

92.067

**Botschaft
über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung
in der Krankenversicherung
(neues Massnahmenprogramm 1993–94)**

vom 19. August 1992

Sehr geehrter Herr Präsident,
sehr geehrte Frau Präsidentin,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen hiermit unsere Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (neues Massnahmenprogramm 1993–94) und beantragen Ihnen, dem beigelegten Entwurf zuzustimmen.

Wir versichern Sie, sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

19. August 1992

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates
Der Bundespräsident: Felber
Der Bundeskanzler: Couchepin

Übersicht

Gleichzeitig mit der Botschaft über die Revision der Krankenversicherung hat der Bundesrat am 6. November 1991 dem Parlament auch eine Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung unterbreitet. Er beantragte einen dringlichen Bundesbeschluss befristet auf drei Jahre. Die Massnahmen gegen die Entsolidarisierung wurden vom Parlament wie beantragt für die Dauer von drei Jahren beschlossen. Die Massnahmen gegen die Kostensteigerung waren hingegen stark umstritten. Das Parlament befristete diese Massnahmen schliesslich auf ein Jahr und erteilte dem Bundesrat gleichzeitig den Auftrag, «den Räten vor Ablauf der Gültigkeitsdauer dieses Beschlusses ein dringliches Massnahmenprogramm gegen die Kostensteigerung zu unterbreiten» und dabei die Interessen der Kantone besser zu berücksichtigen. Diesem Auftrag kommt diese Vorlage nach. Sie soll auf zwei Jahre befristet sein.

Die Vorlage beschränkt sich bewusst auf die beiden bereits im geltenden Bundesbeschluss enthaltenen Bereiche, nämlich auf Begrenzungen für die Erhöhung von Tarifen und Preisen der Leistungserbringer und auf Begrenzungen von Prämien erhöhungen der Krankenkassen. Weitergehende Vorschläge, wie sie auch im Vernehmlassungsverfahren gemacht worden sind, sollen bei der Revision der Krankenversicherung geprüft werden. Jene Vorlage hat weiterhin die höchste Priorität. Der Auflage, die Interessen der Kantone besser zu berücksichtigen, kommt die Vorlage nach, indem für die Erhöhung der Spitaltarife eine Anpassung an die allgemeine Lohnentwicklung beim Personalaufwand und an die Preisentwicklung beim Sachaufwand zulässig sein soll. Nachdem auch im laufenden Jahr die Kosten trotz des dringlichen Bundesbeschlusses offenbar stark ansteigen, soll für das kommende Jahr bei den ambulanten Behandlungen ein Tarifstopp gelten. Dieser kann im Jahre 1994 nur aufgehoben werden, wenn bei der Kostenentwicklung im Jahre 1992 das Ziel des geltenden Bundesbeschlusses (Kostensteigerung höchstens ein Drittel über der allgemeinen Preissteigerung) tatsächlich erreicht worden ist. Bei der Begrenzung der Prämiensteigerungen wird ein neues System vorgesehen. Während im geltenden Bundesbeschluss die jeweils gültigen Prämien der einzelnen Krankenkassen höchstens um eine für alle Kassen einheitlichen Prozentsatz erhöht werden dürfen, soll nun für alle Krankenkassen eine obere Grenze in Form eines festen Frankenbetrages je Kanton festgelegt werden (Richtprämie). Diese Regelung wird zu unterschiedlichen Erhöhungen in Prozent der jeweiligen Prämie, aber zu einer Verringerung der bestehenden Prämienunterschiede in Franken führen. Damit soll auch sichergestellt werden, dass der ab dem Jahr 1993 zwischen den Kassen geltende Risikoausgleich sofort seine Wirkung zeigt und die Kassen ihre Prämien dennoch nicht zu stark erhöhen.

Botschaft

1 Allgemeiner Teil

11 Ausgangslage

111 Auftrag der eidgenössischen Räte

Der Bundesrat hat den eidgenössischen Räten bereits am 6. November 1991 eine erste Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung unterbreitet (BBl 1991 IV 917). Die eidgenössischen Räte teilten die ihnen unterbreitete Vorlage damals auf und verabschiedeten am 13. Dezember 1991 zwei dringliche Bundesbeschlüsse, nämlich

- den Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung (SR 832.112), mit einer Geltungsdauer längstens bis zum 31. Dezember 1994, und
- den Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (SR 832.111), mit einer Geltungsdauer längstens bis zum 31. Dezember 1992.

In Artikel 4 des auf ein Jahr befristeten Beschlusses gegen die Kostensteigerung wird der Bundesrat beauftragt, den Räten vor Ablauf der Gültigkeitsdauer des Beschlusses ein neues dringliches Massnahmenprogramm gegen die Kostensteigerung vorzulegen und dabei insbesondere den Interessen der Kantone besser Rechnung zu tragen. Diesem Auftrag kommt der Bundesrat mit der Unterbreitung dieser Botschaft und der Vorlage des Entwurfs für einen neuen Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung nach.

112 Auswirkungen des Bundesbeschlusses gegen die Kostensteigerung von 1991 im Bereich der Tarife und Preise

Eine Umfrage bei den Kantonen und Krankenkassenverbänden hat ergeben, dass der dringliche Bundesbeschluss im stationären Bereich (Spitaltaxen) in gut der Hälfte der Kantone anzuwenden war, indem die Kantonsregierung die für 1992 gültigen Tarife erst nach Inkrafttreten des Bundesbeschlusses genehmigte. In den Kantonen Aargau und Nidwalden reichten die kantonalen Krankenkassenverbände gegen den Tarifentscheid der Kantonsregierung Beschwerde beim Bundesrat ein, mit der Begründung, der Bundesbeschluss werde nicht eingehalten. Diese Beschwerden sind zurzeit noch nicht entschieden. Einzelne Kantone der Westschweiz (VD, NE) kennen im stationären Bereich prospektive Erstattungssysteme (Globalbudgetierung), die von der Zielsetzung her (Plafonierung der Ausgaben) dem dringlichen Bundesbeschluss sehr nahe kommen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass in denjenigen Kantonen, die den dringlichen Bundesbeschluss anwenden mussten, dieser im stationären Bereich wohl eine kostendämpfende Signalwirkung hatte und in den meisten Fällen zu zurückhaltenden Tarifabschlüssen geführt hat, dass aber in jenen Kantonen, die aufgrund des Genehmigungszeitpunktes nicht zur Anwendung der Bestimmungen des

Bundesbeschlusses verpflichtet waren, teilweise erhebliche Tarifierhöhungen ausgehandelt worden sind. Kurzfristig führen Massnahmen zur Begrenzung von Tarifierhöhungen zu einer Reduktion des Eigenfinanzierungsgrades der Heilanstalten und damit zu einem Ansteigen des durch die Kantone zu übernehmenden Betriebsdefizites. Längerfristig sollte dadurch für die Kantone aber auch ein Anreiz entstehen, nach kostendämmenden Lösungen zu suchen (überregionale und interkantonale Spitalplanung, Definition der Leistungsaufträge für die einzelnen Spitäler, Abbau überflüssiger Akutbetten, Reduktion der Aufenthaltsdauer im Akutspital).

Im *ambulanten Bereich* fanden in den meisten Kantonen keine Tarifierpassungen statt. Damit ist aber die Kostenentwicklung nicht gestoppt worden. Einerseits beinhalten in einigen Kantonen die Tarifvereinbarungen Indexklauseln, welche eine Anpassung des Taxpunktwertes ohne formelle Vertragsänderung zulassen. Andererseits beruht die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich zu einem wesentlichen Teil auf der Mengenentwicklung. Gewisse Komponenten der Mengenausweitung können von den Leistungserbringern nicht beeinflusst werden («legitime Mengenausweitung», z. B. infolge Überalterung der Bevölkerung, Bevölkerungszunahme usw.).

Im Bereich der *eidgenössischen Tarife* wurde der Bundesbeschluss durch das Eidgenössische Departement des Innern bzw. durch das Bundesamt für Sozialversicherung angewendet. Bei der Analysenliste (AL) wurden keine Tarifierhöhungen gewährt. Bei den Medikamenten wurden die Preiserhöhungen auf 3,9 Prozent festgelegt. Ohne Bundesbeschluss hätten die Preiserhöhungen je nach Datum der letzten Preisanpassung 6 Prozent oder mehr betragen.

Betrachtet man die *Kostenentwicklung bei den Krankenkassen*, so ergibt sich folgendes Bild: Im Jahre 1991, also noch vor Inkrafttreten der dringlichen Bundesbeschlüsse, betrug die Kostensteigerung im Vergleich zum Vorjahr nach ersten Hochrechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherung einschliesslich der Leistungen für Zusatzversicherungen etwa 12 Prozent (1990 6,2%). Für die Grundversicherung dürfte die Kostensteigerung etwa bei 10,3 Prozent liegen, wenn man davon ausgeht, dass das Verhältnis Kostensteigerung insgesamt zu Kostensteigerung Grundversicherung gleich ist wie im Jahre 1990 (6,2%:5,3%). Demgegenüber betrug die Lohnentwicklung im Jahre 1991 nominal 7,0 Prozent. Nach den Angaben einzelner Krankenkassen steigen die Kosten im laufenden Jahr bisher etwa im gleichen Masse an wie im Vorjahr (+13% Krankenpflegeleistungen insgesamt). Nach den gleichen Angaben ist die Kostensteigerung bei ambulanten Behandlungen stärker als bei der stationären Behandlung. Die Steigerungsrate flacht also offenbar noch nicht ab, nimmt aber immerhin nicht so stark zu, wie dies von 1990 auf 1991 der Fall war.

113 Auswirkungen des Bundesbeschlusses gegen die Kostensteigerung von 1991 im Bereich der Mitgliederbeiträge

Artikel 2 des Beschlusses von 1991 legt den maximal zulässigen Anstieg der Mitgliederbeiträge im Verhältnis zur allgemeinen Teuerung fest. Für 1992 ergab dies eine maximal zulässige Prämienanpassung von 10 Prozent. Nach Artikel 3

Absatz 2 kann das Bundesamt für Sozialversicherung zur Aufrechterhaltung der finanziellen Sicherheit einer Kasse stärkere Prämien erhöhungen zulassen.

In der Praxis haben sich die Kassen wie folgt verhalten:

- 69 Kassen mit 13 Prozent aller Versicherten sind mit ihren Prämienaufschlägen von vorneherein unter den maximal zulässigen Erhöhungen geblieben;
- 73 Kassen mit 32 Prozent aller Versicherten haben ihre Prämien erhöhungen auf Veranlassung des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) im zulässigen Rahmen gehalten;
- 42 Kassen haben ein Ausnahmegesuch für eine stärkere Erhöhung der Mitgliederbeiträge gestellt; sie repräsentieren 55 Prozent aller Versicherten, weil auch sehr grosse Kassen dazu gehören; bei 34 Kassen mit 5 Prozent aller Versicherten wurden die Ausnahmegesuche vom BSV gutgeheissen; in diesen Fällen verlangte die finanzielle Sicherheit der Kassen eine stärkere Prämien-erhöhung.

8 Gesuche wurden vom BSV abgelehnt; 5 Kassen haben hiergegen beim Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) Beschwerde eingelegt; alle 5 Beschwerden wurden abgewiesen; 3 der vom EDI abgewiesenen Beschwerdeführer mit etwa 28 Prozent der Versicherten haben beim Bundesrat rekuriert. Diese Beschwerden sind gegenwärtig noch hängig.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zwei Drittel der Versicherten aus der Beschränkung der Prämien-erhöhung Nutzen ziehen konnten. Für etwa 28 Prozent ist die Frage noch offen, und nur für 5 Prozent wurden Ausnahmegesuche bewilligt. Darüber hinaus lassen sich auch indirekte Auswirkungen der die Prämien-erhöhungen einschränkenden Bestimmungen feststellen, wie z. B. Änderungen im Verhalten der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern. So haben die Kassen wissen lassen, dass sie im Tarifbereich eine härtere Gangart einschlagen wollen und dass in der Grundversicherung nur noch Medikamente übernommen werden sollen, die auf den eidgenössischen Listen (Arzneimittelliste mit Tarif und Spezialitätenliste) enthalten sind. Man wird also kaum fehlgehen, wenn man annimmt, dass die befristeten Massnahmen gegen die Kostensteigerung auch das kosteneindämmende Verhalten bei den Krankenkassen verstärken werden.

12 Ergebnisse des Vorverfahrens

Das Departement des Innern hat im Februar 1992 bei den Kantonsregierungen sowie den Spitzenverbänden der Versicherer und der Leistungserbringer eine Umfrage durchgeführt und sie eingeladen, ihm Vorschläge für das Anschlussprogramm einzureichen. Die eingegangenen Stellungnahmen enthielten Vorschläge, die kaum in den Rahmen befristeter Übergangsregelungen passen, sondern Vorgriffe auf die Gesamtrevision der Krankenversicherung darstellen (z. B. Kompetenz des Bundes zur Harmonisierung der Tarifstrukturen, Festlegung des Kostendeckungsgrades im Spital, Einführung des Globalbudgets).

Das eigentliche Vernehmlassungsverfahren über das neue Massnahmenprogramm wurde am 2. Juni 1992 eröffnet. Es musste in der kurzen Frist von einem

Monat durchgeführt werden, weil das Geschäft von beiden Räten in der Herbstsession beraten werden soll.

Alle Kantone sprechen sich für eine rasche Revision der Krankenversicherung aus. Nur wenige Kantone (NE, GE, BS, VD) erachten bis zum Inkrafttreten der Revision befristete Massnahmen zur Kosteneindämmung als notwendig. Namentlich die Einführung einer Richtprämie erscheint ihnen dabei zusammen mit flankierenden Massnahmen als taugliches Mittel zur direkten Begrenzung des Prämienanstiegs. Dieser Vorschlag wird auch von den Kantonen Glarus, Tessin, St. Gallen und Thurgau unterstützt. Die ablehnenden Stimmen stützen sich im wesentlichen auf die gleichen Argumente wie bei den vorausgehenden Bundesbeschlüssen: Eingriff in die kantonale Hoheit, Symptom- statt Ursachenbekämpfung. Schwierigkeiten bei der Durchführung des ersten Massnahmenpakets verstärken die Befürchtungen gegenüber dem Anschlussprogramm.

Die Sozialdemokratische Partei, die Schweizer Demokraten und die Grüne Partei nehmen mit gewissen Vorbehalten eine grundsätzlich befürwortende Haltung ein. Dem steht die ablehnende Haltung der anderen Parteien, nämlich der Freisinnig-Demokratischen Partei, der Christlichdemokratischen Volkspartei, der Schweizerischen Volkspartei und des Landesrings der Unabhängigen gegenüber.

Die Arbeitgeberverbände (mit Ausnahme der Fédération romande des syndicats patronaux) und die Wirtschaftsverbände sind gegen die Massnahmen. Sie bezweifeln ihre Wirksamkeit und betrachten sie als gegenwärtig unnötige staatliche Eingriffe, als Behinderung des freien Wettbewerbs und als Gefährdung der bestehenden Wirtschaftsordnung. Die Probleme müssen nach ihrer Meinung auf dem Wege der ordentlichen Gesetzgebung gelöst werden.

Die Arbeitnehmerverbände verlangen die Fortführung der befristeten Beschlüsse mit Verbesserungen und betrachten sie als notwendige Überbrückungsmassnahme bis zum Inkrafttreten des revidierten Gesetzes.

Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen ist gegen eine Neuauflage des Notrechts, unterstützt jedoch die laufende Revision des Gesetzes. Die Krankenkassen, die sich einzeln vernehmen liessen, teilen diese Auffassung; sie befürchten insbesondere finanzielle Schwierigkeiten, wenn keine Ausnahmen von der Beschränkung des Prämienanstiegs zugelassen werden. Diese Befürchtung wird auch in verschiedenen anderen Stellungnahmen geäussert.

Die Leistungserbringer und die chemische Industrie sind geschlossen gegen ein neues Massnahmenprogramm. Sie bezweifeln die Wirksamkeit von generellen Tarifbeschränkungen, befürchten, dass die vorgeschlagenen Massnahmen sich kontraproduktiv auswirken, und beklagen die Einschränkung der Vertragsfreiheit.

Gute Aufnahme finden die Vorschläge für ein neues Massnahmenprogramm bei den Patienten- und den Konsumentenorganisationen. Diese befürworten ein noch energischeres Eingreifen, zeigen sich aber besorgt, dass allfällige finanzielle Schwierigkeiten der Kassen letztlich den Versicherten zum Schaden gereichen.

2 Grundzüge der Vorlage

Wie dies bereits im Beschluss über Massnahmen gegen die Kostensteigerung von 1991 der Fall ist, beschränkt sich auch diese Vorlage auf Massnahmen im Bereich der Tarife und Preise einerseits und der Prämien andererseits. Sie sollen in der Zeit bis zum Wirksamwerden der gegenwärtig in der parlamentarischen Beratung befindlichen grundlegenden Reform der Krankenversicherung als Überbrückungsmassnahmen dazu beitragen, die Entwicklung der Kosten und der Prämien für die am härtesten betroffenen Versicherten in erträglichen Grenzen zu halten. In Übereinstimmung mit der im Vernehmlassungsverfahren einhellig geäusserten Meinung treten wir darüber hinaus mit unveränderter Überzeugung dafür ein, dass nur mit einer tiefgreifenden und umfassenden Revision der Krankenversicherung, wie der Bundesrat sie in seiner Botschaft vom 6. November 1991 (BBl 1992 I 93 ff.) den eidgenössischen Räten beantragt hat, den heutigen Fehlentwicklungen in den Bereichen Kosteneindämmung und Solidarität beizukommen ist. Es sind daher in erster Linie alle Kräfte für das Gelingen dieser Reform einzusetzen. Das hat uns auch dazu bewogen, in der hier unterbreiteten Vorlage auf andere denkbare Massnahmen zur Eindämmung der Kosten zu verzichten. Solche sind zwar von den interessierten Kreisen sowohl in der Meinungsumfrage im Februar 1992 als auch im Vernehmlassungsverfahren im Juni 1992 vorgeschlagen worden. Sie hätten jedoch den Rahmen einer befristeten Übergangsregelung gesprengt und einzelne Teile der Revision vorweggenommen. Es handelte sich dabei um Massnahmen wie die Einführung einer Kompetenz des Bundes zur Harmonisierung der Tarifstrukturen, die Festlegung des Kostendeckungsgrades im Spital durch den Bund, die Einführung von Globalbudgets, eine vom Bund vorgeschriebene Koordination bezüglich der Planung und Auslastung der Spitäler, den Erlass bundesrechtlicher Vorschriften über die Vergütung aufwendiger Diagnose- und Therapiegeräte, die Einführung von Fallpauschalen, die Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern, die Erhöhung der Kostenbeteiligung der Versicherten.

Das neue Massnahmenprogramm zur Kostendämpfung hat, wenn man sich auf Artikel 4 des Beschlusses gegen die Kostensteigerung von 1991 sowie auf die verschiedenen Stellungnahmen zum Dringlichkeitsrecht bezieht, vor allem folgenden Anliegen gerecht zu werden:

- Es soll den Bedürfnissen der Kantone besser Rechnung tragen.
- Es soll den Kostenanstieg womöglich stärker einschränken als der geltende Bundesbeschluss.
- Es soll bei der Begrenzung des Prämienanstiegs dem im Jahre 1993 erstmals eingeführten Risikoausgleich zwischen den Kassen Rechnung tragen und dafür sorgen, dass die Prämienbremse nicht stärker greift als die Kostenbremse.

Auf welche Art und Weise der neue Bundesbeschluss diese Anliegen in seiner Regelung verwirklicht, wird in Ziffer 3 hiernach näher erläutert. Hier sei nur auf die Grundzüge dieser Regelung hingewiesen.

Bei den Tarifen und Preisen für die ambulante Behandlung wird die Bremse noch etwas schärfer angezogen als im geltenden Beschluss. Für das Jahr 1993 wird ein Anstieg gänzlich ausgeschlossen sein, und im Jahre 1994 soll er nur dann zugelassen werden, wenn sich erwiesen hat, dass das Sparziel für 1992 er-

reicht worden ist. Das Sparziel ist das gleiche wie im geltenden Bundesbeschluss: der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten pro Versicherten und Jahr darf nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise liegen (Art. 1 Abs. 1).

Im stationären Bereich wird dem Argument der Kantone Rechnung getragen, dass bei den Spitaltaxen in erster Linie die Personalkosten ins Gewicht fallen. Bei den Spitaltaxen soll daher der Personalkostenanteil entsprechend dem vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit ermittelten Lohnindex, der Sachkostenanteil entsprechend dem Landesindex der Konsumentenpreise angepasst werden können. Im Gegensatz zum geltenden Bundesbeschluss wird der Mengenentwicklung in der Vergangenheit nicht mehr Rechnung getragen; es wird aber auch kein Zuschlag mehr zum Index gewährt (Art. 1 Abs. 2).

Bei den Mitgliederbeiträgen wird ein neues System vorgeschlagen. Eine unveränderte Übernahme der Bestimmungen des geltenden Bundesbeschlusses würde wegen der Einführung des Risikoausgleiches für die Versicherten sehr unübersichtlich und wäre sowohl für die Kassen wie für die Aufsichtsbehörde nur mit grossen Schwierigkeiten zu vollziehen. Es müsste nämlich bei den einzelnen Kassen die generell festgelegte maximale Prämienerrhöhung, je nach den Auswirkungen des Risikoausgleiches für die betreffende Kasse, nach oben oder nach unten korrigiert werden. Faktisch sollte der Risikoausgleich zu einer Angleichung der Prämien der einzelnen Kassen führen. Aus diesem Grund sieht der Entwurf eine Richtprämie pro Kanton vor, die bei Prämienerrhöhungen nicht überschritten werden darf. Kassen, deren Prämien bereits darüber liegen, dürfen ihre Prämien nicht noch weiter erhöhen. Die Richtprämie ergibt sich aus dem gewichteten Mittel der Prämien der Krankenkassen des Vorjahres. Dieser Durchschnitt wird um die allgemeine Preissteigerung plus vier Fünftel erhöht. Die Richtprämie wird in einer Verordnung des EDI festgelegt (Art. 2 und 3).

3 Besonderer Teil **Erläuterung der einzelnen Bestimmungen**

Artikel 1 Tarife und Preise

Nachdem die Kosten im laufenden Jahr etwa im gleichen Ausmass ansteigen wie im Vorjahr (12–13%), drängt sich für die Tarife und Preise in der *ambulant* Behandlung eine härtere Gangart auf. Unter Einbezug der Arzneimittelausgaben macht nämlich der Anteil des ambulanten Sektors nahezu 60 Prozent der Gesamtausgaben der Grundversicherung aus. Für die Prämienzahler ist die ambulante Behandlung wegen des 10prozentigen Selbstbehaltes und der 90prozentigen Finanzierung über die Krankenkassen belastender als die stationäre Behandlung, die je nach Kostendeckungsgrad des jeweiligen Kantons zu einem grossen Teil über Steuern finanziert wird.

Wir schlagen deshalb für 1993 einen Tarif- und Preisstopp vor. Um eine Umgehung dieser Massnahme zu verhindern, sollen die Tarife und Preise auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt sein. Im Jahre 1994 sollen die Tarife und Preise nur dann erhöht werden können, wenn das im geltenden Bundesbeschluss festgelegte Ziel (Kostenanstieg höchstens ein Drittel über dem Anstieg

des Landesindex der Konsumentenpreise) erreicht worden ist. Die Erhöhung darf nur so stark sein, dass das gleiche Ziel voraussichtlich auch mit der Erhöhung weiterhin erreicht wird. Die Regelung soll für alle Tarife der ambulanten Behandlung (ärztliche Behandlung, Medikamente, Behandlungen durch medizinische Hilfspersonen) gemeinsam gelten. Dafür sprechen einerseits Gründe der Praktikabilität, andererseits aber auch die Tatsache, dass die Kosten für Medikamente und für Behandlungen durch medizinische Hilfspersonen immer auf der Verordnung durch einen Arzt beruhen. Eine Ausnahme macht hier nur die Behandlung durch Chiropraktoren. Für diese kann daher die Frage einer Tarifanpassung im Jahre 1994 gesondert geprüft werden.

Tarifumstrukturierungen (Änderungen der Taxpunkte für bestimmte Leistungen) bleiben auch während der Geltungsdauer des Bundesbeschlusses grundsätzlich möglich. Sie müssen aber während der Geltungsdauer des Tarifstopps kostenneutral sein. Bei einer im Jahre 1994 allenfalls möglichen Tarifierhöhung müssen sie ebenfalls das gesetzte Ziel für die maximal zulässige Kostensteigerung berücksichtigen.

Im *stationären Bereich* hingegen wird trotz ähnlicher Ausgangslage wie im ambulanten Sektor auf einen Tarif- und Preisstopp verzichtet. Aufgrund von Artikel 4 des geltenden Bundesbeschlusses wird eine den Interessen der Kantone besser Rechnung tragende Lösung gewählt (Abs. 2). Sie berücksichtigt das von verschiedenen Kantonen vorgebrachte Argument, dass die Personalkosten zu einem grossen Teil gebunden sind (Besoldungsordnungen, Teuerungsausgleich). Die maximal zulässige Erhöhung der Tarife wird aufgrund der Preis- und Lohnentwicklung errechnet, wobei die Preisentwicklung mit dem Anteil des Sachaufwandes, die Lohnentwicklung mit dem Anteil des Personalaufwandes am Betriebsaufwand (ohne Investitionen) der einzelnen Spitäler gewichtet wird. Auf die Lohn- und Preisentwicklung wird im stationären Bereich – im Gegensatz zum geltenden dringlichen Bundesbeschluss – kein Zuschlag gewährt. Dafür wird die Kostenentwicklung in der Vergangenheit nicht in Rechnung gestellt.

Die Gewährung des Teuerungsausgleichs bei den Lohnkosten gemäss BIGA-Lohnindex und beim Sachaufwand gemäss Landesindex der Konsumentenpreise entspricht genau der neuerdings vom Bundesrat bei Tarifbeschwerden verwendeten Berechnungsmethode. Diese gelangte erstmals beim Entscheid des Bundesrates vom 1. Juni 1992 zur Anwendung (Beschwerde des kantonalen Krankenkassenverbandes Schaffhausen vom 18. Jan. 1990 i. S. Beschluss des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen vom 19. Dez. 1989).

Gelangt der Bundesbeschluss in der vorliegenden Form zur Anwendung, erübrigen sich für den ambulanten Bereich Verhandlungen für die Tarife und Preise des Jahres 1993. Für das Jahr 1994 wird sich – falls der Bundesrat den Tarif- und Preisstopp aufgrund der Kostenentwicklung des Jahres 1992 lockert – nichts am Verfahren und an den Zuständigkeiten für die Festlegung von Tarifen ändern. Im stationären Bereich erfolgt die Berechnung des Anteils des Personal- und Sachaufwandes am Betriebsaufwand aufgrund der buchhalterischen Angaben der einzelnen Spitäler. Die Investitionskosten werden nicht berücksichtigt. Sind zum Zeitpunkt der Tarifverhandlungen für das Jahr 1993 die

buchhalterischen Angaben für das Jahr 1991 verfügbar, so gelangt der durch das BIGA im August publizierte Wert des Lohnindex der Oktobererhebung (Jahresdurchschnitt 1991) und der durch das Bundesamt für Statistik erhobene Preisindex (Jahresdurchschnitt 1991) zur Anwendung. Alle Angaben haben sich auf den gleichen Zeitraum zu beziehen.

Mit diesem Beschluss werden 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 (z. B. Preissenkungen) führen.

Artikel 2 Richtprämie

Neben Massnahmen gegen die Kostensteigerung sollen weiterhin auch Einschränkungen für die Erhöhung der Mitgliederbeiträge gelten. Wie im geltenden Bundesbeschluss soll sich diese Bestimmung nur auf die Grundversicherung für Krankenpflege und dort nur auf die Einzelversicherung beziehen. Keine Beschränkungen gelten somit in der Taggeldversicherung, in den Zusatzversicherungen sowie in der Kollektivversicherung. Die im geltenden Bundesbeschluss bestehende Bestimmung, nach welcher bei jeder Krankenkasse der Mitgliederbeitrag des Vorjahres den Ausgangspunkt für die zulässige Erhöhung bildet und für alle Krankenkassen ein einheitlicher Prozentsatz für die zulässige Erhöhung festgelegt wird, soll mit Rücksicht auf den ab 1993 geltenden Risikoausgleich durch eine neue Regelung ersetzt werden.

Ausgangspunkt für die zulässige Erhöhung der Mitgliederbeiträge soll nicht mehr der bisherige Mitgliederbeitrag der einzelnen Krankenkasse, sondern der durchschnittliche Mitgliederbeitrag aller Krankenkassen bilden. Dieser pro Kanton aufgrund der effektiv geltenden Mitgliederbeiträge für ein bestimmtes Jahr errechnete durchschnittliche Mitgliederbeitrag wird für das folgende Jahr um einen bestimmten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung entspricht dem um vier Fünftel erhöhten Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise des laufenden Jahres. Der Zuschlag von vier Fünfteln ergibt sich einerseits daraus, dass auch der nach Artikel 1 Absatz 1 zulässige Kostenanstieg in der Krankenversicherung über der allgemeinen Preissteigerung liegt (allgemeine Preissteigerung plus ein Drittel bei ambulanter Behandlung) und dass andererseits die Krankenkassen bei einer Kostenzunahme auch ihre Reserven aufstocken müssen. Der Zuschlag ist etwas höher als nach dem geltenden Bundesbeschluss (vier Fünftel statt drei Viertel). Damit wird der etwas weniger einschränkenden Fassung bei der Erhöhung der Spitaltarife (Art. 1 Abs. 2 des Entwurfes) Rechnung getragen. Diese sogenannte Richtprämie soll durch das Departement des Innern in Form einer Verordnung festgelegt werden.

Artikel 3 Erhöhung der Mitgliederbeiträge

Die Richtprämie bildet für die Krankenkassen die Grenze bei Erhöhungen der Mitgliederbeiträge. Sie dürfen die Mitgliederbeiträge nicht über die Richtprämie hinaus erhöhen. Versicherte von Krankenkassen mit sehr hohen Beiträgen werden also stärker begünstigt als Versicherte von Kassen mit tiefen Beiträgen. Dieser Effekt geht an sich auf den Risikoausgleich zurück. Mit der Richtprämie

wird aber sichergestellt, dass er auch tatsächlich überall und sofort eintritt und die Prämienerrhöhung nicht zu stark ausfällt.

Die Richtprämie bezieht sich auf die Prämie der Männer in der untersten Eintrittsaltersgruppe. Für die übrigen Versicherten ergibt sich die Richtprämie aus den gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder und nach dem Eintrittsalter (vgl. Art. 17 der Verordnung V vom 2. Febr. 1965 über die Krankenversicherung betreffend die Anerkennung von Krankenkassen und Rückversicherungsverbänden sowie ihre finanzielle Sicherheit; SR 832.121). Die zulässige Abstufung nach dem Geschlecht ergibt sich aus Artikel 6^{bis} KUVG. Die Richtprämie für Frauen liegt also um 10 Prozent über der Richtprämie für Männer. Erheben die Krankenkassen für Männer und Frauen die gleiche Prämie, sei es weil die Gesetzgebung zum Europäischen Wirtschaftsraum dies verlangt, sei es freiwillig, wird die zulässige Höchstgrenze für die einheitliche Prämie im Vergleich zur Richtprämie für Männer um 5,5 Prozent erhöht. Dies gilt aber nur in jenen Kantonen, in welchen die Prämienungleichheit nicht bereits vorher vorgeschrieben war. Dort ist die entsprechende Erhöhung bereits in den geltenden Mitgliederbeiträgen und damit auch im durchschnittlichen Mitgliederbeitrag pro Kanton berücksichtigt.

Stufen die Krankenkassen ihre Mitgliederbeiträge innerhalb eines Kantons nach örtlichen Kostenunterschieden ab – zulässig sind drei örtliche Abstufungen – wird für die Ermittlung der Richtprämie der höchste örtliche Mitgliederbeitrag berücksichtigt (Art. 2 Abs. 3). Um zu verhindern, dass die Mitgliederbeiträge in den günstigeren Regionen allzustark angehoben werden, ist in Absatz 3 vorgesehen, dass die Krankenkassen die bestehende Einteilung ihrer Versicherten in Regionen innerhalb eines Kantons nicht verändern dürfen und sie gleichzeitig gewisse Mindestabstufungen beibehalten müssen.

Die Richtprämie stellt eine Begrenzung für Prämienerrhöhungen dar. Liegt bei einer Krankenkasse bereits der geltende Mitgliederbeitrag über der Richtprämie, soll die Krankenkasse nicht verpflichtet werden, ihre Mitgliederbeiträge zu senken. Hingegen wird im Gegensatz zum geltenden Bundesbeschluss nicht mehr vorgesehen, dass einer Krankenkasse ausnahmsweise erlaubt werden kann, ihre Mitgliederbeiträge stärker zu erhöhen. Krankenkassen, die bisher wegen ihrer ungünstigen Risikostruktur auf höhere Beiträge angewiesen waren, werden nun durch den Risikoausgleich begünstigt. Die ungünstigere Risikostruktur ist der wichtigste und im Grunde auch der einzige legitime Grund dafür, dass eine Kasse höhere Prämien verlangen muss, als dem Durchschnitt aller Kassen entspricht. Sind die höheren Prämien dagegen auf grosszügigere statistische Leistungen, eine längere Leistungskontrolle oder auf höhere Verwaltungskosten als bei den übrigen Kassen zurückzuführen, kann die Kasse diesen Zustand selber beheben. Es besteht deshalb kein Anlass für Ausnahmen von der Beachtung der Richtprämie.

4 Finanzielle und personelle Auswirkungen

41 Auswirkungen für den Bund

Der unterbreitete Bundesbeschluss bringt keine finanzielle Belastung für den Bund. Die zusätzliche Aufsichtstätigkeit über die Krankenkassen (Einhaltung der Richtprämien) wird sich in Grenzen halten. Sie sollte sogar weniger ins Gewicht fallen, als dies beim geltenden Bundesbeschluss der Fall ist, da keine Ausnahmegesuche um stärkere Erhöhungen der Mitgliederbeiträge mehr möglich sind.

42 Auswirkungen für die Kantone

Die Begrenzung bei der Erhöhung der Spitaltarife kann 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 soll aber Kantone und Spitäler auch zu effektiven Einsparungen veranlassen.

5 Legislaturplanung

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 1991–1995 (BBl 1992 III 1 ff.) nicht erwähnt. Dort wird indes die Eindämmung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und in der Sozialversicherung als wichtiges Ziel angesprochen und auf die Rolle hingewiesen, die dabei den befristeten und dringlichen Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung zukommt, welche vom Parlament im Dezember 1991 beschlossen worden sind (BBl 1992 III 25, 105, 111–112). In diesen Beschlüssen wird der Bundesrat, wie eingangs erwähnt (Ziff. 111), auch beauftragt, dem Parlament vor Ablauf des bis zum 31. Dezember 1992 geltenden befristeten Beschlusses gegen die Kostensteigerung ein Anschlussprogramm zu unterbreiten. Dies geschieht mit der vorliegenden Botschaft.

6 Verfassungsmässigkeit

Der Bundesbeschluss stützt sich auf Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung. Dieser 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 (Ärzt*innen, 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 Ein-

schränkungen. 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.

5614

Bundesbeschluss **über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung** **in der Krankenversicherung**

Entwurf

vom

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,
gestützt auf Artikel 34^{bis} der Bundesverfassung,
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 19. August 1992¹⁾,
beschliesst:

Art. 1 Tarife und Preise

¹ Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt. Liegt der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person im Jahr 1992 nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise, gestattet der Bundesrat für 1994 eine Erhöhung der Tarife und Preise. Diese dürfen jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahr 1994 liegt.

² Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im stationären Bereich dürfen nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg nicht über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung liegt. Der Personalaufwand wird mit dem vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit ermittelten Lohnindex, der Sachaufwand mit dem Landesindex der Konsumentenpreise indexiert. Die Leistungserbringer weisen die Aufteilung in Personal- und Sachkosten anhand buchhalterischer Angaben nach.

Art. 2 Richtprämie

¹ Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) legt für jeden Kanton eine Richtprämie für den Mitgliederbeitrag in der Einzelversicherung der Krankenpflege-Grundversicherung fest. Die Krankenpflege-Grundversicherung umfasst die gesetzlichen Leistungen sowie die Leistungen, die nach den Bestimmungen der Kasse zusammen mit den gesetzlichen Leistungen versichert werden müssen.

¹⁾ BBl 1992 V 933

² Das Departement errechnet die Richtprämie aus:

- a. dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahres für die Grundversicherung der Männer in der untersten Erwachsenenaltersgruppe;
- b. einem Zuschlag im Ausmass des Anstiegs des Landesindex der Konsumentenpreise des Vorjahres, erhöht um vier Fünftel.

³ Das Departement ermittelt den durchschnittlichen Mitgliederbeitrag aus dem gewogenen Mittel der Mitgliederbeiträge von Krankenkassen, die zusammen in der Regel mindestens zwei Drittel der Versicherten pro Kanton umfassen. Stufen die Krankenkassen die Mitgliederbeiträge innerhalb eines Kantons nach örtlichen Kostenunterschieden ab, wird der höchste Mitgliederbeitrag berücksichtigt.

Art. 3 Erhöhung der Mitgliederbeiträge

¹ In der Krankenpflege-Grundversicherung dürfen die Krankenkassen die Mitgliederbeiträge für Männer der untersten Erwachsenenaltersgruppe nicht über die Richtprämie erhöhen. Die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten dürfen sie nur bis zu dem Betrag erhöhen, der sich aus der Richtprämie bei Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht ergibt.

² Erheben die Krankenkassen für Männer und Frauen gleiche Mitgliederbeiträge, so gilt in jenen Kantonen, in welchen die Prämiengleichheit zwischen Männern und Frauen im Vorjahr nicht vorgeschrieben war, eine Richtprämie, die um 5,5 Prozent höher liegt als die Richtprämie für Männer.

³ Krankenkassen, welche die Mitgliederbeiträge nach örtlichen Kostenunterschieden innerhalb eines Kantons abstufen, dürfen die Einteilung der Orte in die Tarifstufen nicht ändern. Bestehen zwei Risikostufen, müssen die Mitgliederbeiträge in der unteren Stufe mindestens 5 Prozent unter den Mitgliederbeiträgen der höheren Stufe bleiben. Bestehen drei Risikostufen, müssen die Mitgliederbeiträge in der untersten Stufe mindestens 10 und in der mittleren Stufe mindestens 5 Prozent unter den Mitgliederbeiträgen der höchsten Stufe bleiben. Bestehen in dem für das Jahr 1992 gültigen Prämientarif geringere Abstufungen, dürfen diese beibehalten werden.

⁴ Liegen die Mitgliederbeiträge des Vorjahres bei einer Krankenkasse bereits über den Grenzbeträgen nach den Absätzen 1–3 dürfen keine Erhöhungen vorgenommen werden.

Art. 4 Schlussbestimmungen

¹ Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich; er untersteht dem fakultativen Referendum.

² Er tritt am 1. Januar 1993 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 1994.

Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung (neues Massnahmenprogramm 1993-94) vom 19. August 1992

In	Bundesblatt
Dans	Feuille fédérale
In	Foglio federale
Jahr	1992
Année	
Anno	
Band	5
Volume	
Volume	
Heft	38
Cahier	
Numero	
Geschäftsnummer	92.067
Numéro d'affaire	
Numero dell'oggetto	
Datum	22.09.1992
Date	
Data	
Seite	933-947
Page	
Pagina	
Ref. No	10 052 364

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.