschieden aussehen, da es Kassen gibt, die mehr Familien oder Alleinstehende mit Kindern versichern als andere. Bei der Auszahlung würde dies zu unterschiedlichen Beiträgen pro Versicherten führen. Es wäre auch nicht sinnvoll, wenn ein Teil der Gelder in solchen administrativen Arbeiten versickern würden. Als wichtig erachtet die Kommissionsmehrheit auch, dass den Versicherten die Möglichkeit geboten werden muss, auf einfache Weise auf die Subvention zu verzichten. Die Verteilung pro Kopf der Bevölkerung hat sich angesichts der erwähnten Probleme als die gerechteste Lösung herausgestellt.

Die Kommissionsminderheit will zur Zeit nicht in ein System eingreifen, das bewusst mit der Möglichkeit versehen wurde, dass die Kantone die Bundesbeiträge auch nur zu 50 Prozent ausschöpfen können. Sie möchte die Subventionen ausschliesslich über diesen Steuerungsmechanismus an die Kantone weitergeben. Die Kantone sollen hierin ihre Pflicht erfüllen. Zudem ist sie der Ansicht, dass sich die kantonalen Unterschiede mit der Zeit ausgleichen werden, da für das Jahr 1997 bereits von einigen Kantonen, die im Jahre 1996 das Minimum ausgeschöpft haben, ein höherer Betrag abgerufen wird. Die Kantone sollten hierin ihre Pflicht erfüllen. Sie erachten die Wirkung der vorgesehenen Prämienverbilligung mit der Giesskanne als wenig effizient und wünschen eine gezieltere Lösung.

2 Besonderer Teil: Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Bundesbeschlusses

21 Artikel 1 Bundesbeiträge

In diesem Artikel wird der Grundsatz festgehalten, dass der Bund die von den Kantonen gemäss Artikel 66 Absatz 5 KVG nicht beanspruchten Bundesbeiträge an die Krankenversicherer weiterleitet. Die Kantone haben dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) jeweils bis zum 31. Januar mitzuteilen, wieviele Prozente der ihnen zustehenden Bundesbeiträge sie für das laufende Jahr zu beanspruchen gedenken. Aufgrund dieser Angaben lassen sich in der Folge die noch zur Verfügung stehenden Bundesbeiträge berechnen. Diese werden sodann durch den durchschnittlichen Versichertenbestand (Erwachsene und Kinder) des Vorjahres dividiert und anteilmässig pro versicherte Person an die Krankenversicherer ausbezahlt.

Die konkrete Verteilung der Bundesbeiträge an die Versicherten wird von den Krankenversicherern vorgenommen. Sie haben dementsprechend die Beiträge, die sie vom Bund aufgrund des in Artikel 1 skizzierten Verteilschlüssels erhalten, mittels einer einmaligen, generellen und gleichmässigen Prämienermässigung an alle ihre Versicherten weiterzuleiten. Wie die Krankenversicherer dies im konkreten Fall tun, ist ihnen überlassen. Es wäre denkbar, dass die Krankenversicherer die Pro-Kopf-Beiträge beispielsweise direkt von der Monatsprämie in Abzug bringen oder dass sie den Versicherten einen Cheque zustellen. Bei dieser Verteilung wird der Versichertenbestand vom Dezember des laufenden Jahres massgebend sein. Aufgrund der divergenten Versichertenbestände (zwischenzeitlich vorgenommene Ein- und Austritte) für die Verteilung der Bundesbeiträge an die Krankenversicherer und der zeitlich verschobenen Verteilung an die Versicherten wird es wahrscheinlich sein, dass der Beitrag pro versicherte Person von Krankenversicherer zu Krankenversicherer nicht immer genau der gleiche sein wird. Diese kleinen Differenzen müssen jedoch aufgrund des möglichst einfach gehaltenen Verteilmodells, welches einen minimalen administrativen Aufwand sowohl beim Bund wie auch bei den Krankenversicherern verursacht, in Kauf genommen werden.

Eine Minderheit der Kommission möchte den Kreis der anspruchsberechtigten Personen nur auf diejenigen Versicherten einschränken, welche gemäss Artikel 276 ff. ZGB unterstützungspflichtig oder minderjährig sind. Dabei soll die Prämienermässigung für minderjährige Versicherte nur halb so hoch sein wie für die übrigen Versicherten. Diese Einschränkung des Kreises der anspruchsberechtigten Personen bedeutet eine wesentlich gezieltere Unterstützung von Familien und unterstützungspflichtigen Personen.

Diese zusätzlichen Kriterien für die Ermittlung der anspruchsberechtigten Personen bedeutet für die Krankenversicherer aber auch einen zusätzlichen Aufwand für die Abklärung betreffend die Unterstützungspflicht gemäss Artikel 276 ff. ZGB. Hinsichtlich der Abklärung betreffend die minderjährigen Versicherten dürfte es keine zusätzlichen Aufwände für die Krankenversicherer geben, da sich der Begriff der minderjährigen Versicherten mit demjenigen der Kinder gemäss KVG deckt.

Aufgrund dieser differenzierteren Anspruchsvoraussetzungen wird es zudem auch zu grösseren Differenzen im Betrag pro anspruchsberechtigte Person von Krankenversicherer zu Krankenversicherer kommen und die Krankenversicherer müssen auch kompliziertere Berechnungen für die jeweilige Prämienermässigung pro anspruchsberechtigte Person durchführen, was wiederum einen grösseren administrativen Aufwand zur Folge hat.

Mit der Wiedereinführung der Giesskannensubvention muss leider auch in Kauf genommen werden, dass Versicherte in den Genuss einer Prämienermässigung gelangen werden, die aufgrund ihrer Einkommens- und/oder Vermögensverhältnisse eigentlich gar nicht darauf angewiesen wären. Für diejenigen Versicherten, die freiwillig auf ihre Prämienermässigung verzichten möchten, haben die Krankenversicherer Vorkehrungen zu treffen, damit die Versicherten allenfalls auf die Prämienermässigungen verzichten können. Wie die Krankenversicherer diese Verzichtsmöglichkeit jedoch ausgestalten, ist ihnen überlassen. Es wäre jedoch beispielsweise denkbar, dass der Krankenversicherer eine Umfrage bei seinen Versicherten zu dieser Frage macht, dass er den Versicherten einen Cheque zukommen lässt (und es den Versicherten überlässt, ob sie ihn einlösen oder nicht), oder dass er ihnen zwei Einzahlungsscheine mit der normalen und der ermässigten Prämie

schickt (und es wiederum den Versicherten überlässt, welche Prämie sie bezahlen wollen).

Für die von den Versicherten nicht beanspruchten Prämienermässigungen müssen die Krankenversicherer einen Fonds für Härtefälle einrichten, sofern sie nicht schon bereits über einen solchen verfügen. Damit festgestellt werden kann, ob die nicht beanspruchten Gelder auch zweckentsprechend verwendet werden, haben die Krankenversicherer dem BSV ein Reglement für den Fonds zur Prüfung einzureichen.

23 Artikel 3 Verfahren

Mit diesem Artikel wird dem Bundesrat die Kompetenz zugesprochen, Ausführungsbestimmungen für die Aufteilung und die Auszahlung der von den Kantonen nicht beanspruchten Bundesbeiträgen an die Krankenversicherer zu erlassen. In diesem Verfahren sind beispielsweise noch die genauen Modalitäten der Berechnungen der Kopfbeiträge, der genaue Zeitpunkt der Auszahlung der Bundesbeiträge an die Krankenversicherer etc. zu regeln.

Damit sichergestellt ist, dass die Bundesbeiträge von Krankenversicherern auch im Sinne des Bundesbeschlusses verwendet werden und korrekt in der Jahresrechnung aufgeführt und ausgewiesen werden, kann das BSV den Krankenversicherern Weisungen erteilen.

24 Artikel 4 Schlussbestimmung

Die Absätze 1 bis 3 enthalten die üblichen Schlussbestimmungen zu einem dringlichen Bundesbeschluss. Dieser wird höchstens bis zum 31. Dezember 1999 gelten. In Absatz 4 wird dem Bundesrat die Kompetenz zugesprochen, den Bundesbeschluss allfällig vorzeitig aufzuheben. Diese Möglichkeit könnte sich zum Beispiel dann als sinnvoll erweisen, wenn der zu verteilende Betrag der von den Kantonen nicht beanspruchten Bundesbeiträge dermassen gering ist, dass sich eine Auszahlung an die Krankenversicherer nicht mehr lohnt.

3 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die Vorlage wird für den Bund grundsätzlich keine Mehrausgaben zur Folge haben, da die in Artikel 106 KVG gesetzlich festgelegten Bundesbeiträge in voller Höhe ausgeschöpft werden. Durch die Verteilung der von den Kantonen, gestützt auf Artikel 66 Absatz 5 KVG nicht beanspruchten Bundesbeiträge wird es dem Bund jedoch nicht mehr möglich sein, allfällige unvorhergesehene Ersparnisse zu machen.

Die Durchführung der Auszahlung der Bundesbeiträge an die Krankenversicherer wird vom Bundesamt für Sozialversicherung vorgenommen, welche diese Art der Subventionierung bereits unter dem alten Krankenversicherungsrecht durchgeführt hat.

4 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 Prämienverbilligung.

Die vorgeschlagenen Massnahmen sollen in Form eines zeitlich befristeten allgemeinverbindlichen Bundesbeschlusses erlassen werden. Solche Bundesbeschlüsse können nach Artikel 89^{bis} der Bundesverfassung dringlich erklärt werden, wenn sie sachlich und zeitlich dringlich sind. Die zeitliche Dringlichkeit ergibt sich aus dem Umstand, dass die Krankenversicherer bis ca. Ende Juni wissen sollten, ob eine Auszahlung an die Krankenversicherer für das laufende Jahr erfolgt, damit sie die notwendigen administrativen Vorkehrungen für die Weitergabe der Beiträge an die Versicherten treffen können. 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 die Bundesbeiträge für das Jahr 1997 nicht mehr an die Krankenversicherer und somit auch nicht mehr an die Versicherten ausbezahlt werden.

Verteilung pro versicherte Person

Jahr	Zu verteilende Bundesbeiträge ¹⁾	Anzahl Versicherte ²⁾	Jahresbeitrag pro versicherte Person	Monatsbeitrag pro versicherte Person
1997	Fr. 413 077 153	7 166 317	Fr. 57.64	Fr. 4.80

Verteilung pro Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder)

Jahr	Zu verteilende Bundesbeiträge ¹⁾	Anzahl Kinder ²⁾	Jahresbeitrag pro Kind	Monatsbeitrag pro Kind
1997	Fr. 413 077 153	1 576 233	Fr. 262.07	Fr. 21.84

¹⁾ Nach provisorischer Umfrage bei den Kantonen im Oktober 1996 und bereits definitiven Angaben der Kantone an das BSV im Januar 1996

²⁾ Versichertenbestände 1995

Bundesbeschluss über die befristete Auszahlung von Bundesbeiträgen an die Krankenversicherer

Entwurf

vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung,
nach Einsicht in den Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates vom 23. Januar 1997¹⁾
und in die Stellungnahme des Bundesrates vom 10. März 1997²⁾,
beschliesst:

Art. 1 Bundesbeiträge

¹ Der Bund richtet jährlich an die Krankenversicherer in der obligatorischen Krankenversicherung die Bundesbeiträge zur Verbilligung der Krankenprämien aus, die von den Kantonen aufgrund der Kürzungen nach Artikel 66 Absatz 5 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung³⁾ nicht beansprucht werden.

² Die zur Verfügung stehende Summe wird unter die Krankenversicherer anteilmässig entsprechend der Zahl der versicherten Personen verteilt; massgebend sind die durchschnittlichen Versicherungsbestände im Vorjahr.

Art. 2 Prämienermässigung

¹ Die Krankenversicherer müssen die Bundesbeiträge nach Artikel 1 im gleichen Jahr für eine einmalige allgemeine und einheitliche Prämienermässigung für die im Dezember bei ihnen versicherten Personen verwenden.

Minderheit (Suter, Guisan)

¹ Die Krankenversicherer müssen die Bundesbeiträge nach Artikel 1 im gleichen Jahr für eine einmalige Prämienermässigung für die im Dezember bei ihnen versicherten Personen verwenden, die unterstützungspflichtig nach den Artikeln 276 ff des Zivilgesetzbuches⁴⁾ sind oder das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Die Prämienermässigung für Personen unter 18 Jahren muss halb so hoch sein wie jene für ältere Personen.

² Die Krankenversicherer müssen es ihren Versicherten ermöglichen, auf einfache Weise auf eine ihnen zustehende Prämienermässigung zu verzichten.

³ Bundesbeiträge, die aufgrund eines Prämienermässigungsverzichts von Versicherten nicht beansprucht werden, sind an einen Fonds der Krankenversicherer für Här-

¹⁾ BBl 1997 III 230

²⁾ BBl 1997 III 241

³⁾ SR 832.10

⁴⁾ SR 210

tefälle zu überweisen. Die Krankenversicherer müssen dafür ein Reglement erlassen; das Reglement muss vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) genehmigt werden.

Art. 3 Verfahren

¹ Der Bundesrat regelt die Aufteilung und die Auszahlung der Beiträge an die Versicherer.

² Das BSV erlässt Weisungen an die Versicherer über die Behandlung der Beiträge in der Jahresrechnung, um sicherzustellen, dass Artikel 2 eingehalten wird.

Art. 4 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

² Er wird nach Artikel 89^{bis} Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und tritt am Tage nach seiner Annahme in Kraft.

³ Er untersteht nach Artikel 89^{bis} Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum und gilt längstens bis zum 31. Dezember 1999.

⁴ Der Bundesrat kann den Beschluss vorzeitig aufheben.

Parlamentarische Initiative. Krankenversicherung. Befristete Auszahlung von Bundesbeiträgen an die Krankenversicherer. Dringlicher Bundesbeschluss Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 23. Januar 1997

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1997
Année	
Anno	
Band	3
Volume	
Volume	
Heft	20
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	97.401
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	27.05.1997
Date	
Data	
Seite	230-240
Page	
Pagina	
Ref. No	10 054 272

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.