

**Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die
Krankenversicherung (KVG)
Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung**

Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2010

Änderungen und Kommentar im Wortlaut

1. Allgemeiner Teil

1.1 Ausgangslage

Die Meldungen der Versicherer über die Entwicklung ihres Finanzhaushalts machen für das Jahr 2010 eine massive Erhöhung der Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; *SR 832.10*) absehbar. Die Ursache liegt darin, dass im Jahr 2008 die Kostenentwicklung höher war als von den Versicherern bei der Prämieingabe geschätzt und dass auch im Jahr 2009 die Ausgaben der Versicherer die Prämieeinnahmen übersteigen dürften. Diese Faktoren führen zu Verlusten und bewirkten ein Absinken der Reservequote im Jahr 2008 um rund 4 Prozent, welches sich im Jahr 2009 fortsetzen wird. Dazu kamen unerwartete Verluste an den Finanzmärkten. Die Reservequote dürfte Ende 2009 etwa 9 Prozent betragen und 2,5 Prozent unter der Mindestreservequote liegen. Wegen der im Vergleich zur Kostenentwicklung zu tiefen Prämien in den Jahren 2008 und 2009 besteht ein Nachholbedarf. Dieser Nachholbedarf alleine erfordert eine Prämiensteigerung von rund 7 Prozent.

Aufgrund der Entwicklung der letzten Jahre ist auch künftig mit einer jährlichen Kostensteigerung von 4 bis 4,5 Prozent zu rechnen. Ausgehend von einer erwarteten Kostenentwicklung in dieser Grössenordnung und aufgrund der Tatsache, dass mit steigenden Prämien auch die Reserven zu erhöhen sind, um denselben Reservesatz zu erreichen, müssen die Einnahmen der Versicherer im Jahr 2010 um annähernd 12 Prozent steigen. Prämienmehreinnahmen von 12 Prozent bedürfen einer Prämiensteigerung von rund 13 Prozent, da Versicherte bei einer Prämiensteigerung oftmals günstigere Versicherungsmodelle wählen. Um Ende 2010 die gesetzliche Mindestreservequote von 11,5 Prozent zu erreichen, ist eine Prämiensteigerung von gegen 15 Prozent erforderlich. Die Situation pro Versicherer und Kanton ist jedoch unterschiedlich.

Im Lichte der gegenwärtigen Wirtschaftslage betrachtet der Bundesrat den damit verbundenen Entzug von Kaufkraft für die Bevölkerung als nicht tragbar. Unter der Voraussetzung einer allmählichen Beruhigung der internationalen Finanzkrise und einer langsam einsetzenden Erholung der Weltwirtschaft gehen die Experten des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements zwar davon aus, dass die Schweizer Wirtschaft 2010 wieder ein schwach positives Wachstum erreichen kann. Auf dem Arbeitsmarkt muss aber auch noch für 2010 mit einer weiteren Verschlechterung gerechnet werden. Der Bundesrat hält deshalb das verstärkte Einwirken auf das künftige Kostenwachstum im Bereich der OKP, welches der Prämienkalkulation der Versicherer zugrunde liegt, für vordringlich. Deshalb werden Massnahmen in der Form eines auf drei Jahre befristeten dringlichen Bundesgesetzes vorgeschlagen

1.2 Laufende Revisionsbestrebungen

Im Jahre 2004 hat der Bundesrat unter anderem die Revision des KVG in den Bereichen Vertragsfreiheit, Kostenbeteiligung sowie Managed Care vorgeschlagen (BBl 2004 4323, 4361 und 5599). Die Vorlagen sind bereits Gegenstand der parlamentarischen Diskussion. Der Bundesrat beabsichtigt nicht, mit seinem Vorschlag zum Ergreifen dringlicher Massnahmen der diesbezüglichen Diskussion

der Eidgenössischen Räte vorzugreifen. Vielmehr sollen punktuell Massnahmen ergriffen werden, welche eine Kosteneindämmung in bestimmten Bereichen innert kurzer Frist erwarten lassen.

1.3 Politische Zielsetzungen

Die Kostenentwicklung kann eingedämmt werden, indem auf das Angebot sowie die Nachfrage und auf den Preis eingewirkt wird. Weil die Eidgenössischen Räte mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Massnahmen beschlossen haben, die sowohl die Eindämmung des Angebots (Spitalplanung) als auch den Preis (leistungsbezogene Pauschalen) anvisieren, werden an dieser Stelle keine Massnahmen vorgeschlagen, welche den stationären Spitalbereich zusätzlich regulieren. Vielmehr sollen die vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen punktuell und innert kurzer Frist auf das Angebot, die Nachfrage und die Preise im ambulanten und spitalambulanten Bereich einwirken.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Daten der Krankenversicherer

Damit die kontinuierliche Kontrolle der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung möglich ist und auf unvorhergesehene Kostensteigerungen in bestimmten Leistungsbereichen rasch reagiert werden kann, ist die monatliche Datenübermittlung durch die Krankenversicherer notwendig. Eine solche Änderung des Rhythmus des Kostenmonitorings macht einerseits die Änderung von Artikel 21 Absatz 4 des Gesetzes und andererseits eine Anpassung der in der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) enthaltenen Ausführungsbestimmungen erforderlich, insbesondere von Artikel 28 Absatz 3, der festhält, welche Daten die Versicherer dem BAG zum Zweck des Monitorings der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung übermitteln müssen (Aufnahme eines neuen Art. 28 Abs. 3bis KVV).

2.2 Tarife

In seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 zur KVG-Revision im Bereich der Vertragsfreiheit hat der Bundesrat die Einführung dieses wettbewerblichen Instrumentes im ambulanten Bereich vorgeschlagen. Weil der Ständerat in der Wintersession 2008 Nichteintreten beschlossen hat und weil die derzeit geltende bedarfsabhängige Zulassung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich (Art. 55a KVG) Ende 2009 ausläuft, fehlen im ambulanten Bereich die Instrumente zur Steuerung des Angebots. Das einzige Instrument, das eine gewisse Kostensteuerung im ambulanten Bereich erlaubt, ist der zwischen *santésuisse* und den kantonalen Ärztesellschaften abgeschlossene und vom Bundesrat am 22. Februar 2006 genehmigte Vertrag zur Kontrolle und Steuerung von Leistungen und Kosten im Bereich TARMED (nationale LeiKoV). Der Vertrag kommt grundsätzlich für die ambulant tätige Ärzteschaft in freier Praxis zur Anwendung und sieht eine Kostensteuerung über den Taxpunktwert vor. Weil der Beitritt zur Vereinbarung freiwillig ist, entfaltet dieses Instrument jedoch wenig Wirkung auf die

Gesamtkosten des ambulanten Bereiches. Deshalb ist ein sofort wirksames Instrument zur Kosteneindämmung notwendig, das auf die Tarife bzw. Taxpunktwerte („Preise“) wirkt. Vorgeschlagen wird eine Kompetenzzuweisung an den Bundesrat, damit er in Kantonen mit einer überdurchschnittlichen Kostenentwicklung im ambulanten Bereich die vereinbarten oder festgesetzten Taxpunktwerte oder Zeit- und Pauschaltarife gezielt senken kann. Es handelt sich um eine subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, die nicht ohne Not und unter Berücksichtigung der kantonalen Zuständigkeiten ergriffen werden soll. Überdurchschnittliche Kostenentwicklungen waren in den letzten Jahren in Teilen des ambulanten sowie spitalambulanten Bereichs eines beträchtlichen Teils der Kantone zu verzeichnen (vgl. dazu Anhang). Die Differenzierung der Taxpunktwerte für Grundversorger und Spezialärzte oder die innerkantonale Angleichung der Taxpunktwerte ist demgegenüber Sache der Tarifpartner.

2.3 Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich

Die Kosten der im ambulanten Spitalbereich zu Lasten der OKP erbrachten Leistungen steigen seit Jahren weit überdurchschnittlich (vgl. dazu den Anhang), sodass sich neben den tariflichen auch angebotsseitige Massnahmen aufdrängen. Eine kantonale Steuerung des ambulanten Spitalbereichs schafft die Möglichkeit, hoheitlich auf das ambulante Angebot der Spitäler einzuwirken. Nicht bedarfsgerechten Entwicklungen und Ausdehnungen des Angebotes kann somit entgegengewirkt werden. Zudem lässt sich auch die Koordination mit dem stationären Bereich sicherstellen.

2.4 Telefonische Triage

In den vergangenen Jahren wurden verschiedene neue telefon- und internetbasierte Dienstleistungen entwickelt mit dem Ziel einer Triage der Nachfrage und der Zuweisung der Nachfragenden zum geeigneten Angebot. Die Akzeptanz der telefonischen Beratungsdienste nimmt in der Schweiz laufend zu. Mit diesen Diensten wird der Zugang zur Versorgung verbessert. Trotz fehlender wissenschaftlicher Evidenz wird vermutet, dass die Telefondienste zur Kosteneindämmung beitragen können. Nicht zuletzt im Sinne eines Ausgleichs zur Einführung des Behandlungsbeitrages schlägt der Bundesrat vor, dass alle Versicherer diese Dienstleistung anbieten müssen. Obwohl die telefonische Triage durch medizinisch ausgebildetes Fachpersonal erfolgen muss, gilt sie nicht als KVG-Leistung, und die Kosten der Telefondienste sind als Verwaltungskosten der Versicherer zu qualifizieren. Die Telefondienste werden zum Standardangebot aller Versicherer und können von diesen nicht mehr als eine mit einem Prämienrabatt verknüpfte besondere Versicherungsform angeboten werden.

2.5 Behandlungsbeitrag

Zur weiteren Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und um die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen einzudämmen, schlägt der Bundesrat die Einführung eines neuen Elements der Kostenbeteiligung vor, das zusätzlich zur Franchise und zum Selbstbehalt von 10 Prozent erhoben werden soll: den

Behandlungsbeitrag. Dieser Anteil an den Behandlungskosten wird vom jeweiligen Versicherten selbst bezahlt und die Versicherungsgemeinschaft entsprechend entlastet.

Der Behandlungsbeitrag soll von den Versicherten bei jeder Konsultation eines Grundversorgers, Spezialisten und Spitalambulatoriums entrichtet werden. Dieses Instrument wurde in Deutschland (Praxisgebühr) und in Frankreich (taxe de consultation) bereits vor einiger Zeit eingeführt. Ein solcher Beitrag soll das Verhalten der Versicherten beeinflussen, indem sie sich in leichten Fällen (Bagatellfällen) die Frage stellen, ob der Arztbesuch wirklich notwendig ist. Dadurch wird ein Anreiz geschaffen wenn möglich eine kostengünstigere Alternative zu wählen (z.B. Selbstmedikation). Die Pflicht, dem Leistungserbringer einen Geldbeitrag in bar zu entrichten, hat wegen seiner unmittelbaren finanziellen Auswirkung auch einen psychologischen Effekt.

Der Bundesrat schlägt vor, dass der Behandlungsbeitrag im Gesetz auf 30 Franken festgesetzt wird, ein Beitrag, der genügend hoch ist, um die Versicherten von einem nicht unbedingt gerechtfertigten Arztbesuch abzuhalten und trotzdem nicht bewirkt, dass die Versicherten auf Arztbesuche verzichten, die sie für notwendig halten. Damit Versicherte, die wegen chronischer Krankheiten regelmässig den Arzt konsultieren müssen, nicht übermässig belastet werden, ist zudem vorgesehen, dass der Behandlungsbeitrag nur bei den ersten sechs ambulanten Behandlungen pro Kalenderjahr zu Lasten des Versicherten geht. Damit kann die Mehrbelastung eines Versicherten durch den Behandlungsbeitrag 180 Franken im Jahr nicht überschreiten. Die ersten sechs Beiträge gehen zu Lasten der Versicherten und werden zusätzlich zur aktuellen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) erhoben. Der Behandlungsbeitrag muss vom Leistungserbringer bei jeder ambulanten Konsultation erhoben werden, bei Unterlassung wird dem Leistungserbringer der Beitrag nicht vergütet. Der Versicherer ist hingegen verpflichtet, die von einem Versicherten bezahlten Behandlungsbeiträge ab der siebten Behandlung an dessen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) anzurechnen. Damit jene Versicherten, welche regelmässiger Behandlung bedürfen, nicht eine zu starke Mehrbelastung erfahren, soll im Gegenzug der in Artikel 64 Absatz 2 Buchstabe b KVG verankerte Höchstbetrag des Selbstbehalts von 700 Franken für Erwachsene auf 600 Franken gesenkt werden. Artikel 103 Absatz 2 KVV wird entsprechend geändert.

Zur Herstellung der Kohärenz mit dem geltenden System der Kostenbeteiligung wird der Behandlungsbeitrag für Leistungen bei Mutterschaft und für Präventionsleistungen, die im Rahmen eines nationalen oder kantonalen Programms erbracht werden Leistungen, die heute von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind nicht erhoben. Aus dem gleichen Grund schlägt der Bundesrat vor, dass Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahrs von der Entrichtung des Behandlungsbeitrages vollständig ausgenommen sind. Die Einführung dieses neuen Instruments soll zu gewissen Einsparungen bezüglich der heute von der obligatorischen Krankenversicherung vergüteten Leistungen führen. Der Behandlungsbeitrag sollte in jedem Fall bewirken, dass die Nachfrage nach nicht notwendigen Leistungen zurückgeht.

2.6 Dauer des Versicherungsverhältnisses

Die versicherte Person, die eine Versicherungsform mit höherer Franchise wählt, übernimmt eine grössere Eigenverantwortung. Aus diesem Grunde kann der Versicherer der versicherten Person reduzierte Prämien anbieten. Der Bundesrat hat bereits in seiner Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung im Bereich Managed Care (BBl 2004 5599) vorgeschlagen, dass der Versicherer die Möglichkeit haben soll, die Versicherten mit deren Einverständnis längerfristig an die Wahl einer besonderen Versicherungsform zu binden. Dies um zu verhindern, dass diese versicherte Person im Krankheitsfall diese grössere Eigenverantwortung wieder abgibt, indem sie wieder in die ordentliche Versicherung wechselt. Um diesem Aspekt ein grösseres Gewicht zu verleihen, soll diese Möglichkeit nicht nur als Option, sondern als gesetzliche vorgesehene ordentliche Vertragsdauer statuiert werden.

3 Besonderer Teil: Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Art. 13 Abs. 2 Bst. g (neu)

Mit diesem Artikel werden die Versicherer verpflichtet, zur Verbesserung des Zugangs der Versicherten zur Versorgung telefonische Beratungsdienste anzubieten. Beratungsdienste bzw. Telefon-Konsultationen haben in Skandinavischen Ländern und im englischen National Health System (NHS) eine grosse Verbreitung und auch Akzeptanz gefunden. Nach Aussage der Autoren einer Untersuchung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums belegen Studien aus Grossbritannien und der Schweiz, dass Telefonberatungsdienste sinnvoll sind und einem Bedürfnis eines heute noch kleinen, aber wachsenden Teils der Versicherten beziehungsweise der Patientinnen und Patienten entsprechen (Peter Berchtold und Kurt Hess: Managed Care, Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz, Wirkung der Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität, Neuchâtel 2007). Zwar fehlt aufgrund der Studien die wissenschaftliche Evidenz, dass Telefonberatungsdienste Art, Umfang und Kostenfolgen der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen günstig beeinflussen. Indessen wird darauf hingewiesen, dass die Autoren zweier grosser englischer Studien während der Studienperiode signifikant weniger "out-of-hours"-Arztbesuche, Hospitalisationen und Notfall-Zuweisungen als in den Kontrollperioden beobachteten (Lattimer 1998). In der anschliessenden Kostenanalyse haben die Autoren berechnet, dass die Kostenreduktion durch die tiefere Inanspruchnahme der Leistungen grösser war als die zusätzlichen Kosten für den Betrieb des Telefonkonsultationsdienstes anfielen (Lattimer 2000). Weil die telefonische Triage eine für die Versicherten kostenlose erste Anlaufstelle bedeutet, sieht der Bundesrat diese als Begleitmassnahme zur Einführung des Behandlungsbeitrages vor. Mit der Einführung fallen die Telefondienste indessen als heute von einigen Versicherern angebotene besondere Versicherungsform weg.

Art. 21

Heute wird das Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung auf der Grundlage der im Datenpool von santésuisse aggregierten Rechnungsdaten für die erbrachten Leistungen erstellt. Der Inhalt des Pools wird auf freiwilliger Basis monatlich von den teilnehmenden Versicherern aktualisiert. Jedes Trimester erhält das BAG die erfassten aggregierten Daten und verarbeitet diese zum Monitoring. Die Berechnungen haben die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Rechnung gestellten Bruttokosten pro Versicherten zur Grundlage, das heisst die in Rechnung gestellten Beträge, vor Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Zuweisung der Kosten zu einem Trimester wird bestimmt durch das Datum der Zahlung der Leistungen durch den Versicherer. Bisher fehlt eine gesetzliche Grundlage zur unterjährigen Datenerhebung durch das BAG bei den Versicherern. Mit der Gesetzesänderung soll das BAG die Möglichkeit erhalten, die für die Beobachtung der Kostenentwicklung notwendigen Daten monatlich zu erheben.

Art. 39 Abs. 1bis (neu)

Mit diesem Artikel werden die Kantone explizit verpflichtet, in den Leistungsaufträgen neben dem stationären auch den ambulanten Bereich der Spitäler zu regeln. Im Gegensatz zum stationären Bereich können sich die Kantone darauf beschränken, die ambulante Tätigkeit zu erlauben, indem sie deren Inhalt und Umfang festlegen. Eine eigentliche Planung ist nicht zwingend. Die Umsetzung durch die Kantone dürfte allerdings Zeit in Anspruch nehmen und kaum vor dem Jahr 2011 Wirkung entfalten. Dennoch ist die Signalwirkung dieser Massnahme nicht zu unterschätzen.

Art. 55b (neu)

Nach Artikel 55 KVG haben die jeweils zuständigen Genehmigungsbehörden unter bestimmten Voraussetzungen bereits heute die Möglichkeit, die Tarife einzufrieren. Die Umsetzung dieses Gesetzesartikels ist insbesondere wegen der Aufteilung der Kompetenzen schwerfällig und langwierig. Als zusätzliche und rasch wirksame Möglichkeit zum Eingreifen bietet sich die Zuweisung der Kompetenz zur Tarifbeziehungswise Taxpunktwerterhöhung an den Bundesrat an. Betroffen von einer Tarifbeziehungswise Taxpunktwerterhöhung wären die von einem bestimmten Tarifvertrag oder Tarifentscheid bzw. von mehreren Tarifverträgen oder Tarifentscheiden tangierten Leistungserbringer. Dies können namentlich die Ärzteschaft oder der ambulante Bereich der Spitäler eines Kantons sein.

Die Beurteilung, ob der Kostenanstieg in einem Kanton als überdurchschnittlich gilt, erfolgt aufgrund des Vergleichs mit der durchschnittlichen Kostenentwicklung im betroffenen Bereich eines Kantons zum Durchschnitt der vergangenen 5 Jahre. Begezogen werden zudem die Angaben über die durchschnittliche Kostenentwicklung in den anderen Kantonen für das Vergleichsjahr sowie Angaben über die Kostenentwicklung der verschiedenen Bereiche innerhalb des Kantons (z. B. die Physiotherapie und die Arztleistungen). Bei der Beurteilung sind die besonderen Umstände der einzelnen Bereiche (z.B. Änderung der Behandlungspraxis und Verschiebung von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich) und bedeutende Schwankungen der Preis- und

Lohnentwicklung zu berücksichtigen. Das kantonale Kostenniveau ist primär zur Beurteilung der wirtschaftlichen Tragbarkeit der Prämien erhöhungen in einem Kanton heranzuziehen: In „billigen“ Kantonen mit relativ tiefem Kostenniveau dürften Prämien erhöhungen weniger problematisch sein als in „teureren“ Kantonen. Mit diesem Vorgehen wird die Abhängigkeit zwischen Tarif und Volumenentwicklung hergestellt. Eine Tarif- bzw. Taxpunkt wertsenkung erfolgt somit nicht unter Anwendung einer vorgegebenen Formel. Zeigt sich in einem Bereich ein überdurchschnittlicher Kostenanstieg, wird der Entscheid, ob und in welchem Umfang eine Senkung des Tarifs bzw. des Taxpunkt wertes vorgenommen wird, unter Berücksichtigung des Umfeldes getroffen. Dabei ist ein gewisser Ermessensspielraum vorhanden, der durch die Begrenzung von Tarifsenkungen auf 10% beschränkt wird. Indessen erübrigt sich mit diesem Verfahren eine aus der Sicht der Machbarkeit und des Zeitaufwandes problematische Beurteilung der kantonalen Unterschiede bezüglich Morbidität und Altersstruktur, das heisst unter Bezug von Faktoren, die das Kostenniveau in jedem einzelnen Kanton beeinflussen und von den Kantonen nicht gesteuert werden können. Der Bundesrat wird von dieser Kompetenz zur Senkung der Tarife nur subsidiär Gebrauch machen, sofern die Tarifpartner von sich aus die erforderlichen Massnahmen nicht treffen. Die Kantone sind dabei vor dem Entscheid anzuhören.

Art. 62 Abs. 2ter (neu)

Wählen Versicherte eine Versicherungsform mit höherer Franchise, so sollen sie nicht nur während eines Jahres, sondern über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren eine grössere Eigenverantwortung übernehmen. Mit dieser Massnahme sollen die Versicherten veranlasst werden, die Wahl des Versicherungsmodells in Anbetracht der Vor- und Nachteile des Modells zu treffen und nicht einzig gestützt auf die persönlichen Opportunitätskosten im Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags. In Abweichung von Artikel 7 Absatz 2 KVG bildet zudem eine Prämien erhöhung kein Grund für eine vorzeitige Kündigung des Vertrages.

Art. 64 Abs. 5bis (neu)

Der vom Bundesrat vorgeschlagene Behandlungsbeitrag von 30 Franken soll bei jedem Besuch eines Grundversorgers, eines Spezialisten oder Spitalambulatoriums entrichtet werden ungeachtet dessen, ob einer oder mehrere Leistungserbringer konsultiert werden. Der Patient muss dem Leistungserbringer den Behandlungsbeitrag bei jedem Besuch in bar entrichten. Die Bezahlung mit Debit- oder Kreditkarte ist verboten, weil damit der beabsichtigte psychologische Effekt zunichte gemacht würde. Selbst tragen muss die versicherte Person die Kosten des Behandlungsbeitrags jedoch höchstens sechs Mal pro Kalenderjahr. Für die Anrechnung an die Franchise und für die Berechnung des Selbstbehalts wird vom Rechnungsbetrag der ersten sechs Konsultationen der Behandlungsbeitrag jedes Mal in Abzug gebracht.

Zwar muss die versicherte Person auch beim siebten Arztbesuch und bei weiteren Konsultationen den Behandlungsbeitrag entrichten. Dieser wird aber an die Franchise angerechnet oder – wenn die Franchise bereits erreicht ist – durch den Versicherer nach Verrechnung mit einem allfälligen Selbstbehalt an den Versicherten zurück erstattet. Weil die versicherte Person mit dem

Behandlungsbeitrag bereits eine „Anzahlung“ an die Kosten der Behandlung geleistet hat, ist im System des Tiers payant der Betrag des Behandlungsbeitrags von der Forderung des Leistungserbringers in Abzug zu bringen. Im System des Tiers garant wird der Rechnungsbetrag, welcher die versicherte Person dem Leistungserbringer noch zu bezahlen hat, entsprechend vermindert.

Art. 64 Abs. 4 und 6 Bst. d

Damit der neu vorgesehene Behandlungsbeitrag mit dem heutigen System der Kostenbeteiligung kohärent ist, sind verschiedene Ausnahmen bezüglich dessen Erhebung vorgesehen. In den Fällen, in denen keine Franchise erhoben, ist es kaum gerechtfertigt, einen Behandlungsbeitrag zu erheben. So werden die besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 64 Abs.7 KVG) und Leistungen, die im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden (Art. 64 Abs. 6 Bst. d KVG) auch von dem Behandlungsbeitrag ausgenommen. Konsultationen für Präventionsleistungen im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen sind insbesondere jene zur Impfung gegen den Papillomavirus, für das Mammographiescreening und für die Impfung im Zusammenhang mit einer drohenden oder bestehenden Influenza-Pandemie.

Übergangsbestimmung

Der in Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe g genannte telefonische Beratungsdienst muss von den Versicherern spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung angeboten werden. Jene Versicherer, die unter dem Titel einer besonderen Versicherungsform bereits heute einen telefonischen Beratungsdienst anbieten, können dieses Angebot in der gleichen Form bis Ende 2010, das heisst während des Übergangsjahrs, beibehalten. Dabei wird namentlich bezweckt, dass verschiedenen administrativen Umtrieben (zum Beispiel Namensänderungen, Vertragsänderungen, welche auf die Versicherer zukommen, Rechnung getragen wird und dass jene Versicherer, die schon heute einen solchen Dienst anbieten oder ihn im Jahr 2010 anbieten wollen, ihren Businessplan für das Jahr 2010 umsetzen können.

4 Zusammenhang des Vorschlags mit anderen in Diskussion stehenden Gesetzesänderungen

Die an dieser Stelle vorgebrachten Vorschläge präjudizieren die parlamentarischen Beratungen zur KVG Revision in den Bereichen Kostenbeteiligung, Managed Care und Vertragsfreiheit nicht. Im Rahmen der Gesetzesänderung im Bereich der Kostenbeteiligung kann der Behandlungsbeitrag in der vorgeschlagenen oder in geänderter Form dauerhaft im Gesetz zu verankert werden, die Massnahme kann indessen auch aufgehoben werden. Dasselbe gilt für die Bestimmung der Mindestvertragsdauer für die hohen Franchisen und die Verpflichtung der Versicherer, einen Telefondienst anzubieten. Im Rahmen der Weiterentwicklung von Managed Care wäre die dauerhafte Verankerung der Möglichkeit von Taxpunktwerbsenkungen durch den Bundesrat allenfalls für bestimmte Bereiche eine Option.

5 Auswirkungen

5.1 Finanzielle und personelle Auswirkungen

Die vorgeschlagenen Massnahmen betreffen den ambulanten sowie den spitalambulanten Bereich und die Versicherten. Mit dem Behandlungsbeitrag für die Versicherten wird ein kosteneindämmender Anreiz gesetzt, wobei die Versicherten bzw. die Patientinnen und Patienten eine leicht höhere finanzielle Belastung tragen. Mit der Tarifsenkung sowie der Angebotsplanung im ambulanten und spitalambulanten Bereich lassen sich Einsparungen für die OKP erzielen, die jedoch durch eine gewisse Mengenausweitung der betroffenen Leistungserbringer teilweise kompensiert werden könnten.

5.1.1 Finanzielle Auswirkungen für den Bund

Kosteneinsparungen im Bereich der OKP wirken sich, zusammen mit der Rückstellungen und der Reservenpolitik der Versicherer, auf die Prämien und damit auch auf den Finanzhaushalt des Bundes aus, indem die Massnahmen zur Kosteneindämmung eine günstige Wirkung bezüglich des Volumens des für die Prämienverbilligung notwendigen Bundesbeitrags haben.

5.1.2 Personelle Auswirkungen für den Bund

Bisher hat das BAG statistische Daten bei den Versicherern bloss jährlich im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion über die finanzielle Situation erhoben. Die neue, monatliche Erhebung von Daten bei den Versicherten zur laufenden Beobachtung der Kostenentwicklung nach Leistungserbringern (Monitoring) hat einen zusätzlichen Personalaufwand zur Folge. Der Bedarf an Personalressourcen, die ausschliesslich die im Zusammenhang mit dem monatlichen Kostenmonitoring zusätzlich anfallenden Aufgaben zu erfüllen haben, ist auf vier Mitarbeitende zu veranschlagen. Neben der Erhebung, Validierung, Analyse, Auswertung und Veröffentlichung der Daten im Monatsrhythmus ist es notwendig, die Entwicklung in den einzelnen Kantonen, bei einzelnen Versicherern sowie bei Leistungserbringern fortlaufend zu beobachten, um die Entwicklung der Rechnungsdaten adäquat interpretieren zu können.

5.1.3 Finanzielle Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden

Nach Artikel 65 KVG gewähren die Kantone den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen. Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone zudem die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent. Für die Ausgestaltung der Prämienverbilligung sind die Kantone zuständig. Insbesondere im Lichte der oben unter Ziffer 1.1 erwähnten wirtschaftlichen Perspektiven haben auch die Kantone ein Interesse an Massnahmen zur Kosteneindämmung und an möglichst tiefen Prämien. Dieselbe Überlegung gilt für jene Gemeinden, welche aufgrund von kantonalen Regelungen für die Prämien der Sozialhilfebezüger aufkommen.

5.2 Finanzielle Auswirkungen für die Krankenversicherung

Die Leistungen der OKP für den ambulanten Bereich machten im Jahr 2007 6'415 Mio. Franken oder 30 Prozent der gesamten Ausgaben aus, jene für den spitalambulanten Bereich betragen 2'825 Mio. Franken oder 13 Prozent der gesamten Ausgaben. Die vorgeschlagenen Massnahmen wirken auf diesen Sektor der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Mit den vorgeschlagenen Massnahmen dürften jährlich insgesamt 500 Mio. Franken eingespart werden.

5.3 Volkswirtschaftliche Auswirkungen

Ungeachtet der finanziellen Grössenordnung, welche die vorgeschlagenen Massnahmen ausmachen, wirken die Massnahmen zur Verhinderung einer Prämienexplosion der Verminderung der Kaufkraft der Bevölkerung entgegen. Wie eingangs erwähnt, ist dies in der gegenwärtigen Wirtschaftslage von besonderer Bedeutung.

6 Legislaturplanung

Die Vorlage ist weder in der Botschaft vom 23. Januar 2008 über die Legislaturplanung 2007-2011 (BBl 2008 753) noch im Bundesbeschluss vom 18. September 2008 über die Legislaturplanung 2007 – 2011 (BBl 2008 9543) angekündigt.

7 Verhältnis zum europäischen Recht

7.1 Vorschriften der europäischen Gemeinschaft

Das EG-Sozialversicherungsrecht bezweckt im Hinblick auf die Garantie der Personenfreizügigkeit keine Harmonisierung der nationalen Systeme der sozialen Sicherheit. Die Mitgliedstaaten können im Rahmen der Koordinationsgrundsätze (z. B. Diskriminierungsverbot, Anrechnung der Versicherungszeiten, grenzüberschreitende Leistungserbringung, usw.) die in der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Selbständige und deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1), sowie durch die entsprechende Durchführungsverordnung (EWG) Nr. 574/72 (SR 0.831.109.268.11) geregelt werden, über die konkrete Ausgestaltung ihres Systems der sozialen Sicherheit weitgehend frei bestimmen. Seit dem Inkrafttreten des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (SR 0.142.112.681) am 1. Juni 2002 sind diese Koordinationsgrundsätze auch für die Schweiz massgebend geworden.

7.2 Die Instrumente des Europarates

Die Schweiz hat die Europäische Ordnung der Sozialen Sicherheit vom 16. April 1964 (AS 1978 1491) am 16. September 1977 ratifiziert. 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. Gemäss Artikel 10 Paragraph 2 der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit kann der Leistungsempfänger oder der für ihn Unterhaltspflichtige zur Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten ärztlichen Betreuung verpflichtet werden; die Beteiligung darf jedoch keine zu hohe Belastung verursachen. Die revidierte Ordnung sieht eine analoge Bestimmung vor (Art. 10 Par. 2). Was genau unter einer zu hohen Belastung zu verstehen ist, wird weder in der Europäischen Ordnung der Sozialen Sicherheit noch in der revidierten Ordnung näher festgelegt. Die Kontrollorgane verfügen demnach über einen Ermessensspielraum. Das Protokoll zur Ordnung sieht vor, dass die Beteiligung an den Kosten der bei Krankheit gewährten ärztlichen Betreuung 25 Prozent nicht übersteigen darf. Ist die Kostenbeteiligung für jeden Fall der Betreuung oder jede Verordnung von Arzneien mit einem einheitlichen Betrag festgesetzt, so darf, gemäss Protokoll, der Gesamtbetrag, der von allen geschützten Personen aufgebracht wird, 25 Prozent der Gesamtkosten für diese Leistung innerhalb einer bestimmten Zeit nicht übersteigen.

7.3 Vereinbarkeit der Vorlage mit dem europäischen Recht

Der Revisionsentwurf sieht vor, dass für jede ambulante Behandlung ein Behandlungsbeitrag von 30 Franken erhoben wird. Da dieser nur die ersten sechs Mal pro Kalenderjahr zu Lasten des Versicherten geht, stellt er keine zu hohe Belastung im Sinne der Europäischen Ordnung und des Protokolls dar. Damit steht die Vorlage im Einklang mit den von der Schweiz übernommenen europäischen Recht (Recht der Europäischen Gemeinschaften und Recht des Europarats).

Was die anderen in der vorliegenden Revision behandelten Bereiche anbelangt (Tarife, Steuerung des Angebots im spitalambulanten Bereich) setzt dafür das europäische Recht keine Normen fest. Die Staaten können diese Aspekte nach eigenem Ermessen bestimmen.

8 Rechtliche Aspekte

8.1 Verfassungsmässigkeit

Die Vorlage stützt sich auf Artikel 117 der Bundesverfassung.

8.2 Erlassform

Die vorgeschlagenen Bestimmungen sollen in Form eines zeitlich befristeten dringlichen Bundesgesetzes erlassen werden. 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 für das Jahr 2010 eine massive Erhöhung der Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) absehbar ist und keine anderen auf die Kostenentwicklung wirkenden Massnahmen zeitgerecht vorliegen werden.

Die Dringlichkeit der Massnahmen ist gegeben, denn ohne dringliche Massnahmen muss für das Jahr 2010 von einer durchschnittlichen Prämienhöhung von gegen 15 Prozent ausgegangen werden. Daher duldet das Inkrafttreten der Gesetzesänderung keinen Aufschub und den in Artikel 165 Absatz 1 der Bundesverfassung (SR 101) festgehaltenen Voraussetzungen wird Genüge getan. Der Verzicht auf die Dringlichkeit würde zu einer erheblichen Einschränkung der Kaufkraft weiter Bevölkerungskreise führen. Am stärksten getroffen würden jede Personen und Haushalte, deren Einkommen knapp über der Grenze liegt, die den Anspruch auf Prämienverbilligungen begründet, also der Mittelstand.

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:

Erhebung des Behandlungsbeitrages (Art. 64 Abs. 5^{bis}).

Bruttoleistungen¹ in Fr. pro versicherte Person (2008)

Kanton	Leistungserbringer									Total
	Ärzte	Medikamente	Spitäler		Pflegeheime	Physio-	SPITEX	Laboratorien	Übrige	
	(ohne Medikam.) (Arzt, Apotheke)		ambulant	stationär		therapeuten				
ZH	783	575	425	635	242	72	53	63	97	2945
BE	628	595	479	884	300	65	80	60	103	3195
LU	529	479	430	574	245	60	40	52	96	2505
UR	499	443	423	583	251	41	49	47	69	2405
SZ	618	485	381	548	219	65	37	55	92	2499
OW	497	461	459	532	183	67	44	51	92	2385
NW	490	439	391	512	159	68	50	53	100	2262
GL	542	503	417	582	252	83	38	44	88	2548
ZG	608	453	364	583	209	65	30	61	91	2465
FR	635	585	406	644	235	55	44	65	99	2769
SO	656	614	472	739	162	70	74	61	92	2941
BS	804	823	649	1044	272	104	97	69	110	3972
BL	795	621	504	767	151	94	59	73	100	3165
SH	611	639	431	636	229	86	45	43	95	2815

Kanton	Leistungserbringer									Total
	Ärzte (ohne Medikam.) (Arzt, Apotheke)	Medikamente	Spitäler		Pflegeheime	Physio- therapeuten	SPITEX	Laboratorien	Übrige	
			ambulant	stationär						
AR	526	436	386	561	219	51	37	36	77	2329
AI	460	391	337	574	129	42	45	35	81	2095
SG	582	489	354	576	199	64	39	42	89	2435
GR	534	531	385	631	227	63	57	50	112	2591
AG	591	585	447	693	156	69	37	47	90	2715
TG	531	447	434	713	198	78	41	40	94	2574
TI	694	697	443	858	293	77	59	96	109	3324
VD	746	715	652	626	205	70	106	92	106	3319
VS	591	625	404	621	184	61	47	62	101	2695
NE	605	735	437	631	343	56	93	93	118	3111
GE	1043	807	583	770	221	101	87	157	114	3881
JU	529	667	494	705	258	58	101	52	77	2940
Schweiz	679	603	465	696	229	71	62	68	99	2973

¹ inkl. Kostenbeteiligung

Quelle: KV-Kostenmonitoring.

Bruttoleistungen¹ pro versicherte Person (2008, prozentuale Veränderung gegenüber Vorjahr)

Kanton	Leistungserbringer								Total
	Ärzte	Medikamente	Spitäler		Pflegeheime	Physiotherapeuten	SPITEX	Laboratorien	
	(ohne Medikam.)	(Arzt, Apotheke)	ambulant	stationär					
ZH	3.2	4.8	13.4	3.2	0.6	3.1	5.9	10.1	4.9
BE	4.3	4.3	9.3	-0.6	5.6	2.8	6.4	9.5	3.7
LU	2.0	3.7	14.0	-1.5	2.1	0.3	1.9	16.6	3.6
UR	0.2	-0.1	10.0	-3.5	8.6	-0.1	-2.1	9.9	1.4
SZ	2.3	4.4	14.0	-2.4	3.9	3.0	8.6	10.7	3.5
OW	6.2	7.4	10.5	-2.4	-2.9	-6.8	-1.5	15.2	4.3
NW	3.6	3.8	7.3	-2.0	-0.6	-2.4	23.2	7.6	2.6
GL	2.6	5.9	11.1	9.5	7.8	7.5	1.6	7.9	5.9
ZG	3.4	6.0	8.9	-2.4	3.0	2.4	3.5	6.8	3.1
FR	4.1	3.8	11.9	0.8	0.8	4.7	5.2	10.1	2.9
SO	5.9	6.7	14.2	3.7	4.9	3.5	8.8	9.1	5.2
BS	6.2	5.2	10.4	6.6	-2.9	5.4	8.8	7.3	6.0
BL	6.1	5.8	11.4	3.3	10.8	6.5	10.0	10.3	6.3
SH	4.3	5.9	6.1	1.2	-1.1	3.0	3.0	4.0	3.5
AR	6.3	7.1	4.9	2.1	7.4	6.2	1.2	2.8	5.0
AI	4.5	7.2	10.5	25.8	16.2	10.0	12.3	7.7	12.6

Kanton	Leistungserbringer								Total
	Ärzte	Medikamente	Spitäler		Pflegeheime	Physiotherapeuten	SPITEX	Laboratorien	
	(ohne Medikam.)	(Arzt, Apotheke)	ambulant	stationär					
SG	3.2	3.4	4.9	0.3	5.3	3.4	4.7	6.5	3.0
GR	2.6	3.0	5.1	1.5	7.3	4.6	5.4	10.1	3.0
AG	5.2	5.0	14.6	2.0	5.7	3.4	5.6	6.6	5.5
TG	3.8	6.2	10.7	2.5	5.4	7.0	7.8	8.0	5.3
TI	1.0	-3.1	3.7	-3.2	5.6	-12.3	-3.7	-5.3	-1.1
VD	6.0	2.6	8.7	2.7	-3.6	3.5	5.4	8.5	2.4
VS	7.1	6.4	11.6	-0.9	4.2	5.1	4.6	19.8	4.1
NE	7.4	5.2	22.8	-3.7	-1.0	2.7	4.1	4.0	4.1
GE	5.1	3.6	7.0	7.7	7.5	3.0	6.6	10.3	4.8
JU	6.7	1.6	5.8	1.8	1.7	4.1	1.8	2.4	2.7
Schweiz	4.3	4.1	10.4	1.5	3.0	2.6	5.5	8.5	3.9

¹ inkl. Kostenbeteiligung

Quelle: KV-Kostenmonitoring.

Bruttoleistungen¹ pro versicherte Person (1999–2007)

Jahr	Leistungen										Total
	Arztbehandlung (ambulant)	Medikamente (Arzt, Apoth.)	Spitalleistungen		Pflegeheim	Spitex	Physiotherapie	Laboranalysen (inkl. Arzt)	Mittel und Gegenstände	Übrige	
			ambulant	stationär							
In Franken pro Jahr											
1999	518	400	204	497	161	32	60	57	17	65	2011
2000	529	446	229	509	167	35	61	61	25	68	2131
2001	549	481	264	520	172	37	66	63	24	68	2244
2002	559	515	269	515	190	39	69	66	28	77	2328
2003	566	536	290	558	200	43	67	65	29	77	2431
2004	593	562	297	619	213	49	68	80	35	75	2592
2005	609	577	359	646	213	52	72	89	40	78	2736
2006	619	575	354	654	218	56	72	84	45	79	2755
2007	642	585	375	682	226	61	73	84	50	86	2863
Veränderung gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)											
1999	0.1	6.4	13.6	0.8	6.8	4.7	4.3	3.8	19.4	6.0	3.9
2000	2.3	11.7	12.3	2.4	3.9	7.7	2.3	7.1	44.0	3.6	5.9
2001	3.8	7.9	15.0	2.2	3.0	6.3	6.9	4.0	-4.3	-0.1	5.3
2002	1.8	7.1	1.8	-1.0	10.0	6.7	4.8	4.3	16.6	14.5	3.7
2003	1.2	4.0	8.2	8.3	5.7	9.9	-3.3	-1.4	5.3	-1.0	4.5

Jahr	Leistungen										Total
	Arztbehandlung (ambulant ¹)	Medikamente (Arzt, Apoth.)	Spitalleistungen		Pflegeheim	Spitex	Physiotherapie	Laboranalysen (inkl. Arzt)	Mittel und Gegenstände	Übrige	
			ambulant	stationär							
2004	4.8	4.9	2.2	11.0	6.3	13.9	2.7	22.9	21.0	-1.5	6.6
2005	2.7	2.8	21.0	4.4	0.2	5.6	4.5	11.7	13.8	4.0	5.6
2006	1.7	-0.4	-1.5	1.3	1.9	6.7	0.9	-6.5	12.2	0.3	0.7
2007	3.6	1.7	6.0	4.2	4.1	8.6	1.9	0.4	10.2	9.8	3.9
Durchschnittliche jährliche Veränderung 1999–2007 (in Prozent)											
99–07	2.7	4.9	7.9	4.0	4.4	8.1	2.5	5.0	14.2	3.6	4.5

¹ inkl. Kostenbeteiligung

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2007.