

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

Sitzung vom 13. April 2011

### **489. Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Vernehmlassung)**

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat die Kantonsregierungen und weitere Adressaten mit Schreiben vom 4. Februar 2011 eingeladen, sich zu einem Entwurf für ein neues Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz, KVAG) vernehmen zu lassen. Das neue Gesetz regelt die Aufsicht des Bundes über Krankenkassen, Versicherungsgruppen, Rückversicherer und die gemeinsame Einrichtung. Es hat zum Ziel, die Grundprinzipien der sozialen Krankenversicherung weiterhin zu garantieren und die Aufsicht über die Krankenversicherer zu stärken. Von den Versicherern werden mehr Transparenz und eine zeitgemässe Geschäftsführung verlangt. Zudem ist vorgesehen, eine von der Bundesverwaltung unabhängige Aufsichtsbehörde zu schaffen. Das neue KVAG sieht folgende Eckwerte vor:

– Prämien und Reserven:

Die risikobasierte Reserveberechnung wird gesetzlich verankert. Zur Sicherung der Solvenz eines Versicherers soll die Aufsichtsbehörde neu die Prämien festlegen können. Falls sich Prämien der Krankenkassen im Nachhinein als unangemessen hoch erweisen, hat die Aufsichtsbehörde eine Rückerstattung der zu hohen Prämieinnahmen zu verfügen.

– Corporate Governance und Transparenz:

Künftig sollen nur noch Aktiengesellschaften und Genossenschaften als Versicherer zugelassen werden. Krankenversicherern, die aufgrund dieser Bestimmungen ihre Rechtsform als Verein oder Stiftung anzupassen haben, wird eine Übergangsfrist von fünf Jahren gewährt. Weiter sind besondere Anforderungen an den Verwaltungsrat und die Geschäftsleitung vorgesehen. So müssen die Mitglieder über bestimmte berufliche Fähigkeiten verfügen und einen guten Ruf geniessen. Nicht mehr zugelassen sind Doppelmandate, bei der die Verwaltungsratspräsidentin oder der Verwaltungsratspräsident gleichzeitig Vorsitzende bzw. Vorsitzender der Geschäftsleitung ist. Verwaltungsrat und Geschäftsleitung der Krankenkasse müssen die Gesamtsumme der Entschädigungen im Geschäftsbericht offenlegen.

– Aufsichtsrechtliche Massnahmen:

In der Vergangenheit musste die Aufsichtsbehörde verschiedentlich Massnahmen zur Sicherung oder Rettung von Versicherern ergreifen, wozu ihr ausreichende gesetzliche Grundlagen fehlten. Diese gesetzliche Grundlage soll nun geschaffen werden, damit die Aufsichtsbehörde in Zukunft vorbeugende und sichernde Massnahmen ergreifen kann.

– Strafbestimmungen:

Aufsichtsrelevante Tatbestände werden neu stärker sanktioniert. Im Vergleich zum geltenden Recht werden die Bussen bis auf Fr. 500 000 angehoben. Diese betragen heute nur höchstens Fr. 5000. Für Vergehen und Zuwiderhandlungen bei der Durchführung der Krankenversicherung sind Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren vorgesehen.

– Finanzierung der Aufsichtstätigkeit:

Die Tätigkeit der Aufsichtsbehörde soll kostendeckend finanziert werden. Die Kosten werden den Krankenversicherern und Rückversicherern belastet.

– Aufsichtsbehörde:

Die Aufsichtsbehörde soll spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des KVAG in eine neue, eigenständige und von der Verwaltung unabhängige Behörde analog der Eidgenössischen Finanzmarktaufsicht (FINMA) umgewandelt werden.

Verschiedene Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) wie beispielsweise jene über die gemeinsame Einrichtung der Krankenkassen werden im Wesentlichen unverändert in das neue KVAG überführt.

Die Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat mit Schreiben vom 4. März 2011 an das Bundesamt für Gesundheit zum Gesetzesentwurf Stellung genommen. Sie ist mit dem Gesetzesentwurf grundsätzlich einverstanden, will aber verschiedene Ergänzungs- bzw. Änderungsvorschläge einbringen. Zunächst wird festgehalten, dass der vorgeschlagene jährliche Ausgleich zu hoher oder zu tiefer Prämienzahlungen nicht dazu führen dürfe, den geplanten nachträglichen Ausgleich zu hoher oder tiefer kalkulatorischer Reserven der Versicherer zu annullieren. Vielmehr müssten die Fehlkalkulationen der vergangenen Jahre mit einer gesonderten Regelung den jeweiligen Versichertenkollektiven rückerstattet oder belastet werden. Sodann wird zwecks Verbesserung der Aufsicht und zur Vermeidung und Sanktionierung von Fehlverhalten der Versicherer beantragt, den Gesetzesentwurf im Wesentlichen in folgenden Punkten zu ergänzen: Verbesserung der Durchsetzung der Pflicht der Versicherer, jede in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich versicherungspflichtige Person aufzunehmen (Art. 4 Abs. 2 KVG); Erlass von Bestimmungen

gegen eine unbotmässige Segmentierung der Versicherten in sogenannten Billigkassen; institutionelle Trennung der Grund- und Zusatzversicherung, eventualiter Erlass von Regelungen um sicherzustellen, dass zwischen Grund- und Zusatzversicherung keine einseitige Zuweisung von Lasten und Gewinnen und keine Verschiebungen von Vermögenswerten möglich sind; Aufnahme einer Bestimmung, wonach Aktiven marktnah zu bewerten sind, falls keine entsprechende Regelung auf Verordnungsebene vorgesehen ist; gesetzliche Verankerung der vom Branchenverband *santésuisse* getroffenen Marktregelung betreffend Telefonwerbung und Courtagen; Prüfung einer Beschränkung der Entschädigung an die Direktion und den Verwaltungsrat zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Der Schaffung einer von der Bundesverwaltung unabhängigen, als selbstständige Anstalt des öffentlichen Rechts ausgestalteten Aufsichtsbehörde wird zugestimmt, da die Aufsicht über die Krankenversicherung in erster Linie das Funktionieren der sozialen Krankenversicherung als System sicherzustellen hat und deshalb eine Beaufsichtigung durch die unter anderem mit der Aufsicht über die Privatversicherungen beauftragte FINMA (mit welcher der Schutz der Versicherten vor Missbrauch und Insolvenz bezweckt wird) nicht als sachgerecht erachtet wurde. Weiter wird festgehalten, dass der Grundsatz, wonach die kantonalen Prämien den kantonalen Kosten entsprechen sollen, noch mit differenzierten Regelungen (Ausgleich nicht nur von zu hohen, sondern auch von zu tiefen kantonalen Prämien) im Gesetz verankert werden soll. Zwecks Gewährleistung der Unabhängigkeit der neu zu schaffenden Aufsichtsbehörde von den zu beaufsichtigenden Institutionen wird beantragt, die Aufwendungen der Aufsichtsbehörde wie bis anhin über die Einnahmen des Bundes statt neu über Prämiegelder zu finanzieren. Zu streichen sei sodann die Bestimmung, wonach der Bundesrat bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems die gesetzlichen Pflichtleistungen nach Art. 24–31 KVG durch eine Verordnung einschränken oder gar streichen könne (Art. 43 Abs. 1 lit. a KVAG-Entwurf). Schliesslich wird beantragt, die Regelung zur Äufnung des Insolvenzfonds (Art. 53 KVAG-Entwurf) zu präzisieren.

Die neuen Bestimmungen betreffen den Kanton Zürich nicht unmittelbar. Es sind vielmehr Regelungen, die hauptsächlich die Krankenversicherer berühren. Die vorgeschlagenen Regelungen gehen grundsätzlich in die richtige Richtung. Vor diesem Hintergrund kann in der Vernehmlassung des Kantons Zürich grundsätzlich auf die inhaltlich zutreffende Stellungnahme der GDK verwiesen werden. Zudem sind ergänzende oder von der Vernehmlassung der GDK abweichende Standpunkte anzuführen.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion  
beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an das Eidgenössische Departement des Innern (Zustell-  
adresse: Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Kranken- und Unfall-  
versicherung, 3003 Bern [auch per E-Mail an: corinne.erne@bag.  
admin.ch]):

Mit Schreiben vom 4. Februar 2011 haben Sie uns den Entwurf für ein  
neues Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Kranken-  
versicherung (Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz, KVAG) samt  
erläuterndem Bericht zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für  
die Gelegenheit zur Stellungnahme. Grundsätzlich teilen wir die Haltung  
der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorin-  
nen und -direktoren (GDK), wie sie in der vom Vorstand der GDK  
zuhanden des BAG verabschiedeten Stellungnahme vom 4. März 2011  
zum Ausdruck gebracht wird. In Ergänzung dazu halten wir noch Fol-  
gendes fest:

*Zu Art. 2 Abs. 2 KVAG-Entwurf (Krankenkassen)*

Nach dieser Bestimmung steht es den Krankenkassen frei, neben der  
sozialen Krankenversicherung nach KVG auch Zusatzversicherungen  
anzubieten. Mit der GDK beantragen wir, eine institutionelle Trennung  
zwischen Grund- und Zusatzversicherung vorzunehmen. Entsprechend  
wird von der GDK die Streichung von Abs. 2 verlangt. Im Sinne einer  
Klarstellung schlagen wir zudem vor, das Anbieten von Zusatzversiche-  
rungen durch Versicherer nach KVG ausdrücklich zu untersagen. Damit  
kann eine strenge Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung  
sichergestellt werden.

*Zu Art. 12 KVAG-Entwurf (Risikobasierte Reserven) / Fehlende  
Vergangenheitsbewältigung / Angleichung der unterschiedlichen  
kantonalen Reservebestände*

Losgelöst vom KVAG, muss bezüglich Reserven dringend die Ver-  
gangenheit bewältigt werden: Die Grundversicherer verfügen neben  
den gemäss Art. 78 der Verordnung des EDI vom 27. Juni 1995 über die  
Krankenversicherung (KVV) notwendigen Sicherheitsreserven aus  
Prämienzahlungen im Kanton Zürich über zusätzliche Reserven von  
derzeit gegen 500 Mio. Franken; auch bei weiteren Kantonen haben sich  
übermässige Reserven angehäuft. Entsprechend beantragen wir, die  
unterschiedlichen kantonalen Reservebestände über die Prämienkalkula-  
tion für die kommenden Jahre, d. h. noch vor Inkraftsetzung des KVAG  
anzugleichen. Damit könnten die Unterschiede über denselben Weg,

wie sie entstanden sind, ausgeglichen werden. Erst nach erfolgter Angleichung der kantonalen Reserven kann der in Art. 17 KVAG-Entwurf vorgesehene Korrekturmechanismus die gewünschte Wirkung entfalten.

Vor diesem Hintergrund ist sodann – im Sinne des Grundsatzes, wonach die kantonalen Prämien den kantonalen Kosten zu entsprechen haben – Art. 12 dahingehend zu ergänzen bzw. zu präzisieren, dass die Reserven für jeden Kanton, in dem die Versicherer die obligatorische Krankenversicherung betreiben, separat zu bilden sind und nicht kalkulatorisch auf die Reservenbestände für andere Kantone übertragen werden dürfen.

*Zu Art. 17 KVAG-Entwurf (Rückerstattung von übermässigen Prämieinnahmen)*

Die Einführung eines Korrekturmechanismus für die Rückerstattung zu viel bezahlter Prämien ist sinnvoll und notwendig. Eine Nachzahlung zu wenig bezahlter Prämien ist im Gesetzesentwurf hingegen nicht vorgesehen und muss ergänzt werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass einzelne Versicherer aufgrund marktstrategischer Überlegungen in einzelnen Kantonen systematisch nicht kostendeckende Prämientarife angeboten haben. Kann diese unzulässige Praxis nicht bereits bei der Genehmigung unterbunden werden, ist der Ausgleich jedenfalls im Folgejahr vorzunehmen.

*Zu Art. 18 KVAG-Entwurf (Modalitäten der Rückerstattung)*

Im Sinne des fiskalischen Äquivalenzprinzips beantragen wir, dass die Rückerstattung zu hoher Prämieinnahmen nur an jene Versicherte erfolgen soll, die am 31. Dezember des Jahres, dessen Prämien korrigiert werden, bei der betreffenden Krankenkasse versichert waren. Nur so kann sichergestellt werden, dass ausschliesslich das Kollektiv, das die Prämien entrichtet hat, Ausgleichszahlungen erhält. Würden auch Versicherte, die – wie im Entwurf vorgeschlagen – im folgenden Jahr bei der betreffenden Krankenkasse versichert sind, in den Genuss von Nachzahlungen kommen, würde der Anspruch des von den überhöhten Prämienzahlungen betroffenen Kollektivs geschmälert und damit der Wechsel zu einem anderen Grundversicherer «bestraft».

*Zu Art. 43 KVAG-Entwurf (Massnahmen bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems)*

Nach Abs. 1 lit. a wird dem Bundesrat bei Gefährdung des Krankenversicherungssystems die Möglichkeit eingeräumt, die gesetzlichen Pflichtleistungen nach Art. 24–31 KVG durch eine Verordnung einzuschränken oder gar zu streichen. Mit der GDK beantragen wir, diese Regelung zu streichen: Die ganz oder teilweise Aufhebung der grund-

sätzlichen Leistungspflicht der OKP auf dem Verordnungsweg erscheint als fragwürdig bzw. zu weit gehend, zumal dem Bundesrat bzw. dem zuständigen Departement bereits heute mit der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erhebliche Kompetenzen zur Bezeichnung von Pflichtleistungen zukommen.

Mit Abs. 1 lit. b und c wird dem Bundesrat sodann die Kompetenz eingeräumt, sämtliche Tarifarten zu senken und die Kostenbeteiligung der Versicherten (höhere Franchise und Selbstbehalt) zu erhöhen, falls er das System der sozialen Krankenversicherung als gefährdet erachtet. Von einer Tarifsenkung wären sämtliche Tarife gemäss Art. 43 Abs. 2 KVG (Zeit-, Einzelleistungs- und Pauschaltarife) betroffen. Die für die Ergreifung solcher Massnahmen erforderlichen Kriterien sind nicht klar und sollten noch ausführlicher dargelegt werden. Gemäss erläuterndem Bericht (S. 47) führen die Massnahmen zu einer befristeten Kompetenzverschiebung zulasten der Kantone hin zum Bund. Die von den Kantonsregierungen genehmigten Tarifverträge würden somit durch den Bundesrat teilweise ausser Kraft gesetzt. Damit wären die Handlungs- und Steuermöglichkeiten der Kantone vorübergehend eingeschränkt. Entsprechend muss im Gesetz gewährleistet werden, dass die vom Bund veranlassten Tarifsenkungen nicht dazu führen, dass die Kantone zusätzlich belastet werden. Klarzustellen ist sodann, wie der zusätzliche Finanzierungsbedarf durch den Bund gedeckt werden kann. Weiter fehlen Angaben zu den finanziellen Auswirkungen auf die Beteiligten, insbesondere bezüglich des stationären Spitalbereichs. Unklar ist ferner, ob die Massnahmen vom Bundesrat nur dann ergriffen werden können, wenn die finanziellen Mittel des Insolvenzfonds nicht ausreichen. Vor diesem Hintergrund beantragten wir, die Kriterien für die Anwendung von Art. 43 KVAG-Entwurf im Detail festlegen. Zudem ist darzulegen, mit welchen finanziellen Folgen im Sanierungsfalle zu rechnen ist bzw. wie die Lasten zwischen den Beteiligten aufgeteilt würden (Modellrechnung).

#### *Freizügigkeit bei Kassenwechsel*

Analog der Freizügigkeit im Bereich der beruflichen Vorsorge und im Sinne der Genfer Standesinitiative vom 28. Mai 2010 (10.323) schlagen wir vor, die Einführung einer Bestimmung zu prüfen, die beim Wechsel einer versicherten Person zu einem anderen Versicherer die Übertragbarkeit der Sicherheitsreserve vorsieht. Mit einer solchen Lösung könnten die bisher mit dem Aus- bzw. Eintritt von Versicherten erzielten «Rotationsgewinne bzw. -verluste» aus Reserven ausgeglichen und damit ein wesentlicher Nachteil des bisherigen Systems beseitigt werden.

*Erlass von Übergangsbestimmungen*

Da verschiedene Bestimmung (Art. 12, 17 und 18 KVAG-Entwurf) Einfluss auf die Bildung der Reserven der Krankenkassen haben und wie erwähnt zuerst die kantonalen Reservebestände auszugleichen sind, ist in einer Übergangsbestimmung festzuhalten, dass die neuen Regelungen erst nach Abschluss der Angleichung der kantonalen Reserven in Kraft treten.

II. Mitteilung an die Geschäftsleitung des Kantonsrates, die Mitglieder des Regierungsrates und die Gesundheitsdirektion.



Vor dem Regierungsrat  
Der Staatsschreiber:

**Husi**