

Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich

Sitzung vom 21. Dezember 2011

1579. Krankenversicherung (Referenztarife ab 2012)

A. Ausgangslage

Die eidgenössischen Räte haben am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung und -planung verabschiedet. Die neuen Bestimmungen zur Spitalfinanzierung treten am 1. Januar 2012 in Kraft und stellen für die Abgeltung der stationären Untersuchung und Behandlung einschliesslich Aufenthalt in einem auf einer der kantonalen Spitallisten geführten Spital oder Geburtshaus von ausschliesslich kostenbasierten Tarifen auf leistungsbezogene Pauschalen um (Art. 49 KVG). Gleichzeitig wird mit den neuen kantonalen Spitallisten 2012 für die gesamte Schweizer Bevölkerung eine Spitalwahlfreiheit mit finanzieller Beteiligung von Versicherern und neu auch des Wohnkantons eingeführt (Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG).

Nachdem der Regierungsrat mit Beschlüssen vom 7. bzw. 21. Dezember 2011 (RRB Nrn. 1493/2011 und 1578/2011) für die Bereiche Akut-somatik und Rehabilitation bzw. Psychiatrie provisorische Tarife für die auf den Zürcher Spitallisten aufgeführten Spitäler mit Standort im Kanton Zürich im Rahmen vorsorglicher Massnahmen mit Wirkung ab 1. Januar 2012 festgesetzt hat, ist zwecks Umsetzung der erweiterten Spitalwahlfreiheit auch die Festlegung von Referenztarifen im Sinne von Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG zu prüfen. Diese Bestimmung hält für Spitäler und sinngemäss auch für Geburtshäuser Folgendes fest:

«Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.»

Nach dem bisherigen Vergütungssystem wird die freie Wahl eines ausserkantonalen Spitals aus persönlichen Gründen, d. h. ohne medizinische Notwendigkeit, dadurch erschwert, dass lediglich die Versicherer, nicht aber der Wohnkanton einen Kostenbeitrag an die Behandlung zu leisten haben. Mit dem neuen Art. 41 KVG hat auch der Wohnkanton ab 1. Januar 2012 bei Hospitalisation in einem ausserkantonalen Listen-

spital immer einen Beitrag zu leisten, unabhängig davon, aus welchen Gründen diese Spitalwahl erfolgt. Zur finanziellen Absicherung von Kantonen mit vergleichsweise tiefen Spitalkosten und Tarifen gilt die Zahlungspflicht der Versicherer und Wohnkantone nur bis zur Höhe der Pauschalen, die im jeweiligen Wohnkanton für Einheimische gelten (vgl. Gebhard Eugster, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, Rz 5 zu Art. 41 neue Fassung, S. 282).

B. Zuständigkeit zur Festlegung von Referenztarifen

Im KVG findet sich keine ausdrückliche Zuständigkeitsregelung betreffend Festsetzung von Referenztarifen. Ohne eine solche Festsetzung wäre eine Umsetzung der mit Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG eingeführten erweiterten Spitalwahlfreiheit in der Praxis nicht möglich bzw. würde zu schwerwiegenden Rechtsunsicherheiten und damit verbundenen Umsetzungsschwierigkeiten bei ausserkantonalen Hospitalisationen führen. Bei dieser Ausgangslage hat die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) die Kantone aufgefordert, Referenztarife für die Abgeltung von ausserkantonalen Wahlbehandlungen festzulegen (vgl. Kreisschreiben vom 9. Dezember 2011). Der Erlass von Referenztarifen ist unabdingbare Voraussetzung zur ordnungsgemässen Einführung der von den eidgenössischen Räten vorgegebenen erweiterten Spitalwahlfreiheit. Da bezüglich Zuständigkeit zur Festsetzung eine Gesetzeslücke im KVG vorliegt, ist diese analog der Zuständigkeit bei Genehmigung oder Festsetzung von Tarifen im Sinne der Art. 46 und 47 KVG zu füllen. Dementsprechend ist von der Entscheidkompetenz des Regierungsrates auszugehen.

C. Grundsätze zur Bestimmung der Referenztarife

Grundsätzlich ist gemäss Art. 41 KVG bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen höchstens der Tarif des betreffenden Listenspitals zu vergüten. Liegt dieser höher als der Referenztarif, so ist die Differenz nicht vom Wohnkanton und Krankenversicherer geschuldet, sondern von der Patientin oder dem Patienten bzw. von Zusatzversicherungen. Liegt jedoch der konkrete Spitaltarif unter dem Referenztarif, so ist nur der tatsächliche Spitaltarif zu vergüten.

Zur Bestimmung der Höhe des Referenztarifs, d. h. des Tarifs, der im Sinne von Art. 41 KVG «*in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt*», ist grundsätzlich auf die bisherige Praxis zur Bestimmung von Referenztarifen für Versicherer abzustellen. Danach hat sich der Referenztarif an den Tarifen der Spitäler des Wohnkantons mit Leistungsauftrag für die infrage stehende Behandlung zu orientieren, wobei bei unterschiedlich hohen Tarifen von

innerkantonalen Spitälern weder der höchste noch der tiefste Tarif als Referenztarif festzulegen ist. Vielmehr ist im Sinne eines zweckmässigen Ausgleichs auf den gewichteten Durchschnitt der massgebenden Spitaltarife abzustellen (vgl. BGE V 123 E. 8). Auf diese statistische Methode stützen sich auch die Empfehlungen der Kommission «Vollzug KVG» der GDK zu den Referenztarifen (Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Art. 41 Abs. 3 KVG in der Fassung vom 2. September 2011 für die neue Spitalfinanzierung). In Nachachtung dieser Rechtsprechung und der zweckmässigen Empfehlungen der GDK sind zur Bestimmung der Zürcher Referenztarife grundsätzlich die entsprechenden Tarife der Zürcher Listenspitäler nach Massgabe ihrer Fallzahlen zu gewichten. Sind die provisorisch festgesetzten oder die definitiven Tarife der Versicherer nicht einheitlich, ist zudem eine Gewichtung nach Versichertenzahlen vorzunehmen.

Aufgrund der unterschiedlichen Tarifstrukturen ist der Tarif nach Spitalkategorien (Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie) und gegebenenfalls weiteren Bereichen oder Kriterien (wie Universitäts-spitäler) zu differenzieren.

D. Referenztarife ab 1. Januar 2012

D.1 Referenztarife Akutsomatik

Nachdem auf der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik 27 von 28 Spitälern im Kanton Zürich liegen und für das einzige ausserkantonale Spital, das Kantonsspital Schaffhausen, noch kein vom zuständigen Regierungsrat des Kantons Schaffhausen genehmigter oder festgesetzter Tarif vorliegt, ist für die Festlegung der Referenztarife auf die Tarife der Zürcher Spitäler abzustellen. Für diese legte der Regierungsrat mit Beschluss vom 7. Dezember 2011 (RRB Nr. 1493/2011) provisorische Spitaltarife in der Akutsomatik ab 2012 mit Fallpauschalen (Baserates) für nicht universitäre Leistungserbringer von Fr. 9500 und für universitäre Spitäler von Fr. 11 400 fest. Da mit dem Beschluss bei nicht universitären Spitälern keine Differenzierung der provisorischen Tarife nach Spitälern oder Versicherern erfolgte, erübrigt sich eine Gewichtung der Tarife pro Spital gemäss den Zürcher Patientenzahlen bzw. pro Versicherer nach den Zürcher Versichertenzahlen. Somit ist der Referenztarif für die Behandlung von Zürcherinnen und Zürchern in nicht universitären akutsomatischen Listenspitälern anderer Kantone ab dem 1. Januar 2012 auf Fr. 9500 festzulegen. Für Leistungen, die auch im Kanton Zürich eine Behandlung an einem Universitätsspital notwendig machen und von einem ausserkantonalen Universitätsspital erbracht werden, ist der Referenztarif auf Fr. 11 400 festzusetzen.

Die Leistungen «Palliative Care» sowie «Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker» können sowohl über die Tarifstruktur SwissDRG als auch über Tagespauschalen abgerechnet werden, wobei dies vom Standortkanton des jeweiligen Spitals im Rahmen der Tarifgenehmigung oder -festsetzung festzulegen ist.

Soweit für Behandlungen der Leistungsgruppe «PAL Palliative Care Kompetenzzentrum» in einem ausserkantonalen Listenspital nicht die Tarifstruktur SwissDRG zur Anwendung gelangt, ist der Referenztarif analog den mit RRB Nr. 1493/2011 festgelegten provisorischen Tarifen auf Fr. 900 pro Pflage tag festzulegen.

Soweit für Behandlungen der Leistungsgruppe «AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker» im entsprechenden ausserkantonalen Spital nicht die Tarifstruktur SwissDRG zur Anwendung gelangt, ist der Referenztarif analog den mit RRB Nr. 1493/2011 festgelegten provisorischen Tarifen auf Fr. 600 pro Pflage tag festzulegen.

Soweit für Behandlungen der Leistungsgruppen «PAL Palliative Care Kompetenzzentrum» und «AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker» gemäss Festlegung der Standortkantons SwissDRG-Fallpauschalen zur Anwendung kommen, ist der Referenztarif auf einheitlich Fr. 9500 festzusetzen.

D.2 Referenztarife Rehabilitation

Da nur 6 der 21 Kliniken der Zürcher Spitalliste 2012 Rehabilitation im Kanton Zürich liegen, kann auf die provisorisch festgesetzten Tarife der Zürcher Kliniken nur für jene Leistungsgruppen abgestellt werden, die vorwiegend in Zürcher Kliniken erbracht werden. Dies ist für die Leistungsgruppen «Querschnittslähmung» sowie «Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen» der Fall. Hier können die mit RRB Nr. 1493/2011 festgelegten provisorischen Tarife von Fr. 1207 pro Tag bzw. Fr. 771 pro Tag übernommen und als Referenztarife festgelegt werden.

Bei den übrigen Leistungsgruppen sind die Tarife von ausserkantonalen Rehabilitationskliniken in angemessener Weise miteinzubeziehen. Solange aber bei diesen Kliniken noch kein genehmigter oder festgesetzter Tarif vorliegt, kann kein gewichteter Durchschnitt über alle Rehabilitationskliniken ermittelt werden. Keine Alternativen bieten Vergleiche der Fall- oder Tageskosten 2010 dieser Kliniken, da diese nicht im benötigten Umfang vorliegen und mangels schweizweit einheitlicher Tarifstruktur in der Rehabilitation auch die methodischen Grundlagen für eine leistungsbezogene Kostenermittlung fehlen.

Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, auf die Tarife eines für die Zürcher Bevölkerung tätigen Leistungserbringers mit grossen Fallzahlen abzustellen, der bisher vom Kanton Zürich nicht subventioniert wurde und dessen Tarife 2012 sich deshalb nicht wesentlich von den Tarifen 2011 unterscheiden dürften. Als solcher Bezugspunkt ist die Rehaclinic Zurzach gut geeignet, da sie über einen Fünftel der Zürcher Bevölkerung versorgt. Für neurologische Rehabilitation liegt der Zurzacher Tarif bei mittelschweren Fällen bei Fr. 654 pro Tag und für alle übrigen Leistungsgruppen bei Fr. 449 pro Tag. Dementsprechend ist der Referenztarif für neurologische Rehabilitation auf Fr. 654 und für alle übrigen, vom Leistungsauftrag gedeckten Rehabilitationsleistungen auf Fr. 449 festzusetzen.

D.3 Referenztarife Psychiatrie

Da nur 4 von 16 Spitälern der Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie ausserhalb des Kantons Zürich liegen, in diesen ausserkantonalen Spitälern zudem bisher nur rund 2% der von Zürcherinnen und Zürcher beanspruchten Pflage tage geleistet wurden und weil für diese ausserkantonalen Kliniken auch noch kein von den zuständigen ausserkantonalen Instanzen genehmigter oder festgesetzter Tarif vorliegt, ist für die Festlegung der Referenztarife grundsätzlich auf die Tarife der Zürcher Spitäler abzustellen. Für diese legte der Regierungsrat mit Beschluss vom 21. Dezember 2011 (RRB Nr. 1578/2011) die Spitaltarife für Psychiatrie 2012 provisorisch fest.

Die Tarife der Spitäler für Allgemeinpsychiatrie mit Leistungsniveau 1 (gemäss Definition des Bundesamtes für Statistik) beruhen für Erwachsene auf einem interkantonalen Vergleich auf dem 40. Perzentil der Kosten pro Fall von durchschnittlich Fr. 26616, wobei Wiedereintritte einer Patientin oder eines Patienten innerhalb von 30 Tagen in dieselbe Klinik nicht als zusätzlicher Fall gezählt wurden. Um eine Leistungsorientierung einzuführen und damit finanzielle Anreize für angemessen kurze Aufenthaltsdauern zu schaffen, wurden die als Referenzwert herangezogenen Fallkosten von Fr. 26616 für die provisorischen Tarife 2012 abhängig von der jeweiligen durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Spital zu spitalspezifischen Tagespauschalen umgerechnet. Als Folge der Umstellung auf die neue Spitalfinanzierung haben deshalb Zürcher psychiatrische Kliniken mit langer Aufenthaltsdauer 2012 je Pflage tag tiefere Tarife, während jene mit kurzer Aufenthaltsdauer entsprechend höhere Tarife je Tag verrechnen können. Im Kanton Zürich beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Bereich Erwachsenenpsychiatrie in den fünf psychiatrischen Stammkliniken gemäss der neuesten Erhebung (Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik, BFS 2010) 32,8 Tage, was deutlich unter dem Schweizer Durch-

schnitt von 40,1 Tagen liegt. Um diesem Umstand der Leistungsorientierung auch ausserkantonale Rechnung zu tragen, sind zur Festlegung der Referenztarife die den Zürcher Tarifen zugrunde liegenden durchschnittlichen Fallkosten von Fr. 26 616 durch 40,1 Tage zu teilen, was einen Referenztarif für Erwachsenenpsychiatrie in ausserkantonalen psychiatrischen Spitälern mit Leistungsniveau 1 von Fr. 664 pro Pflege-tag ergibt. Für Spitäler mit einem gemäss BfS-Statistik tieferen Versorgungsniveau oder einer Fokussierung auf einzelne Behandlungsbereiche (Alkohol- oder Drogenentzug) sind die Referenztarife analog den mit RRB Nr. 1578/2011 festgelegten provisorischen Tarifen für derartige Zürcher Kliniken auf Fr. 514 pro Tag festzulegen.

Die provisorischen Tarife für Kinder- und Jugendpsychiatrie betragen für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Zürich (KJPD) und die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) bis zum 60. Aufenthaltstag Fr. 1142 pro Tag und ab dem 61. Aufenthaltstag Fr. 799, während sich der Tarif für die spezialisierte Modellstation SOMOSA auf Fr. 280 beläuft. Gewichtet man diese Tarife mit den Anzahl Pflege-tagen von Zürcher Kindern und Jugendlichen des Jahres 2010 (KJPD: 8508 Tage, davon 4980 bis zum 60. Aufenthaltstag und 3528 ab dem 61. Aufenthaltstag; ipw Adoleszenzstation: 3856 Tage, davon 2509 bis zum 60. Aufenthaltstag und 1347 ab dem 61. Aufenthaltstag; SOMOSA 2948 Tage), ergibt dies durchschnittliche Tarife von Fr. 867 pro Pflege-tag. Entsprechend ist der Referenztarif für Kinder- und Jugendpsychiatrie-Behandlungen von Zürcher Kindern und Jugendlichen in ausserkantonalen Kliniken auf Fr. 867 pro Tag festzulegen.

Ein tarifarischer Sonderfall sind wiederum (vgl. RRB Nr. 1578/2011) ausserkantonale Akutspitäler, die psychiatrische Leistungen erbringen. Soweit diese mit SwissDRG Fallpauschalen verrechnen, ist der Referenztarif von Fr. 9500 anzuwenden. Soweit eine Verrechnung mit Tagespauschalen erfolgt, ist auf die provisorischen Tarife für die Zürcher Spitäler Kinderspital, KSW und USZ abzustellen und entsprechend sind die Referenztarife auf Fr. 1000 pro Tag für Kinder und Jugendliche und Fr. 700 für Erwachsene festzulegen.

E. Anpassung Referenztarife durch Gesundheitsdirektion

Die Gesundheitsdirektion ist zu ermächtigen, bei wesentlichen Änderungen der für die Berechnung der Referenztarife zugrunde gelegten Tarife, insbesondere vom Regierungsrat genehmigte oder festgesetzte Tarife, die Referenztarife nach den vorliegend erwähnten Grundsätzen neu zu berechnen und entsprechend festzusetzen.

F. Instanzenzug

Gegen den vorliegenden Entscheid kann analog der bei Tariffestsetzungen möglichen Anfechtung (vgl. Art. 53 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 47 Abs. 1 KVG) beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde geführt werden.

G. Aufschiebende Wirkung

Ab 1. Januar 2012 müssen bei stationären Behandlungen in ausserkantonalen Listenspitälern die nach Art. 41 KVG vom Versicherer und vom Wohnkanton geschuldeten Vergütungen abgerechnet werden können. Im Interesse der Umsetzbarkeit der ab 1. Januar 2012 geltenden interkantonalen Spitalwahlfreiheit ist dem Lauf der Beschwerdefrist und allfälligen Beschwerden gegen diesen Entscheid die aufschiebende Wirkung zu entziehen.

H. Finanzielle Würdigung

Die vorgeschlagenen Referenztarife übernehmen die vom Regierungsrat für die Leistungserbringer der Akutsomatik, Rehabilitation sowie Psychiatrie festgesetzten provisorischen Tarife. Sie gelten für die Behandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten ab dem 1. Januar 2012 in Spitälern anderer Kantone mit einem Leistungsauftrag des Standortkantons. Mit den vorgeschlagenen Referenztarifen ist gewährleistet, dass das Budget 2012 in der Leistungsgruppe Nr. 6300, Somatische Akutversorgung und Rehabilitation, sowie der Leistungsgruppe Nr. 6400, Psychiatrische Versorgung, bis auf Weiteres eingehalten werden kann.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Für stationäre, nicht medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlungen nach Art. 41 Abs. 1^{bis} KVG von Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Zürich in Spitälern ohne Leistungsauftrag des Kantons Zürich (Spitallisten 2012), jedoch mit Leistungsauftrag des Standortkantons, werden für Spitaleintritte bzw. Behandlungen ab dem 1. Januar 2012 bis auf Weiteres von den Krankenversicherern und vom Kanton Zürich anteilmässig (RRB Nr. 338/2011) die für das entsprechende Spital geltenden Tarife der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet, höchstens aber zu folgenden Referenztarifen:

<i>1. Referenztarife Akutsomatik</i>	
Leistungen, die einer Behandlung in einem Universitätsspital bedürfen	Fr. 11 400 Pauschale je Fall mit SwissDRG Schweregrad 1.0
Übrige Leistungen inkl. Geburtshäuser	Fr. 9500 Pauschale je Fall mit SwissDRG Schweregrad 1.0
Leistungsgruppe «PAL Palliative Care Kompetenzzentrum» mit SwissDRG-Vergütung	Fr. 9500 Pauschale je Fall mit SwissDRG Schweregrad 1.0
ohne SwissDRG-Vergütung	Fr. 900 pro Tag
Leistungsgruppe «AVA Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker» mit SwissDRG-Vergütung	Fr. 9500 Pauschale je Fall mit SwissDRG Schweregrad 1.0
ohne SwissDRG-Vergütung	Fr. 600 pro Tag
<i>2. Referenztarife Rehabilitation</i>	
Erwachsene, Querschnittslähmung einschliesslich Frührehabilitation Querschnittslähmung	Fr. 1207 pro Tag
Erwachsene, neurologische Rehabilitation einschliesslich Frührehabilitation neurologisch	Fr. 654 pro Tag
Übrige Erwachsene, übrige Leistungsgruppen einschliesslich übrige Frührehabilitation	Fr. 449 pro Tag
Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen einschliesslich Frührehabilitation	Fr. 771 pro Tag
<i>3. Referenztarife Psychiatrie</i>	
Erwachsene, Versorgungsniveau 1	Fr. 664 pro Tag
Erwachsene, übrige Spitäler	Fr. 514 pro Tag
Kinder und Jugendliche	Fr. 867 pro Tag
Psychiatrie im Akutspital mit SwissDRG-Vergütung	Fr. 9500 Pauschale je Fall mit SwissDRG Schweregrad 1.0
ohne SwissDRG-Vergütung, Kinder und Jugendliche	Fr. 1000 pro Tag
ohne SwissDRG-Vergütung, Erwachsene	Fr. 700 pro Tag

II. Die Gesundheitsdirektion wird ermächtigt, bei wesentlichen Änderungen der für die Berechnung der Referenztarife gemäss Dispositiv I zugrunde gelegten Tarife die Referenztarife neu zu berechnen und entsprechend festzusetzen. Sie sind im Amtsblatt des Kantons Zürich zu veröffentlichen.

III. Gegen diesen Beschluss kann innert 30 Tagen ab Eröffnung beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; dieser Beschluss und die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat.

IV. Dem Lauf der Beschwerdefrist und allfälligen Beschwerden gegen diesen Entscheid wird die aufschiebende Wirkung entzogen.

V. Dispositiv I bis IV werden im Amtsblatt veröffentlicht.

VI. Mitteilung an folgende Parteien für sich sowie zuhanden der Rechtsträger bzw. bei Verbänden zuhanden ihrer Mitglieder (E):

Verbände (ohne Versicherer):

- H+ Die Spitäler der Schweiz, Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
- VZK Verband Zürcher Krankenhäuser, Wagerenstrasse 45, 8610 Uster
- Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz, Geburtshaus Aquila, 1860 Aigle
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Haus der Kantone, Speichergasse 6, Postfach 684, 3000 Bern 7

Versicherer:

- tarifsuisse ag, Lagerstrasse 107, 8021 Zürich
- santésuisse, Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4502 Solothurn
- Agrisano, Laurstrasse 10, 5201 Brugg
- Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, 5401 Baden
- Arcosana AG, Trischenstrasse 21, 6002 Luzern
- ASSURA assurance maladie, Avenue C.-F. Ramuz 70, Case postale 533, 1009 Pully
- Atupri Krankenkasse, Zieglerstrasse 29, 3000 Bern
- Compact Grundversicherungen AG, Postfach 2010, 8021 Zürich
- Concordia AG, Bundesplatz, Postfach, 6002 Luzern
- CSS Kranken-Versicherung AG, Postfach 2568, 6002 Luzern
- EGK Grundversicherungen, Postfach, 4242 Laufen
- Groupe Mutuel Krankenversicherung, Rue du Nord 5, 1920 Martigny

- Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Intras Caisse Maladie, 10, rue Blavignac, 1227 Carouge
 - KMU-Krankenversicherung, Postfach 1, 8410 Winterthur
 - KPT Krankenkasse AG, Postfach 8624, 3001 Bern
 - Mutuel Assurances, Avenue de la Gare 20, 1950 Sion
 - ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart
 - PHILOS Caisse maladie, Chemin Riond-Bosson, 1131 Tolochenaz
 - Progrès Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - Provita Gesundheitsversicherung AG, Postfach, 8401 Winterthur
 - Sana24 AG, Thunstrasse 162, 3074 Muri b. Bern
 - Sanagate AG, Postfach 2568, 6002 Luzern
 - Sanitas Krankenversicherung, Postfach 2010, 8021 Zürich
 - Sansan Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich
 - SUPRA Caisse maladie, Chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne 3 Cour
 - SWICA Krankenversicherung, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur
 - Visana Krankenversicherung, Postfach 253, 3000 Bern
 - Vivao Sympany AG, Spiegelgasse 12, 4001 Basel
 - Wincare Versicherungen, Konradstrasse 14, Postfach 299, 8401 Winterthur
- sowie an die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:

Husi