



economisesuisse

Bundesamt für Gesundheit  
Postfach  
3003 Bern

27. April 2004

**Teilrevision in der Krankenversicherung: ergänzende schriftliche Stellungnahme zur konferenziellen Vernehmlassung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 25. März 2004 haben Sie uns eingeladen, zu den vorgeschlagenen Teilrevisionen in der Krankenversicherung (erstes Gesetzgebungspaket) Stellung zu nehmen. Wir danken Ihnen für diese Gelegenheit. Nachfolgend finden Sie unsere schriftliche Eingabe in Ergänzung zur Stellungnahme anlässlich der konferenziellen Vernehmlassung vom 22. April 2004, die wir der Vollständigkeit halber nochmals beilegen.

**1. Strategie**

economisesuisse teilt die Meinung des Bundesrates, dass seit Inkraftsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 die Ziele der Versorgungssicherheit sowie der Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen erreicht werden konnten. Die dritte Zielsetzung des KVG, die Kostendämpfung, konnte hingegen nicht erreicht werden. Kostendämpfung und Kostenkontrolle müssen demnach im Rahmen der Wiederaufnahme der KVG-Revision erste Priorität haben. Da die Kumulierung einer hohen Zahl verschiedenster Themen wohl eine Ursache des Scheiterns der 2. KVG-Revision war, unterstützen wir die Vorgehensweise, eine ganzheitliche Strategie zu verfolgen, die einzelnen Reformschritte jedoch nicht in ein Gesamtpaket einzubetten. Vollzugsmässig und politisch wären diese Schritte kaum in einer umfassenden Gesamtvorlage umzusetzen. Zum Mix der Pakete ist zu sagen, dass der neu definierten Prämienverbilligung nicht ohne Zustimmung zur Vertragsfreiheit und zur erweiterten Kostenbeteiligung zugestimmt werden kann.

## 2. Gesetzgebungspaket

### Vorlage 1a: Versichertenkarte, Risikoausgleich, Pflögetarife, Spitalfinanzierung

#### Versichertenkarte (Art. 42a neu)

Der Vorschlag wird unterstützt. economiesuisse erachtet die Einführung einer Versichertenkarte auf nationaler Ebene als sinnvoll. Es scheint uns trotz der grundsätzlichen Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung notwendig, eine bundesrechtliche Regelung (KVG) für die Versichertenkarte zu schaffen, um zu verhindern, dass verschiedene kantonale Projekte unabhängig voneinander entwickelt werden, die nachher unter Umständen untereinander nicht kompatibel sind. Die Grösse des Landes und die zunehmende Mobilität der Bevölkerung unterstreichen die Notwendigkeit kompatibler Systeme. Wir regen deshalb an, die Versichertenkarte euro-kompatibel zu gestalten. Sie muss, wenn immer möglich, das bisherige EU-Formular 111 ersetzen. Mit der Einführung der Versichertenkarte soll sichergestellt werden, dass sich die Schweiz den europäischen Entwicklungen zur Einführung einer Krankenversicherungskarte per 1.1.2006 anschliesst.

Die Versichertenkarte muss so konzipiert sein, dass sie in Zukunft schrittweise zu einer umfassenden Patientenkarte ausgebaut werden kann. Wir regen an, die Einführung einer Patientenkarte auf freiwilliger Basis zu prüfen.

In der vorliegenden Botschaft fehlt die ausdrückliche Verpflichtung der Leistungserbringer und der Versicherten, die Versichertenkarte benützen zu müssen. Es ist lediglich die Pflicht der Krankenversicherer (siehe Art. 42a Abs. 3) festgehalten. Im Sinne der gesetzgeberischen Klarheit müssten auch die Pflichten der Leistungserbringer und Patienten im Gesetzestext ausdrücklich genannt sein. Die Einführung der Versichertenkarte ohne die Verpflichtung aller Beteiligten, diese auch bei allen Transaktionen zu verwenden, würde lediglich Kosten ohne entsprechenden Nutzen mit sich bringen.

#### URisikoausgleich (Art. 105 Abs. 4)

Der Risikoausgleich unter den Versicherern ist nötig als Kompensation für ihre Pflicht, Individuen mit unterschiedlichen Risiken zu Einheitsprämie aufzunehmen. Zudem bestehen weiterhin erhebliche Unterschiede in der Risikostruktur der Versicherer, die trotz der vollen Freizügigkeit der Versicherten nicht ausgeglichen werden konnten. Folglich braucht es nach wie vor einen Risikoausgleich, dessen Verlängerung nach Alter und Geschlecht economiesuisse unterstützt.

Die Tatsache, dass der Risikoausgleich auch im Zusammenhang mit anderen Reformschritten in anderen Bereichen der Krankenversicherung betrachtet werden muss (z.B. Vertragsfreiheit, Managed Care-Modelle, monistische Spitalfinanzierung), rechtfertigt die Verlängerung der heutigen Regelung zusätzlich.

Man muss sich aber bewusst sein, dass die heutige Ausgestaltung des Risikoausgleichs unbefriedigend ist, da der Risikoausgleich lediglich ein Mittel gegen die Risikoselektion auf der Versicherer-, nicht aber auf der Leistungserbringerseite darstellt. Zudem wirkt er

nur retrospektiv und erklärt mit den verwendeten Erklärungsvariablen Alter und Geschlecht lediglich ca. 4% der Gesundheitskosten. Es ist zu befürchten, dass sich der ungenügende Risikoausgleich im Rahmen der Vertragsfreiheit negativ auswirken wird im Sinne einer verstärkten Risikoselektion der Versicherer unter den Ärzten (Jagd nach Ärzten mit kostengünstigen Patienten) und folglich der Ärzte unter den Patienten.

#### Pflegetarife (Übergangsbestimmung II):

Aufgrund der im Januar 2003 in Kraft getretenen Verordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime (VKL) können diese Institutionen bei Vorliegen einer transparenten Kostenrechnung neu die Vollkosten der erbrachten Pflegeleistungen und nicht nur die Rahmentarife zu Lasten der Versicherer abrechnen. Da in Zukunft zunehmend mehr Leistungserbringer eine transparente Kostenrechnung ausweisen werden, würden den Krankenkassen ohne Einschreiten des Gesetzgebers mittelfristig Mehrkosten erwachsen, die die Grundversicherungspremie in die Höhe treiben könnten. Das Einfrieren der Pflegetarife und die Begrenzung der Kostenübernahme für die Pflegeleistung durch die Krankenversicherung unabhängig vom Erreichen der Kostentransparenz scheint uns deshalb angebracht und nötig, um einer Neuregelung der Finanzierung der Pflege nicht durch das Schaffen einer „fait accompli“ vorzugreifen. economiesuisse unterstützt somit diese Uberangsbestimmung. Das Einfrieren darf jedoch nicht ein Präjudiz sein, um die Neuregelung der Pflegefinanzierung ad calendae grecas aufzuschieben (nur zeitlich befristete Uberangslosung).

#### Spitalfinanzierung (dBG):

Wir unterstützen aus Gründen der Rechtssicherheit die Verlängerung des dringlichen Bundesgesetzes bis zum Inkrafttreten der Neuregelung der Spitalfinanzierung, da nach dem Ablauf des Bundesgesetzes am 31.12.04 die kantonalen Beiträge an die Zusatzversicherten wohl erneut umstritten wären.

Mit dem zweistufigen Vorgehen (zuerst dringliches Bundesgesetz, anschliessend Neuregelung der Spitalfinanzierung) sind wir vom Prinzip her einverstanden. Wir verlangen jedoch, dass der Übergang von der dualen zur monistischen Spitalfinanzierung ohne Zwischenschritt über die dualfixe Spitalfinanzierung erfolgt. Die monistische Spitalfinanzierung soll allerdings erst nach einer Uberangsfrist von 3-5 Jahren nach in Kraft treten der Revision eingeführt werden, um der Systemumstellung genügend Zeit einzuräumen.

Um eine Wettbewerbsverzerrung zu verhindern und eine effiziente Spitalfinanzierung zu erzielen, fordern wir Sockelbeiträge der Kantone auch für Spitalaufenthalte in Privatspitalern. Private Anbieter sind oft gleich effiziente oder effizientere Leistungserbringer als öffentliche Anbieter. Sie sollen deshalb nicht von Gesetzes wegen benachteiligt werden.

#### **Vorlage 1b Vertragsfreiheit**

economiesuisse unterstützt die Botschaft grundsätzlich. Die Vertragsfreiheit begrüssen wir insbesondere aus zwei Gründen: Erstens ist sie die liberalere und aus wirtschaftlicher und bildungspolitischer Perspektive die sinnvollere Lösung als der Zulassungsstopp. Zweitens verfügen die Versicherer mit der Vertragsfreiheit neu über das klassische Wettbewerbsinstrument, nämlich die Möglichkeit, beim Vertragsabschluss

zwischen verschiedenen Leistungserbringern wählen zu können.

Flankierende Massnahmen:

- Gewährleistung der Versorgungssicherheit: Obwohl es im jetzigen System mit Kontrahierungszwang keine Planung im ambulanten Bereich gibt, und eine solche Massnahme aus liberaler Sicht einen unerwünschten staatlichen Eingriff darstellt, haben wir Verständnis dafür, dass im Rahmen eines Umwandlungsprozesses des Gesundheitswesens in Richtung mehr Markt der Bund vorübergehend eine gewisse Steuerungsfunktion mittels der Definition einer Bandbreite von Leistungserbringern übernehmen will. Eine gänzliche Aufhebung des Vertragszwanges ist somit zwar nicht möglich, doch wäre dieser erste Schritt zur Vertragsfreiheit ohne eine solche Versorgungssicherheitsklausel politisch kaum realisierbar. Die Höchstgrenze der Bandbreite sollte sich aber nicht einfach am bestehenden Angebot orientieren. Massgeblich müssten vielmehr Gutachten unabhängiger Experten sein. Eine überkantonale Koordination ist gefordert, wenn es um den Ausgleich zwischen Regionen mit zu vielen und solchen mit zu wenigen Leistungserbringern geht. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) soll hier die Verantwortung für die notwendige Koordination zwischen den Kantonen übernehmen.  
Bezüglich der Umsetzung dieser Massnahme fordern wir langfristig gesamtschweizerisch eine bessere regionale und fachliche Verteilung der Ärztedichte und eine Verminderung der Risikoselektion der Versicherer. Durch die Definition einer Mindestanzahl von Leistungserbringern der verschiedenen Fachdisziplinen sollen die Versicherer nicht einzelne Fachrichtungen von Leistungserbringern, die bekannt dafür sind, so genannt schlechte Risiken zu behandeln, vollständig von der Möglichkeit eines Vertrags ausschliessen können.
- Kriterien Wirtschaftlichkeit und Qualität: Wir begrüssen es, dass die Vorlage keine zusätzlichen gesetzlichen Kriterien als Voraussetzung für den Vertragsabschluss aufführt. Diese sollen den Vertragspartner überlassen werden. Wir erwarten, dass die im KVG bereits bestehenden Kriterien bezüglich Wirtschaftlichkeit und Qualität (Art. 56 und 58) massgebend sind für die Zulassung, ohne Zutrittsberechtigungen darzustellen. Denn nur auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Versicherer die Leistungserbringer aufgrund einer Kombination von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskriterien und nicht nur aufgrund von Kostenkriterien auswählen.
- Besitzstandsgarantie: Im Sinne eines reibungslosen Übergangs vom Kontrahierungszwang zur Vertragsfreiheit erachten wir eine Besitzstandsgarantie während einer bestimmten Zeitspanne als rechtsstaatlich geboten.

economiesuisse unterstützt im Weiteren die Ausweitung der Sanktionsmöglichkeiten gegen Leistungserbringer, wie sie bereits im Rahmen der 2. KVG-Revision in Artikel 59 vorgesehen war. Diese Bestimmung wäre für die Krankenversicherer insbesondere im Falle einer Ablehnung der Botschaft über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges von grosser Bedeutung. Deshalb sollte sie in einer anderen, weniger umstrittenen Vorlage (z.B. 1 A) Aufnahme finden.

Die Vertragsfreiheit ist längerfristig auch stationär einzuführen, insbesondere im Hinblick auf die monistische Spitalfinanzierung.

Anträge:

- Art. 43, 46, 47 und 48 KVG: Wir sind der Ansicht, dass mit der Einführung der Vertragsfreiheit das Kartellgesetz auch im Grundversicherungsbereich zur Anwendung kommen muss, um einerseits Absprachen unter den Versicherern zum gemeinsamen Ausschluss von Leistungserbringern und andererseits Absprachen unter den Leistungserbringern zum Boykott eines Krankenversicherers zu verhindern. Hierzu müssen die vorbehaltenen Vorschriften im KVG, die die Anwendung des Kartellgesetzes ausschliessen, gestrichen werden. Dies bedeutet, dass Krankenversicherer und Leistungserbringer frei in der Verhandlung von Tarifen (Höhe und Art der Vergütungsform; vgl. auch Resultate der Arbeitsgruppe unter Leitung von W. Oggier S. 5/6 des erläuternden Berichtes) sein müssen und Tarifverträge keiner behördlichen Genehmigung mehr bedürfen. Bei Nichteinigung der Vertragspartner sollen allerdings im Sinne der Rechtssicherheit die Tarife behördlich festgesetzt werden. Die Erfüllung dieser Voraussetzung hätte u. a. zur Folge, dass die heute im Grundversicherungsbereich vorherrschenden Verbandstarife durch Einzel- bzw. Gruppenverträge abgelöst werden müssten. Unsere Forderungen verlangen eine Anpassung der Art. 43, 46, 47 und 48 KVG.

**Vorlage 1c Prämienverbilligung**

Wir anerkennen die Notwendigkeit der Prämienverbilligung als soziales Korrektiv der Kopfprämie. Wir fordern jedoch, dass die Prämienverbilligung ausgabenneutral umgesetzt wird, da die einmalige Erhöhung der Bundesbeiträge um 200 Millionen und die jährliche Zunahme der Bundesbeiträge um neu 3% anstatt wie bisher 1.5% im Widerspruch stehen zu den Bemühungen der Haushaltssanierung. Daher ist eine Verstärkung des Bundesengagements strikte abzulehnen. Unsere Forderung steht zudem im Einklang mit dem bundesrätlichen Leitbild zur Schaffung von Rahmenbedingungen für mehr Wachstum. So verlangt das Leitbild, dass die Schweiz in Zukunft innerhalb der OECD-Ländern zu den Ländern mit den tiefsten Staats-, Fiskal- und Abgabequoten gehören soll.

Im Interesse einer klaren Entflechtung der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen auch im Gesundheitswesen soll die Prämienverbilligung möglichst alleinige finanzielle Sache der Kantone werden, wobei dies zwischen Bund und Kantonen haushaltsneutral zu erfolgen hat (Kompensation z.B. durch einen erhöhten Kantonsanteil an der direkten Bundessteuer). Dabei wird der Übergang vom Giesskannenprinzip zu einer bedarfsgerechteren Subjekthilfe ermöglicht. Die Kantone sind infolge ihrer Möglichkeit, nach regionalen Unterschieden bzw. Präferenzen zu differenzieren, am besten geeignet, die Kosten in den Griff zu bekommen.

Gewisse gesamtschweizerische Vereinheitlichungen erachten wir als sinnvoll, so z.B. die Vereinheitlichung der Berechnungsgrundlagen des für den Prämienanspruch massgebenden Einkommens.

Die Eigenverantwortung, die der Bundesrat insbesondere mit der Vorlage über die Kostenbeteiligung fördern will, darf nicht über das Sozialziel ausgehebelt werden.

Anträge:

- II Übergangsbestimmungen zur Änderung vom... (Prämienverbilligung):  
Wir beantragen den letzten Satz des zweiten Absatzes zu streichen. Alternativ schlagen wir folgende Formulierung vor: „Der Bundesbeitrag des Jahres 2004 gilt für die Jahre 2005-2008.“
- Bundesbeschluss über die Bundesbeiträge in der Krankenversicherung:  
Wir fordern den Artikel 1 mit Ziffern a-d vollständig neu zu formulieren und schlagen hierzu folgenden Wortlaut vor: „Der Bundesbeitrag des Jahres 2004 im Betrage von Millionen CHF 2349 gilt auch für die Jahre bis und mit 2008.“
- Art. 65a Abs. 6: Wir schlagen vor das Wort „können“ durch das Wort „legen“ zu ersetzen, so dass der Absatz folgendermassen lautet: „Die Kantone legen Höchstentkommen fest, bis zu denen Anspruch auf Prämienverbilligung besteht.“

**Vorlage 1d Kostenbeteiligung**

Wir begrüssen die Vorlage, da die Erhöhung des Selbstbehaltes und das erweiterte Spektrum bei den wählbaren Franchisen die Eigenverantwortung stärken, die Wahlfreiheit der Versicherten und Versicherer erhöhen sowie ökonomische Anreize für die Versicherten setzen, sich kostenbewusster zu verhalten.

Änderungen auf Gesetzesstufe: Kostenbeteiligung (Art. 64 Abs. 2 Bst. b und 6 Bst. b)  
economiesuisse unterstützt die in der Vorlage vorgeschlagene Erhöhung des Selbstbehaltes von 10% auf 20%. Die nicht stärkere Belastung der chronisch Kranken durch die neue Ausgestaltung des Selbstbehaltes ist sozialpolitisch sinnvoll (Beibehaltung des maximalen jährlichen Selbstbehaltes von CHF 700). Im gleichen Zug befürworten wir auch die Ausdehnung der bundesrätlichen Kompetenzen, was die Herabsetzung respektive Heraufsetzung der Kostenbeteiligung betrifft, damit der Spielraum bei einem generellen Selbstbehalt von 20% nicht zu eng bemessen ist. Der vorgeschlagene Text entspricht aber nicht unserem Konzept einer nachfragegesteuerten Leistungserbringung (siehe unter Anträge, Art. 64 Abs. 6 Bst. b). Das in der Vernehmlassungsvorlage im Rahmen der Differenzierung der Kompetenzregelung nach Leistungen aufgeführte Generikum-Beispiel für einen unterschiedlichen Selbstbehalt verfälscht aus unserer Sicht den Wettbewerb. Dies aus folgendem Grund: Der Preis eines Generikums muss nur zum Zeitpunkt der Zulassung 30% unter jenem des Originalpräparates liegen. Ist das Generikum jedoch einmal auf dem Markt, findet kein Preisvergleich mehr statt. Viele Hersteller von Originalpräparaten senken aber nach Patentablauf ihre Preise, um Marktanteile gegenüber den Generikaanbietern zu halten.

Änderungen auf Verordnungsstufe: Wahlfranchisen: (KVV Art. 93 Abs. 1 und 1bis (neu) und Art. 95 Abs. 1bis und 2)

economiesuisse begrüsst das erweiterte Spektrum bei den wählbaren Franchisen. Ein solches System stärkt den Anreiz für die Versicherten, Selbstverantwortung zu tragen und wird sich längerfristig positiv auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auswirken. Die neue Ausgestaltung der wählbaren Franchisen scheint uns ein gelungener Mix zwischen der Wahrung der Solidarität unter den Versicherten und der Stärkung der Eigenverantwortung. Mit den Änderungsvorschlägen wird erwünschter Weise den

Versicherern bei der Ausgestaltung dieser besonderen Versicherungsform mehr Freiheit gegeben und damit auch eine höhere Verantwortung im Hinblick auf die Finanzierbarkeit und die Attraktivität des Angebots. Die Versicherer erhalten mehr Handlungsspielraum, um sich im Wettbewerb von den Konkurrenten zu unterscheiden.

Um eine Dämpfung der Gesundheitskosten zu bewirken, sollte allerdings beim Wechsel von einer höheren zu einer tieferen Wahlfranchise eine Mindestvertragsdauer von z.B. 3 Jahren eingeführt werden. Wer eine wählbare Jahresfranchise aussucht, profitiert von einem Prämienrabatt. Vereinfacht jedoch die Gesetzgebung den „Ausstieg aus diesen Versicherungsvarianten im Krankheitsfall“ durch die kurzen Kündigungsfristen, wird die angestrebte Einsparung, die den Prämienrabatt rechtfertigt, zu Lasten der Solidargemeinschaft verhindert. Das Modell der Wahlfranchisen würde somit vom Kostensparmodell zum Prämienparmodell degradiert.

Anträge:

- Art. 64 Abs.6 Bst b:  
Der vorgeschlagene Text entspricht nicht unserem Konzept einer nachfragegesteuerten Leistungserbringung. Es scheint uns deshalb nicht sinnvoll, dem Bundesrat die Kompetenz zur Verminderung der Kostenbeteiligung nach Leistungen zu erteilen, sondern nur, nach der Dauer der Krankheit, der Schwere der Krankheit oder der Behandlung in Managed Care-Versicherungsmodellen. Wir schlagen deshalb vor, eine Formulierung gemäss dem bisherigen Art. 64 Abs. 6 Bst. b zu wählen, die folgendermassen lautet: „für Dauerbehandlungen und Behandlungen schwerer Krankheiten sowie Behandlungen im Rahmen von Managed Care-Versicherungsmodellen die Kostenbeteiligung herabsetzen oder aufheben.“

Wir empfehlen unsere Ausführungen Ihrer geschätzten Aufmerksamkeit.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. Rudolf Walser  
Mitglied der Geschäftsleitung

Dr. med. Menga Sandoz, MPH  
Issue Manager