

04.031

**Botschaft  
zur Änderung des Bundesgesetzes über die  
Krankenversicherung  
(Strategie und dringliche Punkte)**

vom 26. Mai 2004

---

Sehr geehrte Herren Präsidenten,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wir unterbreiten Ihnen mit dieser Botschaft die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung mit dem Antrag auf Zustimmung.

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

26. Mai 2004

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Joseph Deiss

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

---

## Übersicht

*Die Einführung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) per 1. Januar 1996 hat die sozialpolitische und versicherungsmässige Landschaft wesentlich verändert. Einerseits ist der Krankheitsschutz der Versicherten beträchtlich verbessert, andererseits sind Kostendämpfungsinstrumente eingeführt worden. Ziel des KVG ist es u.a., die Solidarität der Versicherten und den Zugang zu einer hochstehenden ärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Gemäss Untersuchungen kann dieses Ziel als erreicht gelten. Hingegen konnte das Ziel der Kostendämpfung nicht zufriedenstellend erreicht werden.*

*Gestützt auf diese Feststellung ist der Bundesrat seit den ersten Reformen des KVG der Ansicht, dass es unerlässlich ist, das System in den positiv zu wertenden Bereichen zu konsolidieren und es im Kostendämpfungsbereich zu optimieren. Dies, weil die vorgesehenen Instrumente nicht die erhofften Wirkungen erzeugen haben. Der Bundesrat ortet die Hauptursache des Kostenproblems in der Krankenversicherung in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen in Einzelfällen, weshalb er in den Lösungsansätzen das Schwergewicht auf entsprechende mengenwirksame Korrekturen gelegt hat.*

*Nach der Ablehnung der 2. KVG-Revision hat der Bundesrat beschlossen, die Revision des Gesetzes wieder aufzunehmen und eine Strategie auf zwei Schienen zu verfolgen, nämlich die Systemkonsolidierung und die Systemoptimierung.*

*Der Bundesrat schlägt deshalb vor, die in der 2. KVG-Revision unbestritten gebliebenen Revisionspunkte dem Parlament vorzulegen, und sie um bestimmte Elemente, die sich aus den Vorarbeiten für die 3. KVG-Revision ergeben, zu ergänzen. Diese Reformen werden zwar in eine ganzheitliche Strategie eingebettet, können aber nicht im Rahmen einer Gesamtvorlage unterbreitet werden: Die Reform wird in zwei Schritten und in zwei unterschiedlichen Gesetzgebungspaketen erfolgen, welche ihrerseits Revisionen mit individuellen Teilbotschaften enthalten werden. Das erste Gesetzgebungspaket besteht aus vier Botschaften.*

*Die erste, hier nun folgende Botschaft regelt die folgenden thematischen Schwerpunkte:*

- Die Verlängerung des Risikoausgleichs: Der Risikoausgleich läuft Ende 2005 aus. Es ist deshalb vordringlich, die Verlängerung so rasch wie möglich zu verabschieden.*
- Das Weiterführen und Einfrieren der Pflgetarife: Die Tarife müssen eingefroren werden, bevor die Erfüllung der Transparenzvorschriften zu einer vollen Kostenübernahme durch die Versicherer – und damit zu einem Prämienschub – führt.*
- Das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung ist bis zum Inkrafttreten des dual-fixen Finanzierungsmodells zu verlängern, da die geltende Fassung bis zum 31. Dezember 2004 befristet ist.*

- 
- *Die Vorschriften für den Geschäftsbericht und die Rechnungslegung der Versicherer.*
  - *Die Einführung einer Versichertenkarte.*

*Danach folgen die anderen Botschaften mit folgenden Revisionspunkten:*

- *Die Vertragsfreiheit<sup>1</sup>: Sie soll den Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer, der im Juli 2005 ausläuft, ersetzen und muss daher im ersten Gesetzgebungspaket thematisiert werden.*
- *Die Prämienverbilligung<sup>2</sup> ist das zentrale sozialstaatliche Korrektiv der Kopfprämie und sollte daher aus sozialpolitischen Gründen – gerade im Hinblick auf die Verbesserungen für Haushalte mit Kinder, welche im Rahmen der zweiten KVG-Revision diskutiert worden sind – rasch vorgelegt und verabschiedet werden.*
- *Die Kostenbeteiligungsregeln<sup>3</sup> beeinflussen die Prämienberechnungen stark und müssen daher spätestens Mitte dieses Jahres verabschiedet werden, um den Versicherern die rechtzeitige Prämienkalkulation für das Folgejahr zu ermöglichen. Auch wenn ein Inkrafttreten von neuen Parametern für die Kostenbeteiligung auf den 1. Januar 2005 wenig wahrscheinlich erscheint, ist diese Frage dennoch so rasch wie möglich zu klären.*

*Schliesslich soll das zweite Gesetzgebungspaket dem Parlament voraussichtlich vor der Herbstsession vorgelegt werden. Es wird den Managed Care-Bereich sowie die Spitalfinanzierung betreffen.*

<sup>1</sup> BBl 2004 4293

<sup>2</sup> BBl 2004 4327

<sup>3</sup> BBl 2004 4361

# Inhaltsverzeichnis

<b>Übersicht</b>	<b>4260</b>
<b>1 Allgemeiner Teil</b>	<b>4264</b>
1.1 Der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung	4264
1.2 Bisherige Reformstrategie	4265
1.3 Künftige Reformstrategie nach dem Scheitern der 2. KVG-Revision	4266
1.3.1 Im Grundsatz	4266
1.3.2 Inhaltliche Umsetzung	4266
1.3.3 Zeitliche Umsetzung	4270
1.4 Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrates zu einer Teilrevision des KVG	4273
<b>2 Grundzüge der Vorlage</b>	<b>4273</b>
2.1 Risikoausgleich	4274
2.1.1 Geltende Regelung	4274
2.1.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung	4275
2.1.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung	4275
2.2 Spitalfinanzierung: Verlängerung des Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung	4275
2.2.1 Geltende Regelung	4275
2.2.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung	4276
2.2.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung	4277
2.3 Pflēgetarife	4277
2.3.1 Geltende Regelung	4277
2.3.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung	4278
2.3.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung	4279
2.4 Rechnungslegung	4279
2.4.1 Geltende Regelung	4279
2.4.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung	4280
2.4.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung	4280
2.5 Versichertenkarte	4280
2.5.1 Geltende Regelung	4280
2.5.2 Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung	4281
2.5.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung	4281
<b>3 Besonderer Teil: Erläuterungen der einzelnen Bestimmungen</b>	<b>4282</b>
3.1 Bestimmungen des KVG	4282
3.2 Bestimmungen des dringlichen Bundesgesetzes vom 21. Juni 2002	4284
<b>4 Auswirkungen</b>	<b>4285</b>
4.1 Finanzielle Auswirkungen	4285
4.2 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	4285
<b>5 Verhältnis zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen</b>	<b>4285</b>

<b>6 Verhältnis zur Legislaturplanung</b>	<b>4286</b>
<b>7 Verhältnis zum europäischen Recht</b>	<b>4286</b>
7.1 Vorschriften der europäischen Gemeinschaft	4286
7.2 Die Instrumente des Europarates	4286
7.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht	4288
<b>8 Rechtliche Aspekte</b>	<b>4288</b>
8.1 Verfassungs- und Gesetzmässigkeit	4288
8.2 Erlassform	4288
8.3 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	4288
<b>Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Entwurf)</b>	<b>4289</b>
<b>Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Entwurf)</b>	<b>4291</b>

# Botschaft

## 1 Allgemeiner Teil

### 1.1 Der Reformbedarf in der sozialen Krankenversicherung

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

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

Wettbewerb zwischen den Versicherern noch ungenügend spielt, Managed Care-Organisationen sich nur bescheiden entwickelt haben und die Spitalplanung noch nicht zu den gewünschten Kosteneinsparungen geführt hat.

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

## 1.2 Bisherige Reformstrategie

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

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

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

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

### 1.3

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

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

#### 1.3.1

### **Grundsatz**

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

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

#### 1.3.2

### **Inhaltliche Umsetzung**

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

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

Der Risikoausgleich, mit dem KVG befristet bis Ende 2005 eingeführt, ist ein weitgehend unbestrittenes Element für den Wettbewerb unter den Versicherern. Die gesetzliche Pflicht zur Einheitsprämie unabhängig von Alter und Geschlecht ist ein staatlicher Markteingriff, der durch den entsprechenden Risikoausgleich (Ausgleich der Risiken Alter und Geschlecht) wettgemacht wird. Der Risikoausgleich wirkt der Risikoselektion durch die Versicherer entgegen. Obwohl der Risikoausgleich mit den heutigen Kriterien Alter und Geschlecht wirksam funktioniert, ist im Rahmen der Vorarbeiten zur 3. KVG-Revision eine Ergänzung des Kriterienkatalogs eingehend geprüft worden, insbesondere weil sich der in den Augen der Experten unge-

nügende Risikoausgleich hemmend auf die Verbreitung von Managed Care-Modellen auswirken kann. Diese Diskussion lässt es angezeigt erscheinen, im jetzigen Zeitpunkt die schlichte Verlängerung des Risikoausgleichs, vorerst für 5 Jahre, vorzuschlagen, und die Frage der Weiterführung des Risikoausgleichs dann in die Diskussion um die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems einzubetten.

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

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

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

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

Nach geltendem Recht sind die Krankenversicherer faktisch gezwungen, mit allen gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern einen Tarifvertrag abzuschliessen (sog. Kontrahierungszwang). Der Bundesrat hat sich in den letzten Jahren mehrmals,

letztmals bei der Verabschiedung der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung am 3. Juli 2002, dafür ausgesprochen, die Thematik der Aufhebung des Kontrahierungszwanges in den Gesamtkontext der Weiterentwicklung der Krankenversicherung einzubeziehen.

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

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

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

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

Das geltende Recht sieht eine ordentliche Kostenbeteiligung vor, die sich aus einer Franchise (gegenwärtig 300 Franken/Jahr) und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (gegenwärtig maximal 700 Franken/Jahr) zusammensetzt. Im Rahmen der 2. KVG-Revision wurde eine differenzierte Kostenbeteiligung diskutiert, die an die Einbindung in die integrierten Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung gekoppelt war. Schlussendlich hat das Parlament aber

darauf verzichtet und dafür dem Bundesrat die Kompetenz zur Erhöhung des Selbstbehaltes auf maximal 20 Prozent erteilt. Da für die Kostenentwicklung nicht die Kassenpflichtigkeit einer medizinischen Leistung per se entscheidend ist, sondern deren unangemessene Anwendung im Einzelfall, liegt ein möglicher Lösungsansatz in der Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten im System der Krankenversicherung. Der Selbstbehalt soll daher, wie auch in der 2. KVG-Revision diskutiert, in seiner relativen Belastung auf 20 % erhöht werden, wobei die absolute Belastungsgrenze aber unverändert (700 Franken/Jahr) beibehalten werden soll. Der Selbstbehalt für Kinder wird bei 10 % belassen werden. Damit wird die Krankenversicherung entlastet, ohne die Sozialverträglichkeit der Kostenbeteiligung zu gefährden, werden doch insbesondere chronisch kranke Patienten und Patientinnen und Haushalte mit Kinder durch diese Massnahme nicht stärker als bisher finanziell belastet.

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

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

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

Für die nächsten Gesetzgebungsschritte sollte dieses zweistufige Vorgehen aufgegriffen werden: Kurzfristig soll, weil die Bemessung des Kantonsbeitrags an die Kosten der innerkantonalen Spitalbehandlung von zusatzversicherten Personen nach dem Ablauf des Bundesgesetzes über die kantonalen Beiträge wohl erneut umstritten wäre, aus Gründen der Rechtssicherheit das Bundesgesetz so lange verlängert werden, bis die Gesetzesrevision über die Spitalfinanzierung in Kraft tritt. Diese Gesetzesrevision soll erneut das dual-fixe Finanzierungsmodell vorschlagen, da die monistische Spitalfinanzierung, die im Expertenbericht zur 3. KVG-Revision als Zukunftslösung vorgeschlagen wird, noch zahlreiche Fragen aufwirft und ausgehend vom Ist-Zustand kaum ohne Zwischenschritt umgesetzt werden kann.

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

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

### **1.3.3                    Zeitliche Umsetzung**

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

### *Gesetzgebungspaket 1*

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

- *Botschaft 1A:* Die erste, hier nun vorliegende Botschaft regelt als thematische Schwerpunkte:
  - Die Verlängerung des Risikoausgleichs: Der Risikoausgleich läuft Ende 2005 aus. Da der Risikoausgleich einen Zusammenhang zu anderen Revisionsthemen aufweist, drängt es sich auf, die Verlängerung möglichst rasch zu verabschieden.
  - Das Weiterführen und Einfrieren der Pflögetarife: Die Tarife müssen eingefroren werden, bevor die Erfüllung der Transparenzvorschriften zu einer vollen Kostenübernahme durch die Versicherer – und damit zu einem Prämien Schub – führt.
  - Das dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung ist bis zum Inkrafttreten des dual-fixen Finanzierungsmodells zu verlängern, da die geltende Fassung bis zum 31. Dezember 2004 befristet ist.
  - Als weitere Themen stehen Vorschriften für Geschäftsbericht und Rechnungslegung der Versicherer (Art. 60 Abs. 4–6 der 2. KVG-Revision) und die Einführung einer Versichertenkarte (Art. 42a der 2. KVG-Revision) zur Diskussion.
- *Botschaft 1B:* Die Vertragsfreiheit soll den Zulassungsstopp für ambulante Leistungserbringer, der im Juli 2005 ausläuft, ersetzen und muss daher im ersten Gesetzgebungspaket thematisiert werden. Als damit verbundenes Thema soll die Verstärkung der Sanktionsmöglichkeiten gegen Leistungserbringer (Art. 59 der 2. KVG-Revision) aufgenommen werden.
- *Botschaft 1C:* Die Prämienverbilligung ist das zentrale sozialstaatliche Korrektiv der Kopfprämie und sollte daher aus sozialpolitischen Gründen – gerade im Hinblick auf die Verbesserungen für Haushalte mit Kindern, welche die im Rahmen der 2. KVG-Revision diskutierte Lösung bringt – rasch vorgelegt und verabschiedet werden. Wegen des engen thematischen Zusammenhangs soll in dieser Botschaft auch die Frage der Leistungssistierung und des Wechselverbotes bei Nichtbezahlung der Prämien (Art. 61a der 2. KVG-Revision) wieder aufgenommen werden.
- *Botschaft 1D:* Die Kostenbeteiligungsregeln beeinflussen die Prämienberechnung stark und müssen daher in der Regel spätestens Mitte Jahr verabschiedet worden sein, um den Versicherern die rechtzeitige Prämienkalkulation für das Folgejahr zu ermöglichen. Auch wenn unter diesem Aspekt ein Inkrafttreten neuer Kostenbeteiligungsparameter auf den 1. Januar 2005 kaum realistisch erscheint, ist es dennoch geboten, die Frage möglichst rasch zu klären.

### *Gesetzgebungspaket 2*

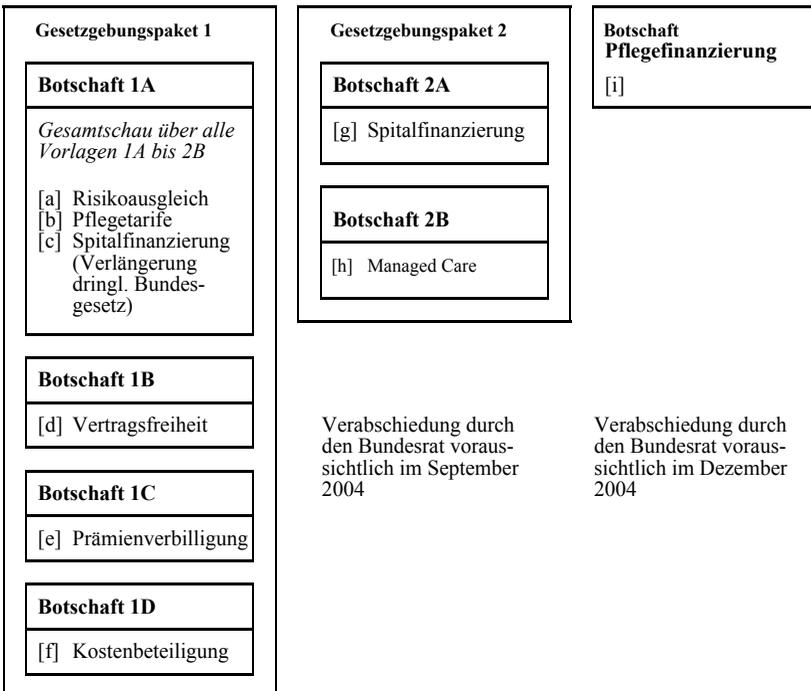
Das zweite Gesetzgebungspaket soll dem Parlament vor der Herbstsession 2004 vorgelegt werden. Auch hier wird ein beschleunigtes Verfahren beantragt werden, so dass eine Verabschiedung in der Wintersession 2004 möglich sein sollte. Das zweite Paket ist thematisch wie folgt aufgeteilt:

- *Botschaft 2A:* Schwerpunkt der ersten Botschaft der zweiten Etappe ist die Spitalfinanzierung mit dem Vorschlag der dual-fixed Finanzierung. Die Spitalfinanzierung kann und muss insbesondere deshalb in die zweite Etappe gelegt werden, weil zum einen die Umstellung auf die Leistungsfinanzierung eine gewisse Vorlaufzeit voraussetzt, eine Inkraftsetzung auf den 1. Januar 2005 daher nicht möglich wäre, zum anderen die Gesetzesbestimmungen wegen der technischen Komplexität nochmals einer ordentlichen schriftlichen Vernehmlassung unterzogen werden sollen.
- *Botschaft 2B:* Die Zuordnung des Managed Care-Bereichs in das zweite Revisionspaket lässt sich ebenfalls mit der Notwendigkeit einer materiellen und zeitlichen Vorbereitung für die Umsetzung begründen. Zudem wird im Rahmen dieser Botschaft geprüft werden, inwieweit im Bereich der Medikamente weitere als die in den letzten Jahren bereits getroffenen Massnahmen umgesetzt werden können.

### *Pflegefinanzierung*

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

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



## 1.4

### Vernehmlassungsverfahren zum Vorschlag des Bundesrates zu einer Teilrevision des KVG

Der Entwurf des Bundesrates zur Teilrevision des KVG wurde den Kantonen, politischen Parteien und interessierten Kreisen im März 2004 zur Vernehmlassung unterbreitet. Die Ergebnisse der Vernehmlassung zeigen, dass die Vorlage je nach unterbreiteten Bestimmungen unterschiedlich aufgenommen worden ist.

Die *Gesamtstrategie* wurde von den Teilnehmern mehrheitlich positiv aufgenommen.

Die Einführung einer *Versichertenkarte* (Art. 42a) wurde von allen Seiten begrüsst. Gewisse Teilnehmer haben unterstrichen, dass mit dieser Karte ein Schritt in Richtung Gesundheitskarte gemacht werden sollte. Andere Teilnehmer befürchten, dass persönliche Daten verbreitet werden, und wollen keine Weiterentwicklung der Versichertenkarte zu einer Gesundheitskarte und/oder bestehen darauf, dass die Bestimmungen des Datenschutzes verstärkt werden.

Zu den Bestimmungen betreffend der *Rechnungslegung* gab es keine besonderen Bemerkungen.

In Bezug auf die *Verlängerung des Risikoausgleiches*, stimmen die Meinungen über die Notwendigkeit einer Verlängerung überein, wobei die Ansichten über den Risikoausgleich als solchen (welcher nicht Gegenstand einer materiellen Änderung in der vorliegenden Vorlage ist) stark auseinandergehen. Einige befürworten die Aufrechterhaltung des geltenden Risikoausgleiches. Andere wünschen, dass die fünfjährige Verlängerung genützt wird, um seine Funktion sowie sein Weiterbestehen ausführlich zu analysieren (Kriterium der Morbidität, Hochrisikopool, vollständige Aufhebung).

Die *Übergangsbestimmung* über das Einfrieren der Rahmentarife ist ohne Zweifel die am meisten bekämpfte Bestimmung der Vorlage. Die Teilnehmer haben – sofern die Einfrierung nicht vollständig abgelehnt wird – verlangt, dass der Tarifschutz gelockert wird. Sie haben sich ebenfalls über die Ungleichbehandlung zwischen den Kantonen, welche unterschiedliche Tarifstufen kennen, geäußert, und sind der Ansicht, dass nur die Pflegeheime davon betroffen sein sollten.

Das *dringliche Bundesgesetz zur Spitalfinanzierung* wurde hauptsächlich in Bezug auf die Dauer der Verlängerung kritisiert. Nach Auffassung der meisten Teilnehmer sollte die Verlängerung über das Jahr 2006 hinausgehen. Einige Teilnehmer wünschen, dass die Privatkliniken mitberücksichtigt werden.

## 2

### Grundzüge der Vorlage

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

## **2.1 Risikoausgleich**

### **2.1.1 Geltende Regelung**

#### *Zur Entstehungsgeschichte der geltenden Regelung*

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

#### *Zur Konzeption des geltenden Risikoausgleichs*

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

Der Risikoausgleich wurde auf zehn Jahre befristet, weil erwartet wurde, dass sich die Unterschiede durch die Freizügigkeit – wenn auch nur langsam – verringern würden und weil der Risikoausgleich nicht zu einer unerwünschten Strukturerehaltung in der Krankenversicherung führen sollte.

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

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

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

## **2.1.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

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

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

### **2.2.1 Geltende Regelung**

*Zur Konzeption der Kostendeckung im Spitalbereich gemäss KVG*

An der Deckung der Kosten eines Spitalaufenthaltes einer zusatzversicherten Person sind drei Parteien beteiligt: die obligatorische Krankenpflegeversicherung («Grundversicherung»), die Zusatzversicherung sowie der Wohnsitzkanton. Der Wohnsitzkanton leistet dabei bei seinen innerkantonalen Spitälern Beiträge in Form von

Betriebsbeiträgen oder einer Defizitdeckung an die Einrichtung selbst, während die Spitäler den Versicherten bzw. den Versicherern nach Artikel 42 KVG eine Rechnung stellen, die die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Zusatzversicherung zu vergütenden Kosten umfasst.

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

### *Entstehungsgeschichte und Inhalt des dringlichen Bundesgesetzes*

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

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

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

### **2.2.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

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

## **2.3 Pflegetarife**

### **2.3.1 Geltende Regelung**

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

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

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

Im Rahmen der Vernehmlassung wurde von Seiten der Kantone und der Pflegeverbände gefordert, dass der Tarifschutz im Pflegeheim zu lockern sei, da sonst Rechtsstreitigkeiten oder schleichende Kostenverlagerungen auf die Steuerzahler zu befürchten seien. Lockert man den Tarifschutz, so ist indessen zu befürchten, dass zwischen den eigentlichen KVG-Leistungen und den Betreuungs- und Hotellerieleistungen bezüglich der Kosten nicht unterschieden wird und daher die Rechnungsstellung nicht genügend transparent ist. Werden die Leistungserbringer hier nicht weiterhin gefordert, so besteht die Gefahr, dass an einer ordentlichen Neuregelung der Pflegefinanzierung kein Interesse mehr besteht. Zudem sollen die Rahmentarife nicht zuletzt die Vergütung der KVG-relevanten Pflegeleistungen entsprechend den Kriterien von Artikel 32 KVG (Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) sicherstellen. Auch sollen die oberen Tarifstufen erhöht werden und die Rahmentarife bloss noch für eine absehbare Zeit gelten: Die Botschaft für eine ordentliche Neuregelung der Pflegefinanzierung soll dem Parlament noch dieses Jahr vorgelegt werden. In diesem Sinne verzichtet der Bundesrat ausdrücklich darauf, eine Lockerung des Tarifschutzes vorzusehen.

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

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

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

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

## **2.4 Rechnungslegung**

### **2.4.1 Geltende Regelung**

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

Im Bereich der Rechnungslegung hat der Bundesrat seine Kompetenz in den Artikeln 81 bis 85a der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (Krankenversicherungsverordnung [KVV]; SR 832.102) genutzt, um im Bereich des einheitlichen Kontenplans (Art. 82 KVV), der Mitteilungen an das BAG (Art. 85 KVV) und der Veröffentlichung (Art. 85a KVV) die Rechnungslegung zu definieren. Bereits heute sind die Versicherer gemäss Artikel 85 Absatz 1 KVV verpflichtet, dem BAG im Rahmen der Rechnungslegung bis zum 30. April den Geschäftsbericht des Vorjahres einzureichen. In Artikel 85a KVV ist seit dem 1. Januar 2004 die Erstellung eines Publikumsdokuments vorgesehen, das insbesondere den Geschäftsbericht, Eckdaten und Kennzahlen enthalten muss. Dieses Publikumsdokument ist durch die Versicherer allen interessierten Personen zur Verfügung zu stellen.

Über Form und Inhalt des Geschäftsberichts hat das Bundesamt für Sozialversicherung<sup>4</sup> als Aufsichtsbehörde mit Weisung 00/6 vom 28. Dezember 2000 («Struktur des Geschäftsberichts») und mit Weisung 03/1 vom 28. Januar 2003 («Transparenz beim Marktauftritt, Informationspflicht für interessierte Personen und Mindestanforderungen an den Geschäftsbericht») verbindliche Richtlinien erlassen. Die Krankenversicherer werden darin unter anderem dazu verpflichtet, ihre Geschäftsberichte (Organisation, Jahresbericht, Bilanz, Gesamtbetriebsrechnung, Betriebsrechnungen der einzelnen Versicherungsformen und verschiedene Kennzahlen) interessierten Personen auf Anfrage zuzustellen. Die Jahresrechnung erscheint im Geschäftsbericht der Versicherer in der Gliederung des für alle Versicherer durch das BAG verbindlich festgelegten Kontenplanes, welcher auch im Rahmen der Statistiken und Auf-

<sup>4</sup> Der Bereich der Krankenversicherung ist per 1. Januar 2004 vom Bundesamt für Sozialversicherung ins Bundesamt für Gesundheit transferiert worden.

sichtsdaten seinen Ausfluss findet. Dies gewährleistet Transparenz innerhalb aller Publikationen des BAG und der Versicherer und erlaubt Vergleiche zwischen den Versicherern.

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

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

## **2.4.3 Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung**

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

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

## **2.5 Versichertenkarte**

### **2.5.1 Geltende Regelung**

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

## 2.5.2

### Analyse und Revisionsbedarf der geltenden Regelung

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

Im Rahmen des Abkommens vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (EG) und ihren Mitgliedstaaten über die Freizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen; SR 0142.11.681) hat die Schweiz auch die Regelung der EG über die Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit (Verordnung [EWG] Nr. 1408/71 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern; SR 0.831.109.268.1) übernommen, welche die Koordination, nicht aber die Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit vorsieht. Teil davon ist die zwischenstaatliche Sachleistungsaushilfe in der Krankenversicherung, die einen Anspruch auf medizinische Sachleistungen bei Krankheit und Unfall während eines Aufenthaltes in einem anderen Abkommensstaat einräumt. Per 1. Juni 2004 führt die EG die europäische Krankenversicherungskarte ein, welche die bisherigen sogenannten E-Formulare als Anspruchsnachweis auf Sachleistungen in einem anderen Mitgliedstaat ablöst. Damit werden die bisherigen Papierformulare durch einen Versicherungsnachweis im Kreditkartenformat ersetzt. Die einzelnen EG-Mitgliedstaaten und die Schweiz können sich während einer eineinhalbjährigen Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2006 Zeit nehmen, die Krankenversicherungskarte einzuführen. Formell geschieht diese rein technische Anpassung durch eine Änderung im Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen. Sie steht somit nicht direkt in Verbindung mit der Versichertenkarte, aber die Rückseite der schweizerischen Versichertenkarte könnte für die europäische Krankenversicherungskarte verwendet werden.

## 2.5.3

### Grundzüge der vorgeschlagenen Regelung

Auf der Grundlage der Vorarbeiten zum Postulat Guisan kam der Bundesrat in seiner Klausursitzung vom 22. Mai 2002 zum Schluss, dass das EDI die Erarbeitung einer gesetzlichen Grundlage in den Katalog der kurzfristigen Änderungen aufnehmen könne, um damit die Einführung eines solchen Instruments, das schrittweise von einer Versicherten- zu einer umfassenderen Patientenkarte ausgebaut werden kann, in die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu ermöglichen. Das Bundesrat hiess in der Folge im August 2002 einen neuen Artikel 42a KVG gut, der in die laufenden parlamentarischen Arbeiten zur 2. KVG-Revision eingespiessen wurde. Die Delegationsnorm des Bundesrates zur Einführung einer Versichertenkarte war damit schon in der Vorlage zur 2. KVG-Revision enthalten und fand in beiden Räten

Zustimmung. Artikel 42a KVG ist im gleichen Wortlaut in den vorliegenden Änderungsvorschlag aufgenommen worden. Er bildet die notwendige gesetzliche Grundlage für die Ermächtigung des Bundesrates zur Einführung einer Karte mit einer vom Bund vergebenen Identifikationsnummer. Die Karte erleichtert den administrativen Aufwand bei der Rechnungsabwicklung zwischen Leistungserbringer und Versicherer und trägt in diesem Zusammenhang zur Senkung der Administrativkosten bei. Die Informationen, welche die Versichertenkarte enthält, stellen besonders schützenswerte Personendaten im Sinne des Datenschutzgesetzes dar. Infolgedessen darf die Versichertenkarte nicht für andere Zwecke verwendet werden. Ausserdem darf die Speicherung von bzw. der Zugriff auf Notfalldaten nur mit dem Einverständnis der versicherten Person erfolgen.

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

#### **3.1                         Bestimmungen des KVG**

##### *Art. 42a Abs. 1 (neu)*

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

Zweck der Versichertenkarte ist die Vereinfachung der administrativen Abläufe zwischen den Versicherern, den Versicherten und den Leistungserbringern. Sie trägt zu den Rationalisierungsbemühungen der Leistungserbringer bei und sorgt gleichzeitig für eine verbesserte Information und erhöhten Komfort des Patienten/Versicherten. Als Identifikationsnummer der Karte bietet sich die neu konzipierte Sozialversicherungsnummer an, welche als «nichtsprechende» Versichertennummer bzw. als eindeutiger Personenidentifikator die bisherigen AHV-Nummern ersetzen wird. Die Verwendung dieser Nummer hätte den Vorteil, dass die versicherte Person für alle Sozialversicherungen eine identische Nummer benützt, welche unabhängig von Versicherer und Wohnkanton bestehen bleibt. Denkbar ist aber auch die Schaffung einer eigenen Nummer für die Krankenversicherung.

##### *Art. 42a Abs. 2 (neu)*

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

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

*Art. 42a Abs. 3 (neu)*

Absatz 3 enthält die Kompetenzdelegation an den Bundesrat, damit dieser die Regelung von Einzelheiten erlassen kann.

*Art. 42a Abs. 4 (neu)*

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

*Art. 60 Abs. 4*

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

*Art. 60 Abs. 5 (neu)*

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

*Art. 60 Abs. 6 (neu)*

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

*Art. 105 Abs. 4<sup>bis</sup> (neu)*

Die Geltungsdauer des Risikoausgleiches wird nach Ablauf der in Artikel 105 Absatz 4 festgelegten Frist (Auslaufen der geltenden Regelung am 31. Dezember 2005) um fünf Jahre verlängert.

### *Übergangsbestimmung Abs. 1*

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

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

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

Die Vorlage übernimmt die für das Jahr 2004 gültige Regelung des Bundesgesetzes über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung und sieht vor, dass diese bis zum Inkrafttreten der Neuordnung der Spitalfinanzierung Gültigkeit haben soll. Die Regelung hält fest, dass der Kanton beim stationären Spitalaufenthalt einer Zusatzversicherten Person in der Halbprivat- und Privatabteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals einen Beitrag entrichtet, welcher 100 Prozent des von den Versicherern für Kantoneinwohner und -inwohnerinnen geschuldeten Tarifs der allgemeinen Abteilung des jeweiligen Spitals entspricht. Beim Vollzug des Gesetzes beziehungsweise bei der Umsetzung des EVG-Entscheids vom 30. November 2001 hätten die Kantone zwar 100 Prozent der anrechenbaren Betriebskosten und nicht 100 Prozent des von den Versicherern vergüteten Tarifs zu übernehmen. Für die Kantone bedeutet dies, dass sie nicht den vollen, gemäss KVG eigentlich geschuldeten Beitrag zu entrichten haben. Die Regelung hat jedoch den Vorteil, dass die Tarife der allgemeinen Abteilung der einzelnen Spitäler grundsätzlich bekannt sind, was weitere Berechnungen erübrigt. Entsprechend den Vorbringen der Kantone in der Vernehmlassung und um die Umsetzung der Regelung zu erleichtern, wird vorgeschlagen, die Abfolge der Rechnungsbegleichung in Artikel 2 zu präzisieren: Zuerst wird dem Versicherer der Tarif nach KVG in Rechnung gestellt, dann der Kantonsbeitrag eingefordert. Die restlichen Kosten trägt der Zusatzversicherer oder, wenn keine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde, die versicherte Person selbst.

## **4 Auswirkungen**

### **4.1 Finanzielle Auswirkungen**

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

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

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

Die Einführung einer Versichertenkarte hat einerseits Kosten sowohl für die Versicherer als auch für die Leistungserbringer zur Folge. Andererseits werden Mittel in die Informatikindustrie geleitet mit den entsprechenden Folgen. Geht man davon aus, dass die heutigen Datensammlungen lesefähig gemacht werden, dass pro versicherte Person eine Karte abgegeben wird und dass pro Arztpraxis ein Lesegerät angeschafft wird, sind die Einführungskosten, je nach integriertem Datenschutzsystem, auf 0,5 bis 5 Millionen Franken zu schätzen. Für die Volkswirtschaft ist dies von marginaler Bedeutung.

## **5 Verhältnis zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen**

Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs sollen Aufgaben, Kompetenzen und Finanzströme zwischen Bund und Kantonen entflochten und die Verantwortlichkeiten der beiden Staatsebenen geklärt werden (Botschaft des Bundesrates vom 14. November 2001 in BBl 2002 2291). Im Rahmen der Arbeiten wird auch im Bereich der Sozialversicherung eine Aufgabenteilung geprüft. Nicht betroffen von dieser Entflechtung sind die in dieser Revision enthaltenen Themen.

Die Vorlage ist im Bericht über die Legislaturplanung 2003–2007 vom 25. Februar 2004 angekündigt und als Richtliniengeschäft aufgeführt (BBl 2004 1176).

Artikel 2 des Vertrages der Europäischen Gemeinschaft (EG) überträgt der Gemeinschaft die Aufgabe, ein hohes Mass an sozialem Schutz zu fördern. Die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der Gemeinschaft ist in Artikel 39 des EG-Vertrages geregelt. Das Freizügigkeitsprinzip verlangt eine Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit, wie dies in Artikel 42 des EG-Vertrages festgelegt ist. Das Gemeinschaftsrecht bezweckt keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die Mitgliedstaaten können die Ausgestaltung, den persönlichen Geltungsbereich, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Organisation ihrer Systeme der sozialen Sicherheit weiterhin bestimmen. Die Koordination der einzelstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit wird durch die Verordnung Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer, Selbständige und deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, sowie durch die entsprechende Durchführungsverordnung Nr. 574/72 (kodifiziert durch die Verordnung des Rates Nr. 118/97; ABi Nr. L 28 vom 30.1.1997, S. 1; zuletzt geändert durch die Verordnung des Rates Nr. 859/2003, ABi Nr. L 124 vom 20.5.2003, S. 1) geregelt. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union am 1. Juni 2002 ist die Schweiz Teil des multilateralen Koordinationssystems.

Um die Koordination zu vereinfachen, ersetzt die Europäische Gemeinschaft die Papierformulare für die Leistungsbeanspruchung in einem anderen Mitgliedstaat durch einen Datenträger in Kreditkartenformat. Diese technische Neuerung übernimmt die Schweiz im Rahmen einer Nachführung des Anhangs II zum Freizügigkeitsabkommen.

Die Empfehlung vom 27. Juli 1992 über die Annäherung der Ziele und der Politiken im Bereich des sozialen Schutzes (ABi Nr. L 245 vom 26.8.1992, S. 49) forderte die Mitgliedstaaten auf, für die rechtmässig in ihrem Hoheitsgebiet ansässigen Personen den Zugang zur notwendigen Gesundheitsversorgung sowie zu den Krankheitsvorsorgemassnahmen zu ermöglichen.

Was die wirtschaftlichen und sozialen Rechte anbelangt, stellt die Europäische Sozialcharta vom 18. Oktober 1961 die Entsprechung zur Europäischen Menschenrechtskonvention dar. In Artikel 12 ist das Recht auf soziale Sicherheit verankert: Die Vertragsparteien verpflichten sich, ein System der sozialen Sicherheit einzuführen oder beizubehalten, dieses auf einem befriedigenden Stand zu halten, sich zu bemühen, das System fortschreitend auf einen höheren Stand zu bringen und Mass-

nahmen zu ergreifen, welche die Gleichbehandlung der Staatsangehörigen anderer Vertragsparteien mit ihren eigenen Staatsangehörigen gewährleisten. Die Schweiz hat die Charta am 6. Mai 1976 unterzeichnet; eine Ratifizierung wurde jedoch 1987 vom Parlament abgelehnt, so dass dieses Übereinkommen für unser Land nicht bindend ist.

Mit der Europäischen Sozialcharta (revidiert) vom 3. Mai 1996 wurde der materielle Inhalt der Charta von 1961 aktualisiert und angepasst. Es handelt sich dabei um ein von der Europäischen Sozialcharta gesondertes Abkommen, welches diese nicht aufhebt. Das Recht auf soziale Sicherheit ist ebenfalls in Artikel 12 enthalten. Die revidierte Sozialcharta ist am 1. Juli 1999 in Kraft getreten. Die Schweiz hat dieses Instrument nicht ratifiziert.

Die Schweiz hat die Europäische Ordnung der sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 (AS 1978 1491) am 16. September 1977 ratifiziert. Unser Land hat jedoch Teil II über die ärztliche Betreuung nicht angenommen. Jeder Staat, der den aus Teil II der Ordnung hervorgehenden Verpflichtungen nachkommen will, ist verpflichtet, den geschützten Personen medizinische Versorgung bei Krankheit ohne Rücksicht auf ihre Ursache sowie bei Mutterschaft zu gewährleisten. Der Leistungsempfänger kann zur Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten medizinischen Versorgung verpflichtet werden. Zudem kann die Dauer der erbrachten Leistungen für die einzelnen Fälle auf 26 Wochen beschränkt werden.

Die Europäische Ordnung der sozialen Sicherheit wird durch ein Protokoll, das höhere Normen festlegt, ergänzt. Die Schweiz hat das Protokoll zur Ordnung der sozialen Sicherheit nicht ratifiziert.

Die Europäische Ordnung der sozialen Sicherheit (revidiert) vom 6. November 1990 ist ebenfalls ein von der Europäischen Ordnung der sozialen Sicherheit zu unterscheidendes Abkommen, sie ersetzt jene nicht. Durch die (revidierte) Ordnung werden die Normen der Europäischen Ordnung der sozialen Sicherheit erweitert, namentlich durch die Ausdehnung des persönlichen Anwendungsgebietes, durch die Gewährung von neuen Leistungen sowie durch die Erhöhung des Betrags für Sachleistungen. Parallel wird eine grössere Flexibilität eingeführt, indem die Ratifizierungsbedingungen erleichtert und die Normen so formuliert wurden, dass den einzelstaatlichen Regelungen bestmöglich Rechnung getragen wird. Die (revidierte) Ordnung ist noch von keinem Staat ratifiziert worden und deshalb noch nicht in Kraft getreten.

Von den Instrumenten des Europarats sind zudem die folgenden Empfehlungen des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zu erwähnen:

- Empfehlung Nr. R (80) 15 vom 14. November 1980 über eine bessere Verteilung der medizinischen Versorgung innerhalb und ausserhalb der Spitäler;
- Empfehlung Nr. R (86) 5 vom 17. Februar 1986 über die allgemeine Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung.

## 7.3

### **Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht**

Die Einführung einer Versichertenkarte im Sinne von Artikel 42a KVG geschieht unabhängig vom neuen Datenträger in Kreditkartenformat, mit dem die europäischen Formulare ersetzt werden. In der Schweiz versicherte Personen können bei einem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der EU oder der EFTA mit der Versichertenkarte gleichwohl Leistungen beanspruchen, wenn auf der Rückseite ihrer Karte das Muster der europäischen Krankenversicherungskarte angebracht ist.

Das europäische Recht (Recht der Europäischen Gemeinschaft und Recht des Europarats) setzt für die anderen in der vorliegenden Revision behandelten Bereiche keine Normen fest. Die Staaten können diese Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen.

## 8 **Rechtliche Aspekte**

### 8.1 **Verfassungs- und Gesetzmässigkeit**

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

### 8.2 **Erlassform**

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

### 8.3 **Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

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

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