

# **Bundesbeschluss über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung**

vom 9. Oktober 1992

---

*Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft,  
gestützt auf Artikel 34<sup>bis</sup> der Bundesverfassung,  
nach Einsicht in eine Botschaft des Bundesrates vom 19. August 1992<sup>1)</sup>,  
beschliesst:*

## **Art. 1 Tarife und Preise im ambulanten Bereich**

<sup>1</sup> Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt. Für die Spezialitätenliste der zur Rezeptur für die Krankenkassen empfohlenen pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel gilt der 15. September 1992 als Stichdatum.

<sup>2</sup> Wurde der Taxpunktwert in den Jahren 1990–1992 nicht angepasst und ist nachgewiesen, dass die Behandlungskosten je versicherte Person und Jahr bei den betreffenden Leistungserbringern gleichzeitig um nicht mehr als den Landesindex der Konsumentenpreise plus ein Drittel angestiegen sind, so gestattet der Bundesrat für 1993 in Abweichung von Absatz 1 bei diesen Leistungserbringern eine Erhöhung des Taxpunktwertes. Der Taxpunktwert darf jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahre 1993 liegt.

<sup>3</sup> Liegt der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person im Jahr 1992 nicht mehr als einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise, so gestattet der Bundesrat für 1994 eine Erhöhung der Tarife und Preise. Diese dürfen jedoch nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg der durchschnittlichen Behandlungskosten je versicherte Person voraussichtlich höchstens einen Drittel über dem Anstieg des Landesindex der Konsumentenpreise im Jahr 1994 liegt.

<sup>4</sup> Vereinbaren Krankenkassen und Leistungserbringer während der Geltungsdauer dieses Beschlusses auf überkantonaler Ebene erstmals einen Tarifvertrag, so ist dieser Beschluss nicht anwendbar. Spätere Tariferhöhungen richten sich nach Absatz 1.

SR 832.111

<sup>1)</sup> BBl 1992 V 933

## **Art. 2** Tarife und Preise im stationären Bereich

Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im stationären Bereich dürfen nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg nicht über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung liegt. Der Personalaufwand wird nach dem vom Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit ermittelten Lohnindex, der Sachaufwand nach dem Landesindex der Konsumentenpreise indexiert. Die Leistungserbringer weisen die Aufteilung in Personal- und Sachkosten anhand buchhalterischer Angaben nach.

## **Art. 3** Kostenbeteiligung im Spital

<sup>1</sup> In Abweichung von Artikel 14<sup>bis</sup>, Absatz 2, Buchstabe a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KUVG)<sup>1)</sup> wird die Franchise auch beim Aufenthalt in einer Heilanstalt erhoben. An die Stelle des Selbstbehaltes tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von 10 Franken pro Aufenthaltstag.

<sup>2</sup> Für die Kostenbeteiligung bei ambulanter und bei stationärer Behandlung gilt insgesamt ein Höchstbetrag von 500 Franken pro Jahr.

<sup>3</sup> Keine Kostenbeteiligung zu entrichten haben bei stationärer Behandlung:

- a. Kinder,
- b. Personen, die sich länger als 180 Tage in einer Heilanstalt aufhalten;
- c. Frauen für Leistungen bei der Mutterschaft.

## **Art. 4** Prämiengleichheit für Männer und Frauen

Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge nicht nach dem Geschlecht der Versicherten abstufen.

## **Art. 5** Erhöhung der Mitgliederbeiträge

<sup>1</sup> Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge in der Einzelversicherung der Krankenpflege-Grundversicherung nur bis zu einem nach Artikel 6 festgelegten Höchstbetrag erhöhen. Die Krankenpflege-Grundversicherung umfasst die gesetzlichen Leistungen sowie die Leistungen, die nach den Bestimmungen der Kasse zusammen mit den gesetzlichen Leistungen versichert werden müssen.

<sup>2</sup> Das Eidgenössische Departement des Innern (Departement) gestattet einer Krankenkasse, die Mitgliederbeiträge über den Höchstbetrag anzuheben, wenn diese nachweist, dass:

- a. ihre Reserve (Sicherheitsfonds und Schwankungszuschlag) sonst unter das gesetzliche Minimum sinken würde und
- b. die Beiträge in Versicherungszweigen, die von diesem Beschluss nicht erfasst werden, genügend hoch sind, um in jenen Versicherungszweigen die Kosten zu decken und die nötigen Reserven zu bilden.

<sup>1)</sup> SR 832.10

## **Art. 6** Höchstbetrag

<sup>1</sup> Das Departement legt für jeden Kanton einen Höchstbetrag für den Mitgliederbeitrag fest. Es errechnet den Höchstbetrag aus:

- a. dem durchschnittlichen Mitgliederbeitrag des Vorjahrs für die Grundversicherung in der untersten Erwachsenenaltersgruppe;
- b. einem Zuschlag im Ausmass des Anstieges des Landesindexes der Konsumentenpreise des Vorjahres, erhöht um vier Fünftel.

<sup>2</sup> Das Departement ermittelt den durchschnittlichen Mitgliederbeitrag aus dem gewogenen Mittel der Mitgliederbeiträge von Krankenkassen, die zusammen in der Regel mindestens zwei Drittel der Versicherten pro Kanton umfassen. Stufen die Krankenkassen die Mitgliederbeiträge innerhalb eines Kantons nach örtlichen Kostenunterschieden ab, so wird der höchste Mitgliederbeitrag berücksichtigt. Verpflichtet ein Kanton während der Geltungsdauer dieses Beschlusses die Krankenkassen zur Einführung eines einheitlichen Mitgliederbeitrages für Erwachsene, so ist der Höchstbetrag entsprechend höher anzusetzen.

<sup>3</sup> Der Höchstbetrag gilt für die Mitgliederbeiträge der untersten Erwachsenenaltersgruppe. Die Krankenkassen dürfen die Mitgliederbeiträge der anderen Versicherten nur bis zu dem Betrag erhöhen, der sich aus dem Höchstbetrag bei Berücksichtigung der gesetzlich zulässigen Abstufungen für Kinder sowie nach dem Eintrittsalter ergibt.

<sup>4</sup> Krankenkassen, welche die Mitgliederbeiträge nach örtlichen Kostenunterschieden innerhalb eines Kantons abstufen, dürfen die Einteilung der Orte in die Tarifstufen nicht ändern. Bestehen zwei Risikostufen, so müssen die Mitgliederbeiträge in der unteren Stufe mindestens fünf Prozent unter jenen der höheren Stufe angesetzt werden. Bestehen drei Risikostufen, so müssen die Mitgliederbeiträge in der untersten Stufe mindestens zehn und in der mittleren Stufe mindestens fünf Prozent unter jenen der höchsten Stufe angesetzt werden. Bestehen in dem für das Jahr 1992 gültigen Prämientarif geringere Abstufungen, so dürfen diese beibehalten werden.

<sup>5</sup> Übersteigen bei einer Krankenkasse die Mitgliederbeiträge des Vorjahres die Höchstbeträge nach den Absätzen 1–4, so dürfen keine Erhöhungen vorgenommen werden.

## **Art. 7** Versicherungsleistungen

<sup>1</sup> Die Krankenkassen dürfen in der Krankenpflege-Grundversicherung nur die Pflichtleistungen nach den Artikeln 12–14 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung<sup>1)</sup> übernehmen.

<sup>2</sup> Sie dürfen ihre Leistungen in der Krankenpflege-Grundversicherung in den folgenden Bereichen erweitern:

<sup>1)</sup> SR 832.10

- a. für Unfälle;
- b. für Pflege und Aufenthalt in einer Heilanstalt;
- c. für die von einem Arzt angeordnete Behandlung und Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim;
- d. für die in kantonalen Obligationen vorgesehenen Leistungen;
- e. für Leistungen im Ausland;
- f. für Arzneimittel.

#### Art. 8 Kantonale Planungen

Die Kantone sind im Rahmen ihrer Zuständigkeit verpflichtet, innerkantonale und interkantonale Planungen im Gesundheitswesen durchzuführen mit dem Ziel, die Koordination zwischen den Leistungserbringern zu verbessern, die Ressourcen optimal zu nutzen und die Kosten einzudämmen. Private Träger-schaften sind angemessen in die Planung einzubeziehen. Die Kantone bringen ihre Planungen dem Departement zur Kenntnis.

#### Art. 9 Schlussbestimmungen

<sup>1</sup> Dieser Beschluss ist allgemeinverbindlich.

<sup>2</sup> Er wird nach Artikel 89<sup>bis</sup> Absatz 1 der Bundesverfassung als dringlich erklärt und tritt am 1. Januar 1993 in Kraft.

<sup>3</sup> Er untersteht nach Artikel 89<sup>bis</sup> Absatz 2 der Bundesverfassung dem fakultativen Referendum und gilt bis zum Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Krankenversicherung<sup>1)</sup>, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1994.

Ständerat, 9. Oktober 1992  
Die Präsidentin: Meier Josi  
Der Sekretär: Lanz

Nationalrat, 9. Oktober 1992  
Der Präsident: Nebiker  
Der Protokollführer: Anliker

<sup>1)</sup> BBl 1992 I 93