



KANTON AARGAU

## REGIERUNGSRAT

Regierungsgebäude, 5001 Aarau  
Telefon 062 835 12 40, Fax 062 835 12 50  
regierungsrat@ag.ch  
www.ag.ch/regierungsrat

**A-Post Plus**  
Bundesamt für Gesundheit  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

18. Oktober 2017

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Vernehmlassung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zur vorgeschlagenen Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 Stellung zu nehmen.

Seit dem Inkrafttreten des KVG mussten die Prämien immer wieder deutlich angehoben werden. Um diese Entwicklung aufzuhalten, hat das Parlament beschlossen, bei der Kostenbeteiligung anzusetzen. Namentlich sollen hierbei die Franchisen parallel zu den Kosten steigen. Die Eigenverantwortung der Versicherten soll gestärkt und die Inanspruchnahme von Leistungen reduziert werden. Konkret sollen Versicherte dazu gebracht werden, mehr Zurückhaltung beim Beanspruchen von medizinischen Leistungen zu üben. Müssen Versicherte über die Franchise selber etwas beisteuern an in Anspruch genommene medizinische Leistungen, nehmen sie weniger Behandlungen in Anspruch. So zumindest die Überlegung des Bundes. Dies würde die Krankenkassen und letztlich auch die Prämienzahler entlasten. Das mit der vorliegenden Vorlage verfolgte Ziel, dem Kostenanstieg entgegenzuwirken, ist zu begrüßen. Deshalb zielt die Vorlage grundsätzlich in die richtige Richtung.

Wir sind jedoch gehalten auf einige – aus unserer Sicht problematische – Punkte hinzuweisen.

Im erläuternden Bericht für die Vernehmlassung wird in Kapitel 3.2 dargelegt, die Vorlage würde keine zusätzlichen Mittel von Bund oder Kantonen erfordern. Diese Aussage teilen wir nicht. Vielmehr bezweifeln wir, dass die zusätzlich durch die Ergänzungsleistungen (EL) zu deckenden Krankheitskosten durch die Einsparungen bei den EL (aufgrund von tieferen kantonalen Durchschnittsprämien) ausreichend kompensiert werden können. Ausserdem gilt es zu beachten, dass die durch die EL zu deckenden Krankheitskosten gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) vollumfänglich zulasten der Kantone gehen.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass im Bereich der Sozialhilfe die Einsparungen durch tiefere Prämien geringer ausfallen werden als die zusätzliche Belastung durch höhere Krankheitskostenvergütung. Im erläuternden Bericht des Bundesrats wird in Kapitel 3.2 ausserdem darauf hingewiesen, dass die Erhöhung der Franchisen wahrscheinlich mehr Versicherte dazu veranlassen wird, Sozialhilfe zu beantragen. Wir teilen diese Erwartung des Bundesrats und gehen davon aus, dass die Zahl der Sozialhilfebezügerinnen und Sozialhilfebezüger aufgrund der höheren Franchise steigen wird. Wie gross der Anstieg sein wird, ist für den Kanton Aargau schwierig abschätzbar. Insgesamt

ist aber damit zu rechnen, dass die Anpassung von Art. 64 Abs. 3 KVG zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden führen wird.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Hinweise und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats

Stephan Attiger  
Landammann

Vincenza Trivigno  
Staatsschreiberin

Kopie

- [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)
- [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)



KANTON  
APPENZEL INNERRHODEN

## Landammann und Standeskommission

Sekretariat Ratskanzlei  
Marktgasse 2  
9050 Appenzell  
Telefon +41 71 788 93 24  
Telefax +41 71 788 93 39  
michaela.inauen@rk.ai.ch  
www.ai.ch

Ratskanzlei, Marktgasse 2, 9050 Appenzell

Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Appenzell, 4. Oktober 2017

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung Stellungnahme Kanton Appenzell I.Rh.**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung) zukommen lassen.

Die Standeskommission hat die Vorlage geprüft und nimmt dazu wie folgt Stellung:

Die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung sind in den letzten Jahren ungebrochen angestiegen, und es ist wohl unbestritten, dass kostendämmende Massnahmen ergriffen werden sollten. Der nun zur Diskussion stehende Mechanismus zur Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten, reduziert die vorschnelle Inanspruchnahme von Leistungen und wirkt somit kostensenkend. Aus diesem Grund unterstützt die Standeskommission die Vorlage grundsätzlich.

Bei der Festlegung der Höhe der Kostenbeteiligung darf aber auch die finanzielle Tragbarkeit der Krankheitskosten für Personen in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen nicht ausser Acht gelassen werden. Es ist allgemein bekannt, dass Armutsgefährdete häufiger an gesundheitlichen Problemen leiden. Die individuelle Prämienverbilligung lindert zwar die Prämienlast der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, aber leistet keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung. Es ist zu eruieren, wie viele Personen durch die Erhöhung der Franchisen finanziell gefährdet werden. Bund und Kantone sind gefordert, Massnahmen zu ergreifen, damit negative Auswirkungen auf die betroffenen Personengruppen aufgefangen werden können.

Sollten keine griffigen flankierenden Massnahmen ergriffen werden, befürchten wir für den Kanton steigende Kosten bei den Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe. Insbesondere bei den Ergänzungsleistungen müssen die Kantone die erhöhten Krankheitskosten finanzieren, und wir haben diesbezüglich zumindest Zweifel, ob diese Mehrkosten durch die versprochenen tieferen kantonalen Durchschnittsprämien (aufgrund der gesunkenen Summe zulasten der Krankenversicherung) aufgefangen werden können.

Aus den genannten Gründen stimmt die Ständekommission der Vorlage nur dann zu, wenn Bund und Kantone Massnahmen definieren, welche die sozialen Risiken und die Verschlechterung der Lebensbedingungen von armutsgefährdeten Personen auffangen.

Der Bund ist zudem gefordert, weitere Massnahmen zu prüfen, um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und somit auch die Prämienlast zu senken oder zumindest zu stabilisieren.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme, bitten um Berücksichtigung unserer Anliegen und grüssen Sie freundlich.

**Im Auftrage von Landammann und Ständekommission**

Der Ratschreiber:



Markus Dörig

*Zur Kenntnis an:*

- dm@bag.admin.ch
- aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch
- Gesundheits- und Sozialdepartement Appenzell I.Rh., Hoferbad 2, 9050 Appenzell
- Ständerat Ivo Bischofberger, Ackerweg 4, 9413 Obereggen
- Nationalrat Daniel Fässler, Weissbadstrasse 3a, 9050 Appenzell



Regierungsrat, 9102 Herisau

Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

AmtL	GP	KUV	OeG	VS	R	T-GE/EF
BS	Bundesamt für Gesundheit					
DG						
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						4 AS Chem
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	Str

25. Sep. 2017

**Dr. iur. Roger Nobs**  
Ratschreiber  
Tel. +41 71 353 63 51  
roger.nobs@ar.ch

Herisau, 22. September 2017

**Eidg. Vernehmlassung; Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Stellungnahme des Regierungsrates von Appenzell Ausserrhoden**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), bei den Kantonen eine Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) eröffnet.

Der Regierungsrat von Appenzell Ausserrhoden nimmt dazu wie folgt Stellung:

Die vorliegende Änderung des Gesetzestextes von Art. 64 Abs. 3 KVG sieht vor, dass die Höhe der ordentlichen Franchise und der Wahlfranchise an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenversicherung angepasst wird. Diesem Bedürfnis kann grundsätzlich gefolgt werden. Ergänzend ist eine Rundung der Franchise auf jeweils Fr. 100.– in Betracht zu ziehen. Es erscheint plausibel, Teuerungsüberlegungen in die Festlegung des Betrages miteinzubeziehen.

In Bezug auf die finanziellen Auswirkungen der Anpassung des KVG wird der Stellungnahme der GDK gefolgt. Die GDK bezweifelt, dass für die Umsetzung keinerlei zusätzliche Mittel von Bund und Kantonen erforderlich sind. Durch tiefere kantonale Durchschnittsprämien können zwar Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen gemacht werden, dadurch resultieren aber auch zusätzliche, durch die Ergänzungsleistungen zu deckende Krankheitskosten. Diese sind gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) von den Kantonen zu tragen.



## Appenzell Ausserrhoden

Appenzell Ausserrhoden schliesst sich im Bereich der Sozialhilfe der Auffassung des Bundesrates und der GDK an, welche eine Erhöhung der Anzahl Sozialhilfebezüger und Sozialbezügerinnen erwarten. Entgegen der Meinung des Bundesrates geht der Regierungsrat aber davon aus, dass daraus eine finanzielle Mehrbelastung für die Kantone resultiert.

Für Rückfragen steht Patrik Riebli, Departementssekretär Gesundheit und Soziales, Kasernenstrasse 17, 9102 Herisau, Tel. 071 353 62 04, [patrik.riebli@ar.ch](mailto:patrik.riebli@ar.ch), zur Verfügung.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Im Auftrag des Regierungsrates

Roger Nobs, Ratschreiber

Postgasse 68  
3000 Bern 8  
www.rr.be.ch  
info.regierungsrat@sta.be.ch

Bundesamt für Gesundheit

Per E-Mail (als docx- und pdf-Datei) an:  
- [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
- [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

18. Oktober 2017

RRB-Nr.: 1071/2017  
Direktion Gesundheits- und Fürsorgedirektion  
Unser Zeichen 2017.GEF.705  
Ihr Zeichen  
Klassifizierung Nicht klassifiziert



**Vernehmlassung des Bundes: Änderung des Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. Stellungnahme des Kantons Bern**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Mit der Annahme der Motion 15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen» hat das Parlament beschlossen, dass die Franchisen parallel zu den Kosten steigen sollen. Dies mit der Absicht, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und die Inanspruchnahme von Leistungen zu reduzieren.

Der Regierungsrat befürwortet grundsätzlich Massnahmen zur Kostensenkung oder wenigstens Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. Ebenso unterstützt er das Ziel der Vorlage, unnötige Konsultationen – und somit Kosten – zu verhindern. Allerdings lehnt er die Vorlage aus nachfolgenden Gründen ab:

**1 Ungeeignete Massnahme zur Kostenkontrolle**

Die Vorlage geht davon aus, dass durch die Erhöhung der Franchise die Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger steigen soll. Diese beziehen deshalb weniger Leistungen und es sinkt die Zahl der Konsultationen wegen Bagatellfällen. Gleichzeitig wird man teilweise dem Verursacherprinzip gerecht. Dadurch sinken die Prämien, was sich positiv auf die Kosten im Gesundheitswesen auswirkt und allfällige Wechsel in die Sozialhilfe kompensiert.

Für diesen Wirkmechanismus werden allerdings keine Daten vorgelegt, die diese Annahme stützen würden. Der Regierungsrat erwartet jedoch, dass der Bund Modellrechnungen mit konkreten Annahmen zu den erwartenden Effekten ausarbeitet und der Vorlage nicht nur bloss allgemeine Einschätzungen zu Grunde legt.

Personen, die jetzt schon ihre Verantwortung wahrnehmen, müssen künftig im Krankheitsfall mehr bezahlen. Wer die Kosten nur zum Teil selbst tragen muss (Sozialhilfe, Ergänzungsleistungen usw.), wird auch künftig nicht mehr bezahlen und somit keinen anderen Anreiz haben als heute. Zudem geht auch der Bund davon aus, dass die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung wahrscheinlich mehr Versicherte dazu veranlassen wird, Sozialhilfe zu beantragen. Bewahrheitet sich diese Vermutung, so hätte dies für den Kanton Bern weit reichende Konsequenzen: Die Zunahme der Sozialhilfebeziehenden würde einerseits zu einem Kostenanstieg im Rahmen der ausgerichteten wirtschaftlichen Hilfe (Sozialhilfe) und andererseits zu einem Kostenanstieg bei den Besoldungskosten des Personals der Sozialdienste führen (Fallzunahme). Des Weiteren ist zu befürchten, dass die Umsetzung der Motion auch bei den bereits bestehenden Sozialhilfedossiers zu einer Kostenzunahme für den Lastenausgleich Sozialhilfe führt: Sozialhilfebeziehende sind vielfach keine guten Gesundheitsrisiken. Der Regierungsrat geht davon aus, dass die durch die Erhöhung der Franchise vom BAG erwartete Entlastung der KVG-Prämie (Verschiebung von Prämie in Franchise) zu Mehrkosten bei der Sozialhilfe führen wird.

## **2 Verschiebung von Kosten auf die Kantone und Gemeinden**

Eine Verschiebung von Kosten auf die Kantone und Gemeinden wird vom Bund nicht bestritten. Der Bund rechnet aber damit, dass dieses Plus an Sozialhilfebeziehenden durch ein Minus bei den Ergänzungsleistungen aufgefangen werde. Das ist nur schwer nachvollziehbar. Einerseits steigt die finanzielle Belastung der Personen mit Renten der AHV und IV - was tendenziell zu einem höheren Bedarf an Ergänzungsleistungen (EL) führt. Andererseits beteiligt sich der Bund innerhalb der EL nicht an den Krankheits- und Behinderungskosten. Dieser Mehrbedarf wird also von den Kantonen gedeckt werden müssen. Dasselbe gilt, wenn auch die EL nicht ausreichen sollten und zusätzlich Sozialhilfe bezogen werden muss. Schliesslich beteiligt sich der Bund zwar an den Prämienverbilligungen. Er tut dies allerdings mit einem fixen Prozentsatz an den Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Wenn nun die Kantone wegen der höheren Belastung durch die Franchisen mit einer Erhöhung der Prämienverbilligung reagieren, geht auch dies auf Kosten der Kantone.

Verschärfend kommt hinzu, dass die erst kürzlich entschiedene Änderung der Wahlfranchisen insbesondere im Asyl- und Sozialhilfebereich zu einer Verminderung der Möglichkeiten der Kantone führt, Kosten zu sparen.

Schliesslich resultieren auch indirekte Effekte, beispielsweise auf die Steuern. Wer nicht Sozialhilfe bezieht, aber höhere Gesundheitskosten für sich oder seine Familie bezahlen muss, dessen steuerbares Nettoeinkommen sinkt (ab einer bestimmten Höhe der Gesundheitskosten im Verhältnis zum Einkommen, vgl. Art. 9 Abs. 2 Bst. h des Bundesgesetzes über die Harmonisierung der direkten Steuern der Kantone und Gemeinden; StHG; SR 642.14). Die negativen Folgen für die Kantone gehen also weiter, als dies der Bund in der Vorlage beschreibt. Umgekehrt werden vom Bund als positiv skizzierte Folgen (weniger Inanspruchnahme der Leistungen, Senkung der Prämien durch die Krankenversicherer und damit Senkung der Durchschnittsprämie EL / Sozialhilfe) nach unserer Auffassung stark überbewertet.

### 3 Nicht adäquate Berechnungsmethode

Der Bund kann auch ohne Gesetzesänderung die Franchisen erhöhen und hat dies in der Vergangenheit mehrfach getan. Neu an der Vorlage ist also nicht diese Kompetenz, sondern die Idee, dass die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung künftig nach einer spezifischen Methode berechnet wird und automatisch erfolgt. Im Zentrum steht dabei die Überlegung, dass seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Verhältnis zwischen der Franchise und den Bruttoleistungen pro versicherte Person jeweils in etwa 1:12 betrug. Deshalb soll die Franchise künftig stufenweise um CHF 50 erhöht werden, wenn dieses Verhältnis durch eine Erhöhung der Bruttokosten je Person ins Ungleichgewicht gerät. Damit ist keine Wirkung Richtung Kostenkontrolle zu erwarten, weil die Berechnung auf der Negativentwicklung der letzten Jahre beruht und diese so zementiert wird. Ob dieses Verhältnis von 1:12 bezüglich Kostenkontrolle tatsächlich zielführend ist, wird nicht diskutiert.

Da eine automatische Erhöhung der Franchise ein Mittel der Kostenverschiebung zuungunsten der Kantone und Gemeinden darstellt, können wir dieser Massnahme nicht zustimmen. Der Bund sollte stattdessen Massnahmen zur Kostenkontrolle oder Kostensenkung im Gesundheitswesen an die Hand nehmen, die nicht zu einer Kostenverlagerung auf die Kantone führen.

### 4 Abschliessender Antrag

Der Regierungsrat beantragt an Stelle der vorgeschlagenen Erhöhung der Franchisen eine Änderung des KVG zur Aufnahme einer Bestimmung, wonach beim Aufsuchen einer Notfallstation eines Spitals ein bescheidener Selbstbehalt zu entrichten ist (in der Grössenordnung von 20 bis 30 Franken). Dies senkt diese Leistungsmenge, reduziert die Kosten von Notfallambulatorien und erhöht die Attraktivität von Besuchen bei den Hausärztinnen und -ärzten.

Der Regierungsrat dankt Ihnen für die Berücksichtigung seiner Anliegen.

Freundliche Grüsse

**Im Namen des Regierungsrates**

Der Präsident



Bernhard Pulver

Der Staatsschreiber



Christoph Auer

Regierungsrat, Rathausstrasse 2, 4410 Liestal

Eidgenössisches Departement des Innern  
3003 Bern

Liestal, 19. September 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Anpassung der Franchisen  
an die Kostenentwicklung; Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und können Ihnen mitteilen, dass wir der geplanten Gesetzesänderung zustimmen. Dennoch möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Aussage im erläuternden Bericht, wonach die Anpassung der Franchisen keine zusätzlichen Mittel für die Kantone erfordert, aus unserer Sicht nicht zutrifft. Wir verwiesen diesbezüglich auf die Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).

Hochachtungsvoll



Dr. Sabine Pegoraro  
Regierungspräsidentin



Dr. Peter Vetter  
Landschreiber



Rathaus, Marktplatz 9  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 80 54  
Fax: +41 61 267 85 72  
E-Mail: [staatskanzlei@bs.ch](mailto:staatskanzlei@bs.ch)  
[www.regierungsrat.bs.ch](http://www.regierungsrat.bs.ch)

Per Mail  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bundesamt für Gesundheit

(Versand in Formaten PDF und Word)

Basel, 27. September 2017

### **Regierungsratsbeschluss vom 26. September 2017**

#### **Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung Stellungnahme des Kantons Basel-Stadt**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 haben Sie uns die Vernehmlassungsunterlagen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung zukommen lassen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Im Grundsatz stimmen wir dem vorgeschlagenen Gesetzestext zu. Nachstehend möchten wir Sie allerdings – in Übereinstimmung mit der Stellungnahme der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 24. August 2017 auf einige problematische Punkte hinweisen, die insbesondere die erwarteten finanziellen Auswirkungen der Vorlage betreffen.

#### **Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden (Kap. 3.2)**

Im erläuternden Bericht des Bundesrates wird in Kapitel 3.2 postuliert, dass die Vorlage keine zusätzlichen Mittel von Bund oder Kantonen erfordert. Diese Aussage teilen wir nicht. Wir bezweifeln, dass sich bei den Ergänzungsleistungen (EL) die Einsparungen durch tiefere kantonale Durchschnittsprämien ungefähr die Waage halten werden mit den zusätzlich durch die EL zu deckenden Krankheitskosten. Hinzu kommt, dass letztere Kosten gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG vollumfänglich zu Lasten der Kantone gehen, so dass im Ergebnis eine Mehrbelastung der Kantone bei den Ausgaben für die EL resultieren dürfte.

Im Bereich der Sozialhilfe gehen wir zudem davon aus, dass die Einsparungen durch tiefere Prämien geringer ausfallen werden als die zusätzliche Belastung durch höhere Krankheitskostenvergütungen. Ausserdem teilen wir die Erwartung des Bundesrates, dass die Zahl der Sozialhilfebeziehenden aufgrund der höheren Franchisen steigen wird. Wie gross der Anstieg sein wird, ist schwierig abschätzbar. Insgesamt gehen wir aber davon aus, dass die Anpassung von Art. 64 Abs. 3 KVG zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden führen wird.

Es ist uns ein wichtiges Anliegen, dass unsere Annahme einer zu erwartenden Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden in die Erläuterungen der Botschaft aufgenommen und damit dem Parlament zur Diskussion unterbreitet wird. Demgemäss beantragen wir eine Anpassung der Erläuterungen:

**Antrag:**

In Kap. 3.2 der Erläuterungen ist der **letzte Satz** zu streichen („Die Umsetzung der Änderung von Artikel 64 Absatz 3 KVG erfordert keine zusätzlichen Mittel von Bund oder Kantonen.“) und **durch folgenden Absatz zu ersetzen:**

*„Die Kantone bezweifeln, dass sich bei den Ergänzungsleistungen (EL) die Einsparungen durch tiefere kantonale Durchschnittsprämien ungefähr die Waage halten werden mit den zusätzlich durch die EL zu deckenden Krankheitskosten. Es gilt auch zu beachten, dass letztere Kosten gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG vollumfänglich zu Lasten der Kantone gehen, so dass im Ergebnis eine Mehrbelastung der Kantone bei den Ausgaben für die EL resultieren dürfte.*

*Im Bereich der Sozialhilfe gehen die Kantone zudem davon aus, dass die Einsparungen durch tiefere Prämien geringer ausfallen werden als die zusätzliche Belastung durch höhere Krankheitskostenvergütungen. Sie teilen die Erwartung des Bundesrates, dass die Zahl der Sozialhilfebeziehenden aufgrund der höheren Franchisen steigen wird. Wie gross der Anstieg sein wird, ist für die Fachleute der Kantone schwierig abschätzbar. Insgesamt gehen sie aber davon aus, dass die Anpassung von Art. 64 Abs. 3 KVG zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden führen wird.“*

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen. Für Rückfragen steht Ihnen Dr. Antonios Haniotis, Leiter Amt für Sozialbeiträge, antonios.haniotis@bs.ch, Tel. 061 267 86 39, gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Elisabeth Ackermann  
Präsidentin



Barbara Schüpbach-Guggenbühl  
Staatsschreiberin



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Conseil d'Etat CE  
Staatsrat SR

Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 10 40, F +41 26 305 10 48  
www.fr.ch/ce

Conseil d'Etat  
Rue des Chanoines 17, 1701 Fribourg

---

Office fédéral de la santé publique OFSP  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Berne

Document PDF et Word à :  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

*Fribourg, le 3 octobre 2017*

### **Consultation du DFI sur la modification de la LAMal (adaptation des franchises à l'évolution des coûts)**

Madame, Monsieur,

Dans l'affaire susmentionnée, nous nous référons au courrier du 28 juin 2017 de Monsieur le Conseiller fédéral Alain Berset.

Nous constatons que la participation des patients aux coûts a déjà augmenté plus rapidement que les coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Au vu de cette réalité, la présente proposition visant à alourdir encore plus cette charge qui grève le budget des ménages nous laisse dubitatifs.

Tout comme la CDS, le Conseil d'Etat ne partage pas l'avis de la Confédération que le projet ne requiert pas de ressources supplémentaires de la part de la Confédération ou des cantons. Dans le domaine de l'aide sociale, nous craignons que les économies engendrées par des primes plus basses seront moindres que la charge supplémentaire due au remboursement plus élevé des frais de maladie. Nous partageons en outre la prévision du Conseil fédéral que le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale va croître en raison de l'augmentation des franchises. Par ailleurs, nous doutons que, dans le cadre des prestations complémentaires, les économies engendrées via des primes moyennes cantonales plus basses s'équilibrent à peu près avec les frais de maladie supplémentaires devant être couverts dans ce domaine.

L'adaptation de l'art. 64 al. 3 LAMal entraînera vraisemblablement une charge financière supplémentaire pour les cantons et les communes.

Vu ce qui précède, le Conseil d'Etat déplore le fait que le rapport explicatif ne présente aucun tableau, ni aucune donnée chiffrée avec une estimation réelle en francs des effets pour les cantons dans le domaine des dépenses de prestations complémentaires ou de réduction des primes d'assurance-maladie ou encore de l'aide sociale. En effet, seules des affirmations générales sur les principes devant conduire à une neutralité des coûts y sont mentionnées. Nous regrettons que l'impact financier sur les prestations complémentaires, la réduction des primes et l'aide sociale n'aient été chiffrés par la Confédération.

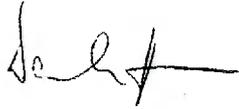
Tous ces motifs conduisent le Conseil d'Etat à rejeter le projet.

En vous remerciant de prendre bonne note de ce qui précède, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.



Maurice Ropraz  
Président

Au nom du Conseil d'Etat :



Danielle Gagnaux-Morel  
Chancelière d'Etat



Genève, le 18 octobre 2017

## Le Conseil d'Etat

4768-2017

Département fédéral de l'intérieur (DFI)  
Monsieur Alain BERSET  
Conseiller fédéral  
Inselgasse 1  
3003 Berne

**Concerne : Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts : ouverture de la procédure de consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous avons bien reçu votre courrier du 28 juin 2017, adressé à l'ensemble des gouvernements cantonaux, concernant l'objet cité sous rubrique et vous remercions de nous avoir consultés.

Tout en tenant à saluer ce projet qui vise à renforcer la responsabilité individuelle des assurés, nous ne pouvons l'approuver pleinement compte tenu des risques inhérents qu'il comporte.

S'il est effectivement important d'attirer l'attention des assurés sur leurs comportements pouvant contribuer à impacter l'évolution des coûts de la santé, les pistes qui ont pour objectif de responsabiliser les assurés telles que celle proposée par la présente révision (adaptation des franchises) risquent, à notre sens, de produire des effets pervers et non souhaités.

En effet, l'augmentation du montant des franchises pourrait conduire un certain nombre d'assurés de condition économique modeste à renoncer à se faire soigner, alors qu'ils sont pourtant couverts par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Il est aussi important de relever que déjà actuellement de nombreux ménages ne sont plus en mesure de payer leurs primes et participations aux coûts parce que leurs revenus se situent en dessous du minimum vital du droit des poursuites. Les actes de défaut de biens qui en résultent et qui sont à la charge des cantons démontrent que les assurés concernés n'ont effectivement pas les moyens de faire face à ces coûts. Dès lors, en augmentant les franchises par une adaptation régulière aux coûts de l'AOS, la facture des cantons risque encore de s'alourdir.

En conclusion, si l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts devait être retenue, il paraîtrait judicieux que cette adaptation tienne aussi compte de l'évolution des salaires.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à notre prise de position, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'expression de notre parfaite considération.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT

La chancelière :



Anja Wyden Guelpa

Le président :



François Longchamp

Copie à : (via e-mail) [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) et [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

**per E-Mail**

- aufsicht-krankenversicherung  
@bag.admin.ch
- dm@bag.admin.ch

Glarus, 26. September 2017  
Unsere Ref: 2017-117

**Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.  
Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Hochgeachteter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Das Eidgenössische Departement des Innern gab uns in eingangs genannter Angelegenheit die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dafür danken wir und lassen uns gerne wie folgt vernehmen:

Der Regierungsrat des Kantons Glarus unterstützt die vorgeschlagene Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Die Verantwortung der Patienten betreffend die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen muss gestärkt werden, damit die Kostensteigerung der letzten Jahre gedämpft werden kann. In diesem Kontext macht es Sinn, die Franchisen regelmässig an die durchschnittliche Kostenentwicklung je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzupassen.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Orsolya Ebert, Hauptabteilungsleiterin Gesundheit (Telefon: 055 646 61 08 oder E-Mail: orsolya.ebert@gl.ch), gerne zur Verfügung.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren, den Ausdruck unserer vorzüglichen Hochachtung.

Freundliche Grüsse

**Für den Regierungsrat**

  
Rolf Widmer  
Landammann

  
Hansjörg Dürst  
Ratsschreiber

E-Mail an (PDF- und Word-Version):

- aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch / dm@bag.admin.ch

versandt am: **27. Sep. 2017**

Die Regierung  
des Kantons Graubünden

La regenza  
dal chantun Grischun

Il Governo  
del Cantone dei Grigioni



Sitzung vom

16. Oktober 2017

Mitgeteilt den

16. Oktober 2017

Protokoll Nr.

854

Bundesamt für Gesundheit  
Kranken- und Unfallversicherung, Abteilung Leistungen

Per e-Mail zustellen (PDF und Word-Version) an:

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch), [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Direktor  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erachten die vorgesehene stufenweise Anpassung der Franchisen an die Entwicklung der Durchschnittskosten der Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro versicherte Person als ein geeignetes Instrument, um die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und die Inanspruchnahme von Leistungen zu reduzieren.

Dementsprechend befürworten wir die vorgeschlagene Gesetzesänderung.



Namens der Regierung

Die Präsidentin:

B. Janom Steiner

Der Kanzleidirektor:

Daniel Spadin

**EINGEGANGEN**

11. Okt. 2017

Registratur GS EDI

Hôtel du Gouvernement – 2, rue de l'Hôpital, 2800 Delémont

Département fédéral de l'intérieur  
M. le Conseiller fédéral Alain Berset  
3003 Berne  
Par courriel :  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Hôtel du Gouvernement  
2, rue de l'Hôpital  
CH-2800 Delémont  
t +41 32 420 51 11  
f +41 32 420 72 01  
[chancellerie@jura.ch](mailto:chancellerie@jura.ch)

AmtL	GP	<del>KGW</del>	OeG	VS	R	IT-GE/ER
DS	Bundesamt für Gesundheit					
<del>DM</del>	11. Okt. 2017					
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						
Lst	VA	NCD	MT	BioM	Chem	AS/Cher Str

Delémont, le 3 octobre 2017

**Prise de position du Gouvernement de la République et Canton du Jura dans le cadre de la procédure de consultation sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (adaptation des franchises à l'évolution des coûts)**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Le Gouvernement de la République et Canton du Jura a pris connaissance avec intérêt de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie portant sur l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts et vous remercie de l'avoir consulté sur cet objet.

Après avoir examiné le rapport explicatif concernant cette modification et pris en compte les remarques de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 24.08.2017, il souhaite émettre les observations ci-après :

Le Gouvernement jurassien ne s'oppose pas à la modification proposée même s'il doute des réels effets de cette mesure sur la consommation des soins et qu'il s'attend, de manière globale, à une augmentation des charges financières pour les cantons et les communes difficile à estimer.

Le Gouvernement émet notamment des doutes quant au fait que les économies engendrées dans le cadre des PC (répartition Canton-Confédération) puissent compenser la hausse des frais de maladies remboursés dans le cadre des PC (qui sont entièrement à charge des cantons).

Pour ce qui concerne l'aide sociale, le nombre de bénéficiaires risque d'augmenter et il est pratiquement certain que la baisse de la prime moyenne ne permettra pas de compenser les charges supplémentaires pour les collectivités publiques.

Le Gouvernement vous remercie de l'intérêt avec lequel vous lirez sa prise de position et vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, l'expression de sa haute considération.

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA  
REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA



Nathalie Barthoulot  
Présidente



Gladys Winkler Docourt  
Chancelière d'Etat

**Gesundheits- und Sozialdepartement**

Bahnhofstrasse 15  
Postfach 3768  
6002 Luzern  
Telefon 041 228 60 84  
Telefax 041 228 60 97  
gesundheit.soziales@lu.ch  
www.lu.ch

Eidgenössisches Departement des In-  
nern EDI  
Bundesrat Alain Berset

Per E-Mail an:  
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch  
dm@bag.admin.ch

Luzern, 26. September 2017

Protokoll-Nr.: 1064

**Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Kran-  
kenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwick-  
lung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Im Namen und Auftrag des Regierungsrates nehmen wir zur vorgeschlagenen Gesetzesan-  
passung wie folgt Stellung:

Die stetig steigenden Gesundheitskosten belasten sowohl die Versicherten wie auch die öf-  
fentliche Hand. Es ist deshalb richtig und wichtig, dass Massnahmen ergriffen werden, wel-  
che das Kostenwachstum eindämmen.

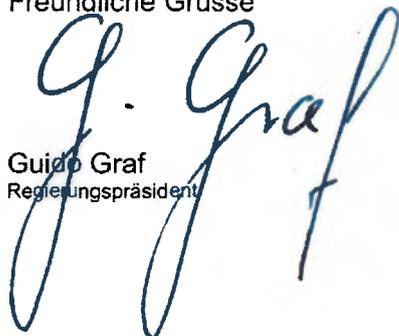
Mit der Vernehmlassungsvorlage sollen künftig die Franchisen für die Versicherten parallel  
zu den Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung steigen. Sobald die durch-  
schnittlichen Bruttokosten pro versicherte Person mehr als 13-mal höher sind als die ordent-  
liche Franchise (also  $13 \times 300 = 3900$  CHF), soll diese um 50 Franken angehoben werden.  
Dieser Mechanismus soll die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und die Inan-  
spruchnahme von Leistungen reduzieren. Entsprechend würde auch der Prämienanstieg  
weniger gross.

Für den Bund würde dies zu tieferen Bundesbeiträgen zur Prämienverbilligung führen.

Den Kantonen sollen gemäss dem erläuternden Bericht für die Ausrichtung der Ergänzungs-  
leistungen keine Mehrkosten entstehen, weil sich die Abnahme der jährlichen Ergänzungs-  
leistungen und die Zunahme der Krankheitskostenvergütung ausgleichen sollten. Jedoch  
wird davon ausgegangen, dass die Erhöhung der Franchisen wahrscheinlich mehr Versiche-  
rte veranlassen werde, Sozialhilfe zu beantragen.

Wir stimmen der Vorlage zu in der Annahme, dass das Kostenwachstum mit der Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung eingedämmt werden kann, und dass der Kanton Luzern unter dem Strich nicht zusätzlich finanziell belastet wird.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'G. Graf', written in a cursive style.

Guido Graf  
Regierungspräsident



## LE CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET  
CANTON DE NEUCHÂTEL

### *Envoi par courriel*

Département fédéral de l'intérieur (DFI)  
Palais fédéral  
3003 Berne  
[aufsicht-krankenversicherer@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherer@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

### **Prise de position relative à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts**

Monsieur le conseiller fédéral,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est offerte de prendre position dans le cadre de la consultation ouverte par lettre du 28 juin 2017, sur la modification prévue de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Une indexation des franchises aura pour conséquence de précariser encore davantage une partie de la population déjà mise en difficulté année après année par des hausses de primes substantielles. En effet aujourd'hui, de nombreux assurés, en particulier des jeunes et des personnes de condition économique modeste, ont choisi des franchises élevées afin d'atténuer le poids de leurs primes avec pour conséquence une prise de risque importante. Ainsi, une majoration de la participation aux coûts impliquera inévitablement pour ces assurés un danger supplémentaire de générer du contentieux.

À noter encore que l'approche de l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts ignore le fait que les coûts à charge de l'assurance-maladie obligatoire augmentent bien plus rapidement que les revenus des ménages. Ainsi, il en ressort une péjoration du revenu disponible des assurés se trouvant dans l'obligation de consommer des prestations médicales au profit de ceux bien portants. Nous constatons ici clairement un affaiblissement du principe de la solidarité voulue par le législateur fédéral dans le cadre de la LAMal.

De plus, nous considérons que l'adaptation de l'article 64 al. 3 est de nature à induire des charges supplémentaires pour notre canton aussi bien dans le domaine de l'aide sociale que dans celui des prestations complémentaires à l'AVS-AI. En effet, nous estimons que ces dernières ne pourront être compensées par des économies découlant d'une baisse des primes ou même d'une diminution de la prime moyenne cantonale (PMC). En effet, la proportion de gens amenés à consommer des prestations de soin est en moyenne supérieure parmi les bénéficiaires d'assistance, dans la mesure où une partie de ces derniers sont justement en situation d'assistance en raison de problèmes de santé.

Finalement, une réduction de la contribution de la Confédération au titre de la réduction individuelle des primes ne ferait que renforcer une situation déjà particulièrement désavantageuse pour notre canton, puisque la part fédérale octroyée actuellement permet à peine d'assurer le financement des subsides consacrés à la catégorie des bénéficiaires de prestations complémentaires. Les autres catégories de bénéficiaires soit la catégorie OSL (art. 65, al. 1 bis LAMal), la catégorie aide sociale et la catégorie ordinaire (personnes de condition économique modeste) sont quant à elles financées uniquement par des ressources cantonales et communales.

À la vue de ce qui précède, la République et Canton de Neuchâtel est opposée à toute modification de la loi allant dans ce sens. Toutefois, si malgré notre avis contraire, le montant de la franchise de base est relevé, à tout le moins celui de la franchise maximale ne devrait pas l'être, voire être diminué. À noter d'ailleurs que nos commentaires rejoignent en grande partie ceux formulés par la CDS dans sa prise de position.

Tout en vous remerciant de nous avoir consulté, nous vous prions de croire, Monsieur le conseiller fédéral, à l'expression de notre haute considération.

Neuchâtel, le 18 octobre 2017



Au nom du Conseil d'État :

*Le président,*  
L. FAYRE

*La chancelière,*  
S. DESPLAND



KANTON  
NIDWALDEN

LANDAMMANN UND  
REGIERUNGSRAT

Dorfplatz 2, Postfach 1246, 6371 Stans  
Telefon 041 618 79 02, www.nw.ch

CH-6371 Stans, Dorfplatz 2, Postfach 1246, STK

Eidgenössisches Departement des Innern  
Herr Bundesrat Alain Berset  
Generalsekretariat GS-EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Telefon 041 618 79 02  
staatskanzlei@nw.ch  
Stans, 26. September 2017

## **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. Stellungnahme**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 unterbreiteten Sie uns den Entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung bzw. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung mit der Bitte, bis zum 19. Oktober 2017 eine Stellungnahme abzugeben.

Wir danken Ihnen für diese Möglichkeit und vernehmen uns wie folgt:

### **1 Gutheissung**

In die richtige Richtung geht die Umsetzung des Auftrags des Parlaments, insbesondere die Standardfranchise der Kostenentwicklung der Krankenversicherungen anzupassen. In diesem Sinne regen wir an, neu die Franchise in der Höhe von 500 Franken als Standardfranchise einzuführen. Ebenso empfehlen wir, die Franchisen in der Höhe von 1'000 und 2'000 Franken aufzuheben, da sie das System verkomplizieren und im Vergleich zur Standardfranchise sowie zu jenen in der Höhe von 1'500 und 2'500 Franken von den Versicherten weit weniger in Anspruch genommen werden.

### **2 Ablehnung – Kritische Haltung**

- Es ist zwar einerseits nachvollziehbar die Franchise stufenweise anzupassen und die Beträge gerundet auf 50 Franken festzulegen. Dies gilt auch für die mehrjährige Gültigkeit, damit eine gewisse Verlässlichkeit des Systems gewährleistet bleibt. Wir lehnen jedoch die Reduktion der maximalen Prämienrabatte klar ab. Damit würden jene Versicherten bestraft, die Eigenverantwortung übernehmen. Die Anpassung würde dazu führen, dass viele Versicherte zu einer tieferen Franchise wechseln, was sich am Schluss negativ auf die Gesundheitskosten auswirken würde. Massgeblich betroffen wären davon junge und gesunde Personen und besonders Familien, die aus finanziellen Gründen höhere Franchisen wählen. Alleine bei der höchsten Franchise-Stufe von 2'500 Franken erhöhte sich die Prämie um bis zu 440 Franken im Jahr. Für eine vierköpfige Familie mit Kindern im jungen Erwachsenenalter könnte die jährliche Prämienbelastung um über 1'000 Franken

ansteigen. Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass es zweifellos falsch ist, wenn jene Personen bestraft werden, die sich kostenbewusst verhalten.

- Es darf bezweifelt werden, dass die Versicherten nicht mehr so häufig wegen Bagatellen zum Arzt gehen und damit die Bruttokosten pro Kopf zurückgehen. Der Bundesrat geht in der Vorlage auch davon aus, dass aufgrund der sinkenden Bruttokosten und der höheren Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten die Krankenkassenprämien und damit auch die Durchschnittsprämien sinken, was bedeuten würde, dass die Ergänzungsleistungen sinken, welche für die Krankenkassenprämien eingesetzt werden. Diese Prognose fällt unseres Erachtens klar zu optimistisch aus.
- In Nidwalden lagen die Bruttoleistungen pro Person im Jahre 2015 (2'995 Franken) 9.9 Mal höher als die ordentliche Franchise von 300 Franken. Im schweizerischen Durchschnitt lag dieser Wert im Jahre 2015 bei 3'653 Franken. Da in der Vorlage keine kantonale Abstufung vorgesehen ist, würde in Nidwalden die Franchise vergleichsweise relativ früh angehoben (bevor die Bruttokosten 13 Mal höher wären als die ordentliche Franchise). Damit würden die hohen Franchisen in Nidwalden im Vergleich zu den Kantonen mit höheren Prämien unattraktiver. Das würde vermutlich dazu führen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner tiefere Franchisen wählen würden. Diese Umkehrreaktion führt erfahrungsgemäss zu höheren Kosten und damit zu höheren Prämien.

Herzlichen Dank für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse  
NAMENS DES REGIERUNGSRATES



Yvonne von Deschwanden  
Landammann



lic. iur. Hugo Murer  
Landschreiber

Geht an:

- [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)
- [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)



CH-6061 Sarnen, Postfach 1562, Staatskanzlei

**A-Post**

Eidg. Departement des Innern

per Mail:

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch

Referenz/Aktenzeichen: OWSTK.2919

Unser Zeichen: cb

Sarnen, 28. September 2017

## **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zur vorgeschlagenen Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) Stellung nehmen zu können.

Der Regierungsrat des Kantons Obwalden begrüsst die angestrebten Anpassungen und möchte in Absprache mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) auf folgende problematische Punkte hinweisen:

cb

Im erläuternden Bericht des Bundesrats wird in Kapitel 3.2 postuliert, dass die Vorlage keine zusätzlichen Mittel von Bund oder Kantonen erfordert. Diese Aussage wird vom Regierungsrat nicht geteilt. Er bezweifelt, dass sich bei den Ergänzungsleistungen die Einsparungen durch tiefere kantonale Durchschnittsprämien ungefähr die Waage halten werden mit den zusätzlich durch die EL zu deckenden Krankheitskosten. Hinzu kommt, dass letztere Kosten gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG vollumfänglich zulasten der Kantone gehen.

Der Regierungsrat geht zudem im Bereich der Sozialhilfe davon aus, dass die Einsparungen durch tiefere Prämien geringer ausfallen werden als die zusätzliche Belastung durch höhere Krankheitskostenvergütung. Ausserdem teilt der Regierungsrat die Erwartung des Bundesrats, dass die Zahl der Sozialhilfebezüger aufgrund der höheren Franchisen steigen wird. Wie gross der Anstieg sein wird, ist aber auch durch Fachleute schwierig abschätzbar. Insgesamt geht der Regierungsrat aber davon

aus, dass die Anpassung von Art. 64 Abs. 3 KVG zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden führen wird. Dies insbesondere auch durch die indirekten Auswirkungen auf Art. 64a KVG.

Wir danken Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren, für die Berücksichtigung unserer Standpunkte bei der Weiterbearbeitung der Vorlage.

Freundliche Grüsse

Im Namen des Regierungsrats



Maya Büchi-Kaiser  
Landammann



Dr. Stefan Hossli  
Landschreiber



Regierung des Kantons St.Gallen, Regierungsgebäude, 9001 St.Gallen

Eidgenössisches Departement des Innern  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Regierung des Kantons St.Gallen  
Regierungsgebäude  
9001 St.Gallen  
T +41 58 229 32 60  
F +41 58 229 38 96

St.Gallen, 19. Oktober 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 laden Sie uns ein, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

Mit den vorgeschlagenen Regelungen soll die vom Parlament angenommene Motion 15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen» umgesetzt werden. Das Anliegen, wonach die Franchisen der Kostenentwicklung folgen, ist grundsätzlich nachvollziehbar.

Wir bitten Sie, die in der Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) geäusserten Bedenken zu prüfen.

Für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir Ihnen.

Im Namen der Regierung

Fredy Fässler  
Präsident

Canisius Braun  
Staatssekretär



**Zustellung auch per E-Mail (pdf- und Word-Version) an:**  
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch; dm@bag.admin.ch

**Kanton Schaffhausen**  
**Departement des Innern**  
Mühlentalstrasse 105  
CH-8200 Schaffhausen  
www.sh.ch



Telefon +41 (0)52 632 74 61  
Fax +41 (0)52 632 77 51  
sekretariat.di@ktsh.ch

Departement des Innern

Bundesamt für Gesundheit  
Aufsicht Krankenversicherung

per e-mail gemäss Verteiler  
am Ende des Schreibens

Schaffhausen, 17. Oktober 2017

**Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung,  
Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Regierungsrat des Kantons Schaffhausen hat unser Departement damit betraut, im Sinne Ihrer Einladung vom 28. Juni 2017 zum vorgelegten Entwurf einer Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung Stellung zu nehmen.

Wir beurteilen die vorgelegte Gesetzesrevision positiv und stimmen ihr zu. Die vorgeschlagene periodische Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung in der Krankenversicherung bewirkt eine angemessene Beteiligung der Versicherten an den verursachten Kosten und schafft für die Prämiengestaltung der Versicherer eine bessere Planungssicherheit.

Freundliche Grüsse  
Der Departementsvorsteher

Walter Vogelsanger, Regierungsrat

Versand per e-mail (als PDF- und Word-Dokument) an

- [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)
- [dm@admin.ch](mailto:dm@admin.ch)

Kopien per e-mail an:

- Staatskanzlei
- Gesundheitsamt

**Regierungsrat**

Rathaus / Barfüssergasse 24  
4509 Solothurn  
www.so.ch

AmtL	GP	KLV	DeG	VS	R	7-8-9
DS	Bundesamt für Gesundheit					
DG						
CC						
Int						
RM						
GB						
GeS						
Lst	VA	NCD	MT	EioM	Chem	Str

28. Sep. 2017

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Kranken- und  
Unfallversicherung  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

26. September 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchi-  
sen an die Kostenentwicklung  
Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 haben Sie uns eingeladen, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung, eine Vernehmlassung einzureichen. Wir nehmen dazu wie folgt Stellung:

**1. Allgemeine Bemerkungen**

Der Kanton Solothurn begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen, die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenversicherung einzudämmen und dazu auch die Eigenverantwortung des einzelnen fördern zu wollen. Allerdings basiert das Krankenversicherungssystem auf dem Solidaritätsprinzip. Dieses hat sich bewährt und ist zu erhalten. Die Eigenverantwortung des einzelnen ist deshalb nur insoweit zu stärken, als das Solidaritätsprinzip nicht infrage gestellt oder geschwächt wird.

**2. Stärkung der Eigenverantwortung**

Der Bundesrat kann bereits heute gestützt auf Art. 64 Abs. 3 KVG die Franchisen anpassen. Ebenso wird für den Selbstbehalt ein jährlicher Höchstbetrag festgelegt. Neu am unterbreiteten Vorschlag ist, dass die Anpassung an die Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gekoppelt werden soll. Eine Veränderung um 50 Franken soll jeweils erfolgen, wenn die Bruttokosten pro Person mehr als 13 Mal höher als die ordentliche Franchise sind. Gleichzeitig würden auch die Wahlfranchisen um 50 Franken erhöht werden.

Wir bezweifeln, dass dieser Mechanismus die Eigenverantwortung tatsächlich stärken wird. Hierfür erscheint die Anhebung der Franchise um 50 Franken schlicht zu gering, zumal diese Veränderung wieder mehrere Jahre gültig sein soll. Auf der anderen Seite kann eine obligatorisch eintretende Anpassung im Verlaufe der Zeit zu einer zu hohen Franchise führen, die letztlich vor allem Personen belasten wird, die auf eine medizinische Behandlung angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund erachten wir die jetzige Kompetenz des Bundesrates, eine Anpassung vorzunehmen, wenn sie sich nach seiner Beurteilung aufdrängt, als die sinnvollere Lösung, die einen massvollen Umgang ermöglicht.

Will man Versicherte motivieren, weniger medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, müsste wohl die Regelung zum Selbstbehalt verändert werden. Dabei wäre aber zu beachten, dass ein hoher Selbstbehalt nur bei Bagatellfällen gelten sollte; also bei gesundheitlichen Problemen, die eine medizinische Behandlung nicht unbedingt erfordern.

### **3. Finanzielle Mehrbelastung für Kantone und Gemeinden**

Obwohl daran gezweifelt werden muss, dass das neue Modell Versicherte dazu bringen wird, Gesundheitsleistungen zurückhaltender in Anspruch zu nehmen, wird es sicher Kostenfolgen für die Kantone und Gemeinden haben. Wir gehen davon aus, dass bei den Ergänzungsleistungen die zusätzlichen zu deckenden Krankheitskosten höher ausfallen und diese durch allfällige tiefere Durchschnittsprämien nicht kompensiert werden können. Bekanntlich hat der Kanton diese Krankheitskosten vollumfänglich selber zu tragen. Im Bereich der Sozialhilfe wird in der Vorlage sogar explizit mit einer Zunahme der Ausgaben gerechnet. Somit führt das neue Modell erneut zu einer Umlagerung der Kosten von den Krankenversicherern hin zu den Kantonen und Gemeinden. Dies nachdem man bereits durch die Vergütung der nicht einbringbaren Prämien und Kostenbeteiligungen zu 85% an die Krankenversicherer eine erhebliche Mehrbelastung zu verkraften hat.

Zusammenfassend kann sich der Kanton Solothurn mit der Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung nicht einverstanden erklären und lehnt diese ab.

Für die Möglichkeit, eine Stellungnahme abgeben zu dürfen, bedanken wir uns bestens.

IM NAMEN DES REGIERUNGSRATES



Dr. Remo Ankli  
Landammann



Andreas Eng  
Staatsschreiber

Regierungsrat des Kantons Schwyz



6431 Schwyz, Postfach 1260

An das  
Eidgenössische Departement  
des Innern EDI

per Mail an [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) und [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)  
(PDF- und Word-Version)

Schwyz, 26. September 2017

**Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)**

Vernehmlassung des Kantons Schwyz

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 unterbreiten Sie uns den Entwurf zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10, KVG) betreffend die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. Innert Frist nehmen wir wie folgt Stellung:

Grundsätzlich finden wir die Idee der Vorlage richtig, hinsichtlich der stetig steigenden Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und dadurch insgesamt eine Reduktion der Inanspruchnahme von Leistungen zu erreichen. Aus Sicht der gesamten Volkswirtschaft sprechen wir uns deshalb für die Vorlage aus.

Unklar sind die Auswirkungen dieser Massnahme auf die Kassen der Kantone und Gemeinden: Insbesondere ist fraglich, ob sich die Einsparungen bei den Ergänzungsleistungen (EL) durch tiefere kantonale Durchschnittsprämien ungefähr die Waage halten werden mit den zusätzlichen durch die EL zu deckenden Krankheitskosten.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zahl der Sozialhilfebezüger aufgrund der höheren Franchise steigen wird und dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der Gemeinden führt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

Im Namen des Regierungsrates:

  
Othmar Reichmuth, Landammann

  
Dr. Mathias E. Brun, Staatsschreiber



Staatskanzlei, Regierungsgebäude, 8510 Frauenfeld

Eidgenössisches  
Departement des Innern  
Herr Alain Berset  
Bundesrat  
3003 Bern

Frauenfeld, 26. September 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)**

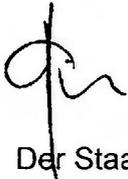
**Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die uns mit Schreiben vom 28. Juni 2017 eingeräumte Möglichkeit zur Vernehmlassung in obgenannter Sache. Wir sind mit der Vorlage einverstanden.

Mit freundlichen Grüssen

Die Präsidentin des Regierungsrates



Der Staatschreiber



Repubblica e Cantone Ticino  
Consiglio di Stato  
Piazza Governo 6  
Casella postale 2170  
6501 Bellinzona  
telefono +41 91 814 43 20  
fax +41 91 814 44 35  
e-mail can-sc@ti.ch

Repubblica e Cantone  
Ticino

## Il Consiglio di Stato

Signor Consigliere federale  
Alain Berset  
Dipartimento federale dell'interno DFI  
3003 Berna

*Invio per posta elettronica*  
[aufsicht-krankenversicherung@baq.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@baq.admin.ch),  
[dm@baq.admin.ch](mailto:dm@baq.admin.ch)

### **Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie Adeguamento delle franchigie all'evoluzione dei costi: consultazione**

Egregio signor Consigliere federale,

la ringraziamo per lo scritto del 28 giugno scorso col quale ci sottopone per consultazione la modifica in oggetto, che prevede l'adeguamento da parte del Consiglio federale delle franchigie all'evoluzione dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Concretamente, le franchigie saranno aumentate in ragione di 50 franchi per volta per mantenere il rapporto 1:12 tra la franchigia ordinaria ed il costo pro-capite delle prestazioni lorde. Il primo adeguamento è atteso nel 2020, i successivi al più tardi ogni 4 anni. L'obiettivo è di calmierare l'evoluzione dei premi, trasferendo dei costi agli assicurati e ipotizzando una riduzione della fruizione di prestazioni col rafforzamento della loro responsabilità individuale.

In generale, il Cantone Ticino condivide la necessità di interventi decisi per contenere l'evoluzione ormai insostenibile dei premi a medio termine, con aumenti annui nell'ordine del 5%. Il progetto in discussione potrebbe avere un certo effetto in questo senso, ancorché contenuto già solo perché l'intervento proposto risulta puntuale e prudente. Del resto non farebbe che consolidare l'evoluzione già verificatasi in passato quando, a fronte di costi pro-capite delle prestazioni lorde che in vent'anni sono all'incirca raddoppiati, la franchigia ordinaria è stata adeguata dagli iniziali 150 franchi a 300 franchi, ormai già nel 2004. Al di là dell'effetto sui premi, la proposta comporta però anche alcune criticità, che descriviamo di seguito.

Dagli ultimi dati a disposizione (dati dell'Ufficio federale di statistica, UST, 2015), risulta che la parte di spesa sanitaria a carico del cittadino assicurato (ossia partecipazione ai costi e *out-of-pocket*) rappresenta il 28% della spesa sanitaria totale. Ciò significa che il cittadino paga direttamente di tasca propria 2'630 franchi su una spesa media annua di 9'400 franchi; la rimanenza è coperta essenzialmente dai premi e dallo Stato. Un aumento di questa porzione (ancorché limitato) e la proposta di indicizzare un eventuale adeguamento al costo delle prestazioni lorde, parametro che cresce ben oltre l'inflazione, assumerà maggiore rilevanza nell'opinione pubblica, rispetto alla comprovata riduzione dei premi che ne deriverebbe.

Inoltre, non siamo certi che l'ipotesi alla base del progetto, secondo cui una franchigia più alta spingerà gli assicurati a trattenersi maggiormente dal ricorrere a prestazioni mediche, possa trovare generale conferma. Dal profilo economico, la domanda di prestazioni sanitarie è altamente inelastica, ossia poco reattiva al prezzo delle prestazioni, complici la presenza di un'assicurazione sociale solidale e il valore inestimabile del bene in discussione, la salute. La franchigia serve a responsabilizzare l'assicurato nel richiedere prestazioni di cura (in particolare quelle "minori" o "bagatella") e un suo aumento dovrebbe incidere soprattutto sul comportamento di chi ha franchigie basse. In realtà, però, proprio chi oggi già le sceglie (il 65% degli assicurati) lo fa perché deve sopportare spese sanitarie molto elevate. Un adeguamento della franchigia di 50 franchi risulta di conseguenza ininfluente sulla loro già elevata domanda di prestazioni sanitarie. Pertanto reputiamo nel concreto che, con la modifica proposta, non si assisterà ad un impatto significativo sul consumo di prestazioni sanitarie.

Riguardo infine alle ripercussioni finanziarie per Cantoni e Comuni, il Cantone Ticino attende un beneficio nella riduzione individuale dei premi, in ragione dell'impatto positivo sul premio medio di riferimento alla base del sussidio. Nell'ambito delle prestazioni complementari così come dell'aiuto sociale, il rapporto esplicativo riconosce un effetto compensatorio fra i risparmi sui premi pagati e l'aumento del rimborso delle spese malattia, mentre da parte nostra esprimiamo scetticismo rispetto all'ipotizzata neutralità di questa operazione. Riteniamo piuttosto che l'aumento delle spese di malattia da coprire sarà predominante e che quindi l'onere cantonale sia destinato a crescere, considerato anche che la copertura finanziaria delle spese di malattia ai beneficiari delle prestazioni complementari è integralmente a carico dei Cantoni.

In sintesi, il Cantone Ticino ritiene che la proposta di adeguamento delle franchigie all'evoluzione dei costi, così come formulata, sia poco incisiva e insufficientemente ponderata per rapporto alle conseguenze per le finanze cantonali.

Ringraziandola per una debita presa in considerazione delle osservazioni esposte, voglia gradire, signor Consigliere federale, l'espressione della nostra alta stima.

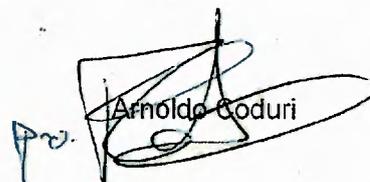
PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Manuele Bertoli

Il Cancelliere:



Pro. Arnaldo Coduri

Copia per conoscenza:

- Deputazione ticinese alle Camere federali (can-relazioniesterne@ti.ch)
- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Pubblicazione in internet.



## Landammann und Regierungsrat des Kantons Uri

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)  
Schwanengasse 2  
3003 Bern

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Vernehmlassung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 unterbreitet das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den Kantonsregierungen eine Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) im Zusammenhang mit der Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung zur Stellungnahme.

Grundsätzlich anerkennt der Regierungsrat des Kantons Uri die Richtigkeit und Notwendigkeit, dass die ordentliche Franchise und die Wahlfranchisen eine Angleichung an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung (OKP) erfahren.

Der Regierungsrat befürchtet jedoch, dass die vorgeschlagene Änderung zu einer finanziellen Mehrbelastung des Kantons und der Gemeinden führen wird. So werden höhere Kosten bei den Ergänzungsleistungen und bei den Sozialhilfekosten erwartet.

Zudem müssten auch die Leistungserbringer in die Verantwortung miteinbezogen werden, um die OKP-Bruttokosten pro Person nachhaltig zu reduzieren. Denn auch sie müssten animiert werden, weniger unnötige Behandlungen durchzuführen und diese über die OKP abzurechnen.

Mit dem Änderungsvorschlag soll der jährliche Anstieg der OKP-Kosten bzw. der Krankenkassenprämien gedämpft werden. Das geht aber grösstenteils nur dadurch, in dem die Versicherten mit ihren Franchisen sich stärker an den Krankheitskosten beteiligen und sich kostenbewusster verhalten. Was

die neue Abstufung der Rabatte bei den Franchisen betrifft, so gilt es zu erwähnen, dass sich der Bundesrat mit dieser Massnahme grundsätzlich widerspricht. Denn mit der Reduktion der Rabatte vorwiegend bei den hohen Wahlfranchisen trifft er diejenigen Versicherten, die am meisten Selbstverantwortung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen übernehmen.

Der Regierungsrat ist im Übrigen der Auffassung, dass die vorgeschlagenen Massnahmen allein nicht zielführend sind. Deshalb sollen vermehrt auch wirksame Massnahmen bei den Leistungserbringern und beim Leistungskatalog getroffen werden.

Um den jährlichen Anstieg der Prämien nachhaltig einzudämmen, müssen auf allen Ebenen und in allen Bereichen echte Anstrengungen unternommen werden. In diesem Sinne ist der Regierungsrat überzeugt, dass es nur mit einem umfassenden Massnahmenpaket gelingen wird, die seit Jahren anhaltenden jährlichen Prämien erhöhungen in der OKP zu stoppen.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Altdorf, 19. September 2017



Im Namen des Regierungsrats

Der Landammann

Der Kanzleidirektor

Beat Jörg

Roman Balli



## CONSEIL D'ETAT

Château cantonal  
1014 Lausanne

### **Envoi par courriel uniquement**

Office fédéral de la santé publique  
Assurance-maladie et accidents  
3003 Berne

Réf. : MFP/15022741

Lausanne, le 30 octobre 2017

### **Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) – Adaptation des franchises à l'évolution des coûts. Procédure de consultation.**

Madame, Monsieur,

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud vous remercie de lui donner l'occasion de se prononcer sur l'objet mentionné en titre et vous adresse, ci-après, sa détermination.

Pour nous déterminer, nous avons consulté les services concernés de l'Etat de Vaud.

#### **1. Considérations générales**

Le Conseil fédéral est compétent pour fixer le montant de la franchise ordinaire (art. 64, al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase LAMal) et des franchises à option (art. 62, al. 2, let. a LAMal). Le projet soumis à consultation comprend la modification de l'art. 64, al. 3, 2<sup>ème</sup> phrase LAMal. En adoptant la motion n° 15.4157, le Parlement souhaite ancrer dans la loi le mandat donné au Conseil fédéral d'adapter régulièrement le montant des franchises à l'évolution des coûts. Concrètement, le projet prévoit que les franchises seront adaptées par paliers en fonction de l'évolution des coûts moyens par assuré des prestations brutes de l'assurance obligatoire des soins. Les franchises seront fixées à des montants arrondis valables plusieurs années, la périodicité de l'adaptation dépendant de l'évolution des coûts.

Selon le rapport explicatif du 28 juin 2017 (ch. 1.2), l'adaptation du montant des franchises à l'augmentation des coûts « doit renforcer la responsabilité individuelle des assurés et réduire le recours aux prestations. Comme ils devront prendre en charge une plus grande part des coûts, ils éviteront de consulter le médecin pour des cas bénins. » En outre, il est mentionné que « l'augmentation des franchises amènera les assurés à faire preuve de davantage de retenue en matière de recours aux prestations médicales. » Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud ne peut absolument pas soutenir ces affirmations.

Rappelons que d'après l'analyse des données de l'enquête *International Health Policy Survey* (IHP), l'Observatoire suisse de la santé a conclu qu'entre 2010 et 2016, la part de répondants en Suisse déclarant avoir renoncé à des soins de santé pour des raisons de coûts est passée de 10,3 % à 22,5 %, faisant de la Suisse le second pays où de telles difficultés sont le plus souvent rapportées (Obsan, dossier 56, novembre 2016<sup>1</sup>).

Le taux de renoncement aux soins médicaux pour des raisons financières est très inquiétant en termes de santé publique. De plus, cette augmentation fragilise la classe moyenne, qui ne peut toucher de subsides permettant de réduire les primes relatives à l'assurance obligatoire des soins, mais dont l'évolution salariale ne suit pas celles des coûts de la santé.

<sup>1</sup> Merçay, Clémence (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé. Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Eu égard à ce qui précède, nous estimons que l'augmentation du montant des franchises amènera vraisemblablement encore plus d'assurés à renoncer à des soins médicaux.

Par ailleurs, le Conseil d'Etat du Canton de Vaud considère que la modification proposée ne fera qu'accentuer davantage les inégalités entre assurés bien portants et malades, menaçant ainsi le principe de solidarité voulu par le législateur lors de l'élaboration de la LAMal.

La probabilité que certains assurés, en situation de maladie, n'aient plus les moyens de régler leurs frais de santé sera plus élevée, avec le risque d'une hausse du contentieux LAMal (non-paiement des primes et des participations aux coûts, art. 64a LAMal et 105 OAMal).

Au demeurant, les assurés du canton de Vaud seront doublement pénalisés par cette modification. Non seulement les primes LAMal dans le canton de Vaud sont plus élevées qu'ailleurs en Suisse, mais les franchises y seront plus élevées également. En effet, les coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins par assuré sont supérieurs dans les cantons romands, ce qui aura pour conséquence un relèvement des franchises dans les cantons romands uniquement.

Enfin, le rapport explicatif mentionne que « la mise en œuvre de la modification de l'art. 64, al. 3 LAMal ne requiert pas de ressources supplémentaires de la part de la Confédération ou des cantons » (ch. 3.2).

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud rejette fermement cette affirmation.

Nous sommes en mesure de donner quelques éléments ci-après concernant la charge financière que la modification légale proposée engendrera pour les cantons, notamment dans les domaines des prestations complémentaires et de l'aide sociale.

## **2. Conséquences financières dans le domaine des prestations complémentaires**

Le Conseil d'Etat du Canton de Vaud doute fortement que les économies engendrées par la baisse de la prime moyenne cantonale puissent absorber les frais de maladie supplémentaires couverts par les prestations complémentaires. Par ailleurs, conformément à l'art. 14, al. 1, let. g de la loi sur les prestations complémentaires (LPC), les frais payés au titre de la participation aux coûts sont remboursés aux bénéficiaires de prestations complémentaires ; ces derniers sont financés par les cantons (art. 16 LPC).

Par conséquent, la modification envisagée aura certainement un impact économique majeur sur le Canton de Vaud. En 2018, nous estimons à 1,8 millions de francs le surcoût d'une hausse de la franchise minimum de Fr. 300.- à Fr. 350.- (en supposant que la mesure ne concernera pas les enfants).

## **3. Conséquences financières dans le domaine de l'aide sociale**

Il est incontestable que pour les ménages qui consomment peu de soins, les franchises plus élevées apportent un soulagement financier. En revanche, comme mentionné dans le rapport explicatif (ch. 3.2), « l'augmentation des franchises amènera probablement davantage d'assurés à demander l'aide sociale ». Dès lors, les cantons devront faire face à une double augmentation : celle du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale et celle du montant de leurs franchises, ces dernières étant prises en charge intégralement par l'aide sociale, soit par les cantons.

Cela étant dit, le Conseil d'Etat du Canton de Vaud relève quelques points problématiques en lien avec une autre modification de la LAMal actuellement en consultation, laquelle vise à inscrire dans la loi une durée minimale de la franchise dans les formes particulières d'assurance.

Ainsi, un bénéficiaire d'aide sociale ayant opté pour franchise à option serait tenu de conserver le montant de cette franchise pendant trois ans. Pratiquement, cet assuré serait dans l'impossibilité d'augmenter sa franchise afin de l'adapter au montant de subside de prime. Il ne pourra pas non plus diminuer le montant de sa franchise en cas de sortie du régime d'aide sociale pendant ces trois années.

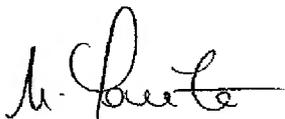
Le Conseil d'Etat fait déjà valoir sa ferme opposition à toute tentative de transfert de charges aux cantons par la Confédération. Le report devrait être dans tous les cas compensé par d'autres mesures, comme une adaptation de la contribution de la Confédération à la réduction des primes.

En conclusion, eu égard aux considérations précitées, le Conseil d'Etat du Canton de Vaud refuse le projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) mis en consultation.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de notre considération distinguée.

AU NOM DU CONSEIL D'ETAT

LA PRESIDENTE



Nuria Gorrite

LE CHANCELIER



Vincent Grandjean

**Copies**

- OAE
- SASH



Conseil d'Etat  
Staatsrat

CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS



2017.03531

Monsieur Alain Berset  
Conseiller fédéral  
Chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI)  
Inselgasse 1  
3003 Berne

Date **27 SEP. 2017**

**Modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts : Réponse à la procédure de consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,

En réponse à votre invitation du 28 juin 2017, nous vous faisons part de la position du Gouvernement valaisan sur la modification prévue de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts.

Le Conseil d'Etat du canton du Valais rejette la modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie pour les raisons suivantes :

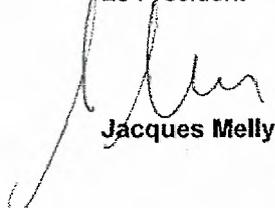
- L'augmentation de la participation aux coûts à charge des personnes au bénéfice de prestations complémentaires (PC) ou de l'aide sociale (AS) ne sera pas compensée par les potentielles économies engendrées sur des primes moyennes cantonales « plus basses ».
- Nous partageons l'avis du Conseil fédéral que le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale va croître en raison de l'augmentation des franchises.
- Il s'agit une nouvelle fois d'un transfert des coûts vers les cantons qui devront prendre en charge l'augmentation des frais en faveur des personnes au bénéfice de PC.

Cependant, l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts est pertinente pour autant qu'un mécanisme assure une neutralité financière pour les cantons.

En vous remerciant de nous avoir consulté, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre parfaite considération.

Au nom du Conseil d'Etat

Le Président

  
Jacques Melly



Le Chancelier

  
Philipp Spörri

Copie : [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)



Regierungsrat, Postfach 156, 6301 Zug

**Nur per E-Mail**

Eidgenössisches Departement  
des Innern EDI  
Generalsekretariat  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Zug, 3. Oktober 2017 hs

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung – Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 haben Sie uns eingeladen, im Rahmen eines Vernehmlassungsverfahrens bis am 19. Oktober 2017 zur oben genannten Vorlage Stellung zu nehmen. Besten Dank für Ihre Anfrage. Gerne äussern wir uns wie folgt:

**Wir sind mit der geplanten Gesetzesänderung einverstanden.**

Die vorgeschlagene Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) fördert das Kostenbewusstsein und stärkt die Eigenverantwortung. Sie entspricht dem Auftrag der von National- und Ständerat mit grossem Mehr angenommenen Motion Bischofberger (15.5147) und setzt diese zweckmässig um.

**Zum erläuternden Bericht machen wir folgende Einschränkung:**

Es heisst im Bericht, dass sich bei den Ergänzungsleistungen die Abnahme der jährlichen Ergänzungsleistung und die Zunahme der Krankheitskostenvergütung ausgleichen. Dem ist aber nicht so. Die Kantone werden zusätzlich belastet. Auch bei der wirtschaftlichen Sozialhilfe ergibt sich ein Mehraufwand, und zwar nicht nur durch die im Bericht erwähnte Zunahme der Antragstellenden, sondern vor allem durch die ansteigende Krankheitskostenvergütung. Schliesslich sind auch im Asylbereich höhere Kosten zulasten der Kantone zu erwarten (Kategorien 5+ und 7+). Inwieweit der resultierende Mehraufwand von einer Entlastung bei der Prämienvorbereitung kompensiert wird, ist kantonal unterschiedlich. In jedem Fall ist die Aussage, dass die Umsetzung der Änderung von Art. 64 Abs. 3 (neu) KVG von den Kantonen keine zusätzlichen Finanzmittel erfordere, in dieser pauschalen Form nicht haltbar.

Seite 2/2

Wie von Ihnen gewünscht, geben wir Ihnen nachfolgend die Kontaktdaten der bei uns zuständigen Person bekannt:

Christof Gügler, Beauftragter für gesundheitspolitische Fragen, Gesundheitsdirektion,  
E-Mail: [christof.guegler@zg.ch](mailto:christof.guegler@zg.ch), Telefon 041 728 38 94.

Wir bitten Sie um Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse  
Regierungsrat des Kantons Zug



Manuela Weichelt-Picard  
Frau Landammann



Tobias Moser  
Landschreiber

Kopie per E-Mail an:

- [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) (PDF- und Word-Format)
- [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch) (PDF- und Word-Format)
- Eidgenössische Parlamentarier des Kantons Zug
- Gesundheitsdirektion



Eidgenössisches Departement des Innern  
3003 Bern

4. Oktober 2017 (RRB Nr.937/2017)

**Bundesgesetz über die Krankenversicherung, Änderung  
(Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Vernehmlassung)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 haben Sie uns den Entwurf zur Änderung des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) zur Vernehmlassung unterbreitet. Wir danken für diese Gelegenheit zur Stellungnahme und äussern uns wie folgt:

Wir teilen die Haltung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), wie sie in deren Stellungnahme vom 24. August 2017 zum Ausdruck gebracht wird. In Ergänzung dazu halten wir Folgendes fest:

Die Anhebung der Franchisen bedeutet einerseits eine Erhöhung der Kosten zulasten der betroffenen Patientinnen und Patienten und andererseits eine Senkung der Kosten zugunsten der Krankenversicherung. Letzteres bewirkt, dass die als Grundlage für die Berechnung der Ergänzungsleistungen dienende Durchschnittsprämie sinkt, womit auch die Ergänzungsleistungen für diesen Bereich sinken werden. Andererseits führt aber die Erhöhung der Franchisen zu einer Erhöhung der Ergänzungsleistungen, da die aufgrund der Franchise nicht gedeckten Krankheitskosten gestützt auf Art. 14 Abs. 1 Bst. g ELG als Ergänzungsleistungen vergütet werden müssen. Diese gehen vollumfänglich zulasten der Kantone (Art. 16 ELG). Darüber hinaus führen höhere Franchisen auch zu einer entsprechenden Erhöhung der ebenfalls von den Kantonen zu tragenden Sozialhilfekosten. Entsprechend ist – entgegen der Annahme im erläuternden Bericht des Bundesrates (S. 5) – davon auszugehen, dass

eine Erhöhung der Franchisen zu einer Zusatzbelastung des Kantonshaushaltes (bzw. je nach Regelung der innerkantonalen Kostentragung auch der Gemeindehaushalte) führen wird. Vor diesem Hintergrund beantragen wir, dass der Finanzierungsschlüssel für Ergänzungsleistungen so geändert wird, dass sich aus der Erhöhung der Franchisen keine Zusatzbelastung für die Kantone ergibt.

Genehmigen Sie, sehr geehrter Herr Bundesrat,  
die Versicherung unserer ausgezeichneten Hochachtung.

Im Namen des Regierungsrates  
Der Präsident:



Der stv. Staatsschreiber:



**GDK** Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
**CDS** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
**CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

*Versand per E-Mail*

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)

Bern, 24.8.2017

43.2/HU

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)**

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme zur vorgeschlagenen Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Wir möchten Sie auf einige – aus unserer Sicht problematische – Punkte hinweisen:

Im erläuternden Bericht des Bundesrates wird in Kapitel 3.2 postuliert, dass die Vorlage keine zusätzlichen Mittel von Bund oder Kantonen erfordert. Diese Aussage teilen wir nicht. Wir bezweifeln, dass sich bei den Ergänzungsleistungen die Einsparungen durch tiefere kantonale Durchschnittsprämien ungefähr die Waage halten werden mit den zusätzlich durch die EL zu deckenden Krankheitskosten. Hinzu kommt, dass letztere Kosten gemäss Art. 14 Abs. 1 lit. g ELG vollumfänglich zu Lasten der Kantone gehen.

Im Bereich der Sozialhilfe gehen wir zudem davon aus, dass die Einsparungen durch tiefere Prämien geringer ausfallen werden als die zusätzliche Belastung durch höhere Krankheitskostenvergütung. Ausserdem teilen wir die Erwartung des Bundesrates, dass die Zahl der Sozialhilfebezüger aufgrund der höheren Franchisen steigen wird. Wie gross der Anstieg sein wird, ist für uns und die Fachleute der Kantone schwierig abschätzbar. Insgesamt gehen wir aber davon aus, dass die Anpassung von Art. 64 Abs. 3 KVG zu einer finanziellen Mehrbelastung der Kantone und Gemeinden führen wird.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN  
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND -DIREKTOREN

Der Präsident

Dr. Thomas Heiniger  
Regierungsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren  
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé  
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

*Envoi par courriel*

Office fédéral de la santé publique (OFSP)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)

Berne, le 24.8.2017

43.2/HU/PB

### **Modification de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (adaptation des franchises à l'évolution des coûts)**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de la possibilité qui nous est offerte de prendre position sur l'adaptation proposée de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).

Nous voudrions attirer votre attention sur quelques points à notre avis problématiques.

Le chapitre 3.2 du rapport explicatif postule que le projet ne requiert pas de ressources supplémentaires de la part de la Confédération ou des cantons. Nous ne partageons pas cette affirmation. Nous doutons que dans le cadre des prestations complémentaires les économies engendrées via des primes moyennes cantonales plus basses s'équilibrent à peu près avec les frais de maladie supplémentaires devant être couverts par les PC. À cela s'ajoute que conformément à l'art. 14 al.1 let. g LPC ces frais sont entièrement à la charge des cantons.

Dans le domaine de l'aide sociale, nous partons de plus du principe que les économies engendrées via des primes plus basses seront moindres que la charge supplémentaire due au remboursement plus élevé des frais de maladie. Nous partageons en outre la prévision du Conseil fédéral que le nombre des bénéficiaires de l'aide sociale va croître en raison de l'augmentation des franchises. Pour nous et pour les spécialistes des cantons, l'importance de cette croissance est difficile à estimer. Au total, nous considérons toutefois que l'adaptation de l'art. 64 al. 3 LAMal entraînera une charge financière supplémentaire pour les cantons et les communes.

Nous sommes à votre disposition pour toute précision complémentaire.



Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

CONFÉRENCE SUISSE DES DIRECTRICES ET  
DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ

Le président

Thomas Heiniger  
Conseiller d'État

Le secrétaire central

Michael Jordi

Eidgenössisches  
Departement des Innern EDI  
3003 Bern



Geht per Mail an [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

18. Oktober 2017

**Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Die Bürgerlich-Demokratische Partei (BDP) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme in obgenannter Vernehmlassung.

Die BDP begrüsst grundsätzlich eine Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. Das kontinuierliche Kostenwachstum der OKP und die damit verbundenen jährlich steigenden Prämien sind insbesondere für den Mittelstand, der nicht von Prämienverbilligungen oder Ergänzungsleistungen entlastet wird, zu einer grossen Belastung geworden.

Mit einer Erhöhung der Kostenbeteiligung wird die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt. Versicherte, welche wegen Bagatellen den Arzt aufsuchen oder unnötige Mehrfachuntersuchungen beanspruchen, belasten die solidarisch finanzierte Krankenversicherung häufig unnötig. Selbstverständlich ist der Situation von (chronisch) erkrankten Versicherten unbedingt Rechnung zu tragen. Die finanzielle Tragbarkeit der Kostenbeteiligung muss für chronisch Kranke gewährleistet bleiben.

Eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung der OKP ist unter den genannten Umständen zu begrüssen.

Wir danken für die Prüfung und Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Landolt'.

Martin Landolt  
Parteipräsident BDP Schweiz

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Quadranti'.

Rosmarie Quadranti  
Fraktionspräsidentin BDP Schweiz

Eidgenössisches Departement des Innern  
Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Per E-Mail an: [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) und [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

17. Oktober 2017

Ihr Kontakt: Ahmet Kut, Geschäftsführer der Bundeshausfraktion, Tel. +41 31 311 33 03, E-Mail: [schweiz@grunliberale.ch](mailto:schweiz@grunliberale.ch)

## **Stellungnahme der Grünliberalen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Vorlage und den Erläuternden Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung) und nehmen dazu wie folgt Stellung:

### **Allgemeine Beurteilung der Vorlage**

Die Grünliberalen begrüssen die Gesetzesrevision. Die Franchisen sind in periodischen Abständen an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anzupassen.

Die Ankündigung im Erläuternden Bericht, das Verhältnis von ordentlicher Franchise zu Bruttoleistungen pro Versicherten von 1:12 zu wahren, erachten die Grünliberalen jedoch als ungenügend. Damit wird die seit Jahren unbefriedigende Situation mit einem zu niedrigen Kostenanteil für die Standardfranchise von 8% zementiert (Fr. 300 ordentliche Franchise bei Fr. 3'653 Bruttoleistungen pro Versicherten im Jahr 2015) und eine Entlastung der Prämien durch mehr Eigenverantwortung behindert.

Die Grünliberalen beantragen daher eine Erhöhung des Kostenanteils von 8% auf 15%. Dadurch würde die ordentliche Franchise von derzeit Fr. 300 auf Fr. 550 erhöht. Bei den Versicherten würde ein präventives Gesundheitsverhalten und eine grössere Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gefördert. Gleichzeitig würde die Prämienlast insgesamt sinken.

### **Begründung**

Die Grünliberalen erachten es als zentral, dass die dramatische Kostenentwicklung bei der OKP unter Kontrolle gebracht wird. Nach der Prämienrunde vom 28. September 2017 wird deutlich, dass sich trotz des mutmasslich kostensenkenden Eingriffs des Bundesrates in dem ambulanten Tarif TARMED die Kostenspirale mit durchschnittlich plus 4% Prämien erhöhungen für das Jahr 2018 weiter nach oben dreht. Grund dafür ist, dass das Gesundheitssystem seit Jahren (auch) durch ökonomische Fehlanreize und Überversorgung geprägt ist. Deshalb sollten nicht nur die Leistungserbringer durch Tarifeingriffe in die Pflicht genommen werden, sondern auch die Prämienzahler müssen ihren Teil der Verantwortung für die Kostenentwicklung erkennen und tragen.

Eine als „zu hoch“ empfundene Prämie kann dazu führen, dass „jetzt erst recht“ Leistungen bezogen werden. Dieser sogenannte „Moral Hazard“-Effekt erfolgt in zweifacher Weise: Ex-ante bezüglich präventivem, gesundheitsförderndem Verhalten und ex-post bezüglich der Inanspruchnahme von unnötigen Leistungen in Bagatellfällen. Dieses „Konsum“-Verhalten ist einer der Gründe, weshalb die Kosten innerhalb von 20 Jahren um das 2.5-fache gestiegen sind.

Nahezu alle Studien kommen zum Schluss, dass eine Erhöhung der Kostenbeteiligung bei sonst gleichen Bedingungen im Schnitt zu tieferen Gesundheitskosten führt. Die geschätzte Elastizität liegt ungefähr im Bereich von -0.2. Das bedeutet: Wenn der Anteil an den jährlichen Kosten, die der Versicherte selber trägt, um 10% steigt, sollten die Leistungen um rund 2% abnehmen.

Eine höhere Franchise dürfte auch dazu führen, dass sich die Versicherten wieder vermehrt um die Arztrechnung kümmern, d.h. dass sie diese einfordern und kontrollieren. Wenn die Rechnung des Arztes nicht beim Versicherten ankommt, findet keine Auseinandersetzung mit den verursachten Kosten statt. Das ist aktuell immer mehr der Fall.

Der Einwand, eine höhere Grundfranchise sei für die Versicherten unzumutbar, trifft im Übrigen nicht zu: Der höhere Betrag, der aufgrund der höheren Franchise bezahlt werden muss, fällt vollumfänglich aus dem Prämienvolumen der Versicherung heraus, wodurch die Prämie um genau diesen Betrag sinken muss. Der kleinere Anreiz zur Inanspruchnahme von Bagatelleleistungen (die aber trotzdem teuer sind) führt zusätzlich zu einer weiteren Senkung der Gesamtausgaben.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und die Prüfung unserer Anmerkungen und Vorschläge.

Bei Fragen dazu stehen Ihnen die Unterzeichnenden sowie unser zuständiges Kommissionsmitglied, Nationalrat Thomas Weibel, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Jürg Grossen  
Parteipräsident



Ahmet Kut  
Geschäftsführer der Bundeshausfraktion



T +41 31 3266607  
E [gaelle.lapique@gruene.ch](mailto:gaelle.lapique@gruene.ch)

Eidgenössisches Departement  
des Innern  
Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
3003 Bern  
*Per E-Mail geschickt*  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 11. Oktober 2017

## **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Sehr geehrte Damen und Herren

Im Zusammenhang mit der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung haben Sie die Grüne Partei der Schweiz zur Stellungnahme eingeladen. Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, uns zur Vorlage zu äussern.

**Die Grünen lehnen die Gesetzesänderung ab. Dieser Artikel ist unnötig und potentiell kontraproduktiv:**

- **Bereits heute hat der Bundesrat die Kompetenz, die ordentliche Franchise festzulegen bzw. auch anzupassen.** Er hat von diesem Recht in der Vergangenheit auch schon mit Mass Gebrauch gemacht (Erstfestsetzung 1996, Erhöhung 1998, Erhöhung 2004). Verglichen mit der Anfangsfranchise 1996 im Verhältnis zu den OKP-Kosten pro Versicherten ist noch kein unmittelbarer Handlungsbedarf festzustellen. Insofern ist also die Gesetzesnovelle völlig unnötig.
- **Bereits heute ist die Schweiz im Vergleich mit den anderen OECD-Staaten unter den Ländern mit den mit Abstand höchsten Out-Of-Pocket-Ausgaben.** Mit Kopfprämien, Franchisen und Selbstbehalt ist die einkommensunabhängige Belastung bereits über einer sozial vertretbaren Schwelle. Hinzu kommen die sinkenden Beiträge der Kantone an die Prämienverbilligungen, was das Sozialziel weiter untergräbt. Mit einer Erhöhung der Franchise wird der Anteil, den die Versicherten für die medizinische Versorgung tragen müssen, noch höher, was eine weitere Entsolidarisierung der Krankenversicherung darstellt. Es ist eine Verschiebung von Lasten vom Prämienzahlenden hin zum Patienten.

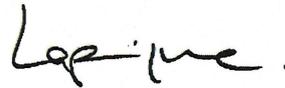
- **Die Erhöhung der Out-Of-Pocket-Ausgaben (in diesem Fall der Franchise) stellt eine Hürde für den Zugang zu medizinischer Versorgung dar**, die vor allem finanziell schwächere Bevölkerungsgruppen trifft, welche tendenziell schlechtere Voraussetzungen für eine gute Gesundheit haben und daher besonders auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung angewiesen sind. Die Grünen lehnen unsoziale höhere Hürden zu medizinischer Versorgung ab, weil dies die Ziele der öffentlichen Gesundheit (*public health*) untergräbt und sogar zu unerwünschten Folgekosten führen kann.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen und bitten Sie, die Vorlage entsprechend anzupassen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Balthasar Glättli  
Fraktionspräsident



Gaëlle Lapique  
Fachsekretärin

CVP Schweiz, Postfach, 3001 Bern

Per Mail: - [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
- [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 18. Oktober 2017

**Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG):  
Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

---

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns eingeladen, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung – Umsetzung der vom Parlament angenommenen Motion Bischofberger (15.4157)) Stellung zu nehmen. Für diese Gelegenheit zur Meinungsäusserung danken wir Ihnen bestens.

**Allgemeine Bemerkungen**

Die CVP will eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung. Sie will kranken Menschen einen schnellen Zugang zu wirksamen Therapien ermöglichen, dies aber zu einem tragbaren Preis. Die Gesundheitskosten und damit die Krankenversicherungsprämien haben sich seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 mehr als verdoppelt, während die Nominallöhne nur um gut 20 Prozent gestiegen sind. Eine Trendumkehr ist zurzeit nicht absehbar, im Gegenteil – jährlich steigen die Prämien um 4 bis 5 Prozent an. Am meisten belastet diese Entwicklung den Mittelstand. Besonders für mittelständische Familien ist die Schmerzgrenze überschritten. Sie müssen immer höhere Einkommensanteile für die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung aufwenden und kommen dabei nicht in den Genuss von Prämienverbilligungen. Die Kostenspirale nach oben muss deshalb gebrochen werden.

**Die CVP unterstützt die Umsetzung der vom Parlament angenommenen Motion Bischofberger (15.4157), die eine regelmässige Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung der sozialen Krankenversicherung (OKP) fordert.** Mit einer höheren Franchise soll auch die Eigenverantwortung der Prämienzahler steigen. Damit soll erreicht werden, dass einerseits Versicherte mit einem medizinischen Bagatelldfall nicht gleich einen Arzt aufsuchen und dass andererseits unnötige Mehrfachuntersuchungen stärker hinterfragt und vermieden werden, wenn sich diese nicht rechtfertigen lassen. Mit einer Anpassung der Franchisen kann folglich ein höheres Kostenbewusstsein und ein tieferes Konsumverhalten erzielt werden, was zu tieferen Gesundheitskosten und damit zu tieferen oder zumindest gleichbleibenden Prämien führen dürfte.

**Änderung des Art. 64 Abs. 3 KVG**

**Die CVP Schweiz unterstützt die vorgeschlagene Änderung des Art. 64 Abs. 3 KVG sowie die vorgeschlagene Umsetzung dieser Änderung.** Die Bewahrung des Verhältnisses von 1:12 zwischen der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten ist für die CVP sinnvoll. Dies würde bedeuten, dass die ordentliche Franchise um 50 Franken erhöht werden muss, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro versicherte Person, gemäss Artikel 25–31 KVG, mehr als 13-mal höher als die ordentliche Franchise sein sollte, was voraussichtlich 2020 der Fall sein wird. Damit werden

runde Franchisenbeträge erhalten, was das System für die Versicherten und die Versicherer vereinfacht. Mit einer Erhöhung von 50 Franken können zudem über mehrere Jahre dieselben Franchisenbeträge gewahrt werden, was die Stabilität und die Verständlichkeit des Systems gewährleistet würde.

### **Änderung des KVV – Anpassung der Maximalrabatte bei den Wahlfranchisen**

Der Bundesrat hat am 28. Juni 2017 angekündigt, dass die Maximalrabatte künftig je nach Franchisehöhe abgestuft werden und die Rabatte für Erwachsene zwischen 80 Prozent (Franchise von CHF 500) und 50 Prozent (Franchise von CHF 2500) des zusätzlich übernommenen Risikos liegen sollen. Dies bedeutet für die Maximalfranchise eine Senkung der Rabatte von 70 auf 50 Prozent, was eine signifikante Prämienhöhung für die Versicherten mit der Maximalfranchise zur Folge hat. Dies, obwohl die Vernehmlassung zu dieser Massnahme im Jahr 2015 deutlich ablehnend ausgefallen ist und das Parlament ebenfalls klare Signale gegen diese Massnahme gesendet hat.

Für die CVP Schweiz ist diese vorgesehene Änderung der Verordnung über die Krankenversicherung inakzeptabel. Mit Blick auf die von der Reform hauptsächlich Betroffenen, die gesunden und jüngeren Menschen, vor allem aber auch die Familien, geht diese Revision in die falsche Richtung. Angesichts der steigenden Gesundheitskosten und Prämienlast muss es das klare Ziel sein, das Kostenbewusstsein beim Einzelnen zu fördern, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken nicht überzustrapazieren und schliesslich die Eigen- und vor allem die Selbstverantwortung zu stärken und nicht zu schwächen. Denn schliesslich würden durch diese Anpassung all jene eigentlich sogar noch bestraft, welche bisher selber eine gezielte Verantwortung für ihre Gesundheit übernommen haben. Sie waren es nämlich die, die Bagatellbehandlungen selber bezahlten und dadurch auch im Sinne der geforderten Solidarität einen beachtlichen Beitrag zu Einsparungen im Gesundheitswesen geleistet haben. Denn nicht zu einem kleinen Teil sind sie es ja die, die ärztlichen Leistungen deutlich zurückhaltender und kostenbewusster beanspruchen. Sie sind es, die zwar OKP-Leistungen beanspruchen, aber die Tiers-garant-Rechnungen gar nicht oder nur beim Überschreiten der Franchise einreichen und so massiv weniger Administrativkosten verursachen. Deswegen lehnt die CVP diese Anpassung der Maximalrabatte bei den Wahlfranchisen entschieden ab.

Aus diesen Gründen fordert die CVP Schweiz den Bundesrat auf, die Maximalrabatte bei allen Wahlfranchisen bei 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos zu belassen und auf die geplante Änderung der KVV zu verzichten.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und verbleiben mit freundlichen Grüssen.

**CHRISTLICHDEMOKRATISCHE VOLKSPARTEI DER SCHWEIZ**

Sig. Gerhard Pfister  
Präsident der CVP Schweiz

Sig. Béatrice Wertli  
Generalsekretärin CVP Schweiz

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Generalsekretariat GS-EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Bern, 09. Oktober 2017 / CJR  
VL\_KVG\_Franchisen\_Rabatte\_d

Per Mail an  
[aufsicht-krankenversicherung@ag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@ag.admin.ch)  
[dm@baq.admin.ch](mailto:dm@baq.admin.ch)

## Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung

### Vernehmlassungsantwort der FDP.Die Liberalen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihre Einladung zur Vernehmlassung oben genannter Vorlage danken wir Ihnen. Gerne geben wir Ihnen im Folgenden von unserer Position Kenntnis.

Die vorliegende Änderung setzt die vom Parlament angenommene Motion [15.4157](#) um, mit welcher der Bundesrat beauftragt wird, die Franchisen an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzupassen. Die FDP ist mit diesem Vorschlag einverstanden. Mit den beiden Motionen [16.3112](#) und [16.3111](#) spricht sich die FDP bereits heute für generell höhere Franchisen aus (Minimal- und Maximalfranchise).

Gleichzeitig mit der Eröffnung dieser Vernehmlassung hat der Bundesrat bekanntgegeben, dass er die Rabatte bei den Wahlfranchisen abstufen will. Die FDP lehnt dies entschieden ab. Wer Eigenverantwortung trägt und ein höheres finanzielles Risiko auf sich nimmt, sollte auch entsprechend belohnt werden – der Bundesrat will aber genau das Gegenteil machen. Die Mehrheiten der SGK beider Räte haben mit den Kommissionsmotionen [17.3633](#) und [17.3637](#) klar zum Ausdruck gebracht, dass sie das Vorgehen des Bundesrates nicht unterstützen.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Überlegungen.

Freundliche Grüsse  
FDP.Die Liberalen  
Die Präsidentin

Der Fraktionssekretär



Petra Gössi  
Nationalrätin



Charles Jean-Richard



Office fédéral de la santé publique  
Division Surveillance de l'assurance  
3003 Berne

Envoi par courriel :  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Berne, le 17 octobre 2017

**Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (adaptation des franchises à l'évolution des coûts)  
Procédure de consultation**

Monsieur le Conseiller fédéral,  
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir sollicité notre prise de position concernant la modernisation de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) portant sur l'adaptation des franchises à l'évolution des coûts.

Par ce projet, le Conseil fédéral compte mettre en œuvre une demande provenant de la majorité bourgeoise du Parlement de manière à ce que les franchises soient adaptées parallèlement et automatiquement à l'évolution des coûts. En d'autres termes, le Parlement souhaite agir sur la participation aux coûts des assuré-e-s. Depuis toujours, le Parti socialiste suisse (PS) milite en faveur d'un système de santé qui permette un accès pour toutes et tous à des prestations de qualité et à un prix abordable. La solidarité entre les personnes malades et celles en bonne santé est au cœur de l'assurance-maladie sociale en Suisse. Or, le PS constate avec inquiétude que cette solidarité est aujourd'hui fortement mise à l'épreuve en raison de la politique menée par la droite du Parlement. Au nom de la responsabilité individuelle, elle tente d'imposer des mesures sapant peu à peu les fondements de la LAMal et la menant droit au mur<sup>1</sup>.

A ce titre, le PS s'oppose frontalement au présent projet de modification de la LAMal, qui n'est rien d'autre qu'un démantèlement inacceptable sur le dos des assuré-e-s les plus vulnérables d'un point de vue financier et de leur santé. Sur le plan de l'évolution des coûts, la mesure proposée sera insignifiante. En revanche, sur le plan individuel, elle engendrera davantage de problèmes qu'elle n'en résoudra. En effet, elle accentuera la problématique du renoncement aux soins. Selon plusieurs études, chaque année, entre 10 et 20 % des personnes

---

<sup>1</sup> L'on citera ici plus particulièrement la mise en œuvre de l'initiative parlementaire 15.468 Borer (Brand) : LAMal. Renforcer la responsabilité individuelle.

Parti socialiste  
Suisse

Theaterplatz 4  
Case postale · 3001 Berne

Téléphone 031 329 69 69  
Téléfax 031 329 69 70

[info@pssuisse.ch](mailto:info@pssuisse.ch)  
[www.pssuisse.ch](http://www.pssuisse.ch)



assurées en Suisse ne se rendent pas chez le médecin par crainte de devoir faire face à des coûts qu'elles ne seront pas en mesure d'assumer. Outre les risques fatals que ce phénomène peut comporter, l'on relèvera ici que certaines maladies traitées trop tardivement génèrent en général des coûts plus élevés pour le système. Comme l'indique le rapport explicatif, il y aura un probable report de charges sur les prestations sous condition de ressources, en particulier l'aide sociale, puisque les primes continueront vraisemblablement à augmenter malgré cette mesure et que la charge financière assumée par les assurés eux-mêmes s'élèvera également. Aux yeux du PS, il ne s'agit ni plus ni moins que d'un auto-goal.

Par ailleurs, il sied de souligner que la Suisse caracole en haut de la liste des pays européens en ce qui concerne la participation aux coûts de la santé des ménages privés : selon l'OCDE, celle-ci se situe à environ 36% depuis plusieurs années. En outre, depuis l'introduction de la LAMal en 1996, cette participation a augmenté de 4,1% en moyenne par année tandis que les salaires nominaux ont progressé d'environ 1% sur la même période. Autrement dit, les assurés ont dû consacrer une part toujours plus importante de leurs revenus aux dépenses de la santé et, partant, le renforcement de la responsabilité individuelle voulu par l'auteur de la motion, le conseiller aux Etats Bischofberger, a dans les faits déjà eu lieu au cours des 20 ans d'existence de la LAMal. Force est de constater que cela n'a eu aucune influence positive sur l'augmentation des coûts en Suisse, ni sur les primes ou sur le recours total aux prestations de soins. Le PS tient à mentionner aussi les conclusions du rapport du Conseil fédéral en réponse au [postulat Schmid-Federer 13.3250](#) : il y admettait qu'une franchise élevée pouvait certes avoir un effet positif sur la consommation de prestations de santé, mais que l'état de santé était le facteur le plus important pour expliquer les différences de coûts entre les assurés optant pour la franchise ordinaire et la franchise la plus élevée. Ce sont donc des personnes en bonne santé qui optent pour les franchises les plus élevées et qui, toutes choses étant égales par ailleurs, doivent moins faire recours aux soins.

Au vu de ces considérations, le PS n'est en aucun cas prêt à entrer en matière sur la question. Nous estimons que la hausse des coûts excessive de ces dernières années est largement à imputer aux vellétés de libéralisations et de privatisations du « marché » de la santé. La concurrence à laquelle se livre les hôpitaux et autres fournisseurs de prestations, de même que les incitatifs financiers conduisant à une hausse inexplicable du volume des prestations ainsi que des traitements inutiles constituent de véritables maux auxquels la politique devrait s'atteler de toute urgence. A ce titre, le PS plaide en faveur d'un renforcement du rôle de l'Etat dans la gestion de l'approvisionnement et dans la fixation des tarifs. De même, il est impératif de renforcer la qualité et la coordination des soins afin de mieux répondre aux besoins de patient-e-s. Seules des mesures dans ces domaines-là auront un impact significatif sur l'évolution des coûts du système de santé suisse. Enfin, le PS considère qu'il est désormais prioritaire d'alléger les ménages du poids des primes de l'assurance-maladie compte tenu des augmentations prévues pour 2018. Il s'agit d'un vrai problème social qui ne sera pas résolu par la mesure soumise à consultation.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ces quelques lignes, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'assurance de notre haute considération.



Parti socialiste  
suisse

Christian Levrat  
Président

Jacques Tissot  
Secrétaire politique



[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 19. Oktober 2017

## **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

### **Vernehmlassungsantwort der Schweizerischen Volkspartei (SVP)**

---

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Wir danken Ihnen für die Einladung, im Rahmen der oben genannten Vernehmlassung Stellung zu nehmen. Gerne äussern wir uns wie folgt:

**Die SVP hat die Motion 15.4157, auf der die geplante Änderung des KVG zurückgeht, einstimmig unterstützt. Dies im Bewusstsein, dass es sich bei der vorgesehenen Massnahme nur um den sprichwörtlichen Tropfen auf den heissen Stein handelt. Mit der Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung kann die Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch lange nicht aufgehalten oder auch nur eingedämmt werden. Angesichts der stark steigenden Gesundheitskosten und des damit verbundenen dringenden Handlungsbedarfs verlangen wir aber, dass die erste Erhöhung der Franchisen nicht erst im Jahr 2020 erfolgt, sondern bereits vorher. Dafür ist auch in Kauf zu nehmen, dass das Verhältnis von 1:12 zwischen der ordentlichen Franchise und den Bruttogesundheitskosten pro Person nicht mehr gewahrt wird.**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme und grüssen Sie freundlich.

### **SCHWEIZERISCHE VOLKSPARTEI**

Der Parteipräsident

Der Generalsekretär

Albert Rösti  
Nationalrat

Gabriel Lüchinger

## Angéloz Michel BAG

---

**De:** \_BAG-Aufsicht Krankenversicherung  
**Envoyé:** mercredi 18 octobre 2017 17:32  
**À:** Angéloz Michel BAG; Praz Roselyne BAG  
**Objet:** WG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) / KSN SGV

Ich nehme an, diese Antwort betrifft euer Franchisen-Geschäft.

Lieber Gruss und schöner Abend  
Corinne

---

**Von:** Angele Tamara [mailto:Tamara.Angele@chgemeinden.ch]  
**Gesendet:** Mittwoch, 18. Oktober 2017 16:50  
**An:** \_BAG-Aufsicht Krankenversicherung <Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch>; \_BAG-DM <DM@bag.admin.ch>  
**Betreff:** Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) / KSN SGV

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Ihrem Schreiben vom 28. Juni 2017 haben Sie dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) das oben erwähnte Geschäft zur Vernehmlassung unterbreitet. Für die Gelegenheit, uns aus Sicht der rund 1625 dem SGV angeschlossenen Gemeinden äussern zu können, danken wir Ihnen.

Nach Studium der Unterlagen teilen wir Ihnen hiermit jedoch mit, dass der SGV zu dieser Vorlage keine Stellungnahme einreicht.

Vielen Dank für Ihre Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

**Schweizerischer Gemeindeverband**

Präsident

Direktor



Hannes Germann  
Ständerat

Reto Lindegger

**Schweizerischer Gemeindeverband**

Laupenstrasse 35, Postfach

3001 Bern

Tel. 031 380 70 00

[verband@chgemeinden.ch](mailto:verband@chgemeinden.ch)

[www.chgemeinden.ch](http://www.chgemeinden.ch)



Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Per Mail:

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)

[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 18. Oktober 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung  
(Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)  
Vernehmlassung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,  
sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen bestens für die Gelegenheit, zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes Stellung nehmen zu können. Der Schweizerische Städteverband vertritt die Städte, städtischen Gemeinden und Agglomerationen in der Schweiz und damit gut drei Viertel der Schweizer Bevölkerung. Unsere Einschätzung des Geschäftes beruht wesentlich auf der Expertise der Städteinitiative Sozialpolitik.

**Allgemeine Einschätzung**

Mit der vorgesehenen Änderung sollen die Franchisen an die Kostenentwicklung im KVG angepasst werden. Konkret ist vorgesehen, die ordentlichen Franchisen jeweils «automatisch» um 50 Franken anzuheben, wenn die durchschnittlichen Leistungen pro versicherte Person mehr als 13-mal höher sind als die ordentliche Franchise. Die Wahlfranchisen werden jeweils ebenfalls um den gleichen Betrag angehoben. Der gewählte Faktor liegt im Bereich des heutigen Verhältnisses: 2015 lagen die Bruttokosten pro Person bei 3653 Franken - rund 12 Mal höher als die ordentliche Franchise. Der Bundesrat rechnet damit, dass die Franchisen zum ersten Mal für das Jahr 2020 erhöht werden müssen. Danach geht er davon aus, dass alle vier Jahre oder in kürzeren Zeitabständen eine Anpassung notwendig wird.

Mit der Änderung sollen die Selbstverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten erhöht werden.

Der Städteverband begrüsst den angestrebten positiven Effekt bei der Entwicklung der Krankenkassenprämien und erachtet es auch als nützlich, einen Mechanismus zur Anpassung der Franchisen zu definieren. Es ist grundsätzlich sinnvoll, an das Kostenbewusstsein der Leistungsempfänger zu appellieren und hier Anreize zu setzen. Die Gesetzesänderung kann hilfreich sein, um die Kostenentwicklungen im Gesundheitswesen zu mindern. Gleichzeitig verweisen wir aber auf die zu erwartenden



Kostensteigerung in der Sozialhilfe. Auch der Bund anerkennt im erläuternden Bericht, dass eine höhere Franchise mehr Versicherte dazu zwingen könnte, Sozialhilfe zu beziehen. Wie umfangreich die dadurch entstehenden Kosten für Kantone, Städte und Gemeinden sind und in welchem Verhältnis sie zu den Einsparungen, welche dank eines verbesserten Kostenbewusstseins erreicht werden sollen, stehen, muss vertieft abgeklärt werden. Allenfalls sind zusätzliche Massnahmen notwendig, um zu verhindern, dass die angestrebte Entlastung der Krankenversicherer und Prämienzahler zu wesentlichen Teilen auf Kosten des übrigen Sozialwesens und der öffentlichen Hand zustande kommt.

## **Konkrete Anliegen und Erläuterungen**

### **Auswirkungen auf die Ergänzungsleistungen**

Bei den Ergänzungsleistungen geht der Bund davon aus, dass sich negative und positive finanzielle Effekte in etwa aufheben: Zum einen werden die Durchschnittsprämien, die als Grundlage für die Berechnung der Ergänzungsleistungen dienen, leicht sinken (respektive weniger stark steigen). Zum anderen werden bei den EL aber gleichzeitig Mehrauslagen bei der Vergütung von effektiven Krankheitskosten entstehen.

### **Auswirkungen auf die Sozialhilfe**

Im Bereich der Sozialhilfe macht der erläuternde Bericht hingegen keine konkreten Aussagen zu den zu erwartenden Kostenentwicklungen. Er erwähnt nur, dass «wahrscheinlich» mehr Versicherte veranlasst werden, Sozialhilfe zu beziehen. Aus Sicht der Städte ist diese Prognose zu unpräzise, denn der Effekt wird mit Sicherheit eintreten.

Für einen kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit und der ökonomisch verantwortbaren Inanspruchnahme von Leistungen müssen die Patienten in der Lage sein, Eigenverantwortung zu übernehmen und ihre gesundheitliche Situation einschätzen zu können. Insbesondere für Personen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, kann die Beurteilung der eigenen Lebenssituation aber schwierig sein. Die Erfahrungen der städtischen Sozialdienste zeigen, dass höhere Franchisen bei Menschen mit Einschränkungen meist nicht mehr Kostenbewusstsein bewirken. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Sozialhilfe ohnehin verpflichtet ist, die anfallenden Franchisekosten der Sozialhilfebeziehenden vollumfänglich zu übernehmen.

Die Erhöhung der Franchisen kann neben der stärkeren Inanspruchnahme von Sozialhilfe auch dazu führen, dass vermehrt Versicherte mit tiefen Einkommen, chronisch und psychisch Kranke ihre Rechnungen nicht mehr begleichen oder sich verschulden.

Der aktuelle Bericht des Bundesrates zur Kostenentwicklung in der Sozialhilfe stellt eine deutliche Steigerung des Aufwandes zwischen 2006 und 2015 fest. Aus Sicht der städtischen Sozialdienste spielen dabei Verlagerungen von Sozialversicherungsleistungen zur Sozialhilfe und die Erhöhung der Gesundheitskosten eine nicht zu unterschätzende Rolle. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch, dass Reduktionen bei der Prämienverbilligung in verschiedenen Kantonen ebenfalls dazu geführt haben, dass Personen mit tiefen Einkommen stärker belastet werden und damit das Risiko der Sozialhilfeabhängigkeit steigt.

Die vorliegende Gesetzesänderung kann den negativen Trend der Verlagerung von Kosten ins «letzte Netz» - zur Sozialhilfe, verstärken.



Wir fordern deshalb zu prüfen, wie Kostenverlagerungen verhindert oder beschränkt werden können und in welchem Verhältnis sie zu den erwarteten Einsparungen stehen.

### Anträge

Wir beantragen deshalb:

- ▶ **Mehrkosten, die aufgrund dieser Änderungen bei der Sozialhilfe entstehen, zu beziffern und aufzuzeigen, in welchem Verhältnis sie zu den angestrebten Einsparungen stehen.**
- ▶ **Modelle aufzuzeigen, die eine Kostenverlagerung in die Sozialhilfe verhindern oder begrenzen**

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

**Schweizerischer Städteverband**

Präsident

Kurt Fluri, Nationalrat  
Stadtpräsident Solothurn

Direktorin

Renate Amstutz

Kopie Schweizerischer Gemeindeverband

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Inselgasse 1  
3003 Bern  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

17. Oktober 2017

## **Stellungnahme zur Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)**

Sehr geehrter Herr Strupler,  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 hat uns Herr Bundesrat Alain Berset eingeladen, an der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung) teilzunehmen. Wir danken für diese Möglichkeit und nehmen gerne aus gesamtwirtschaftlicher Sicht dazu Stellung.

---

**economiesuisse begrüsst die Verordnungsänderung.**

**Die periodische Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung ist sinnvoll, damit das Verhältnis zwischen versicherten Kosten und Franchise in etwa konstant bleibt. Eine allfällige Senkung der Rabatte für Wahlfranchisen im Rahmen einer Verordnungsänderung erachtet die Wirtschaft dagegen als kontraproduktiv, weil dies die Eigenverantwortung der Versicherten schwächen und zu insgesamt höheren Kosten im Gesundheitswesen führen würde. Deshalb unterstützen wir die Motionen (17.3633 und 17.3637) der beiden Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit, welche die Rabatte beibehalten wollen.**

---

### **Grundlage**

Die Höhe der Franchise beeinflusst die Kosten. Das sieht man daran, dass in der Grundversicherung (OKP) die Kostenentwicklung höher ist als jene im gesamten Gesundheitswesen. Ausserhalb der OKP müssen die Kosten nämlich mehrheitlich zu 100% übernommen werden; innerhalb der OKP beträgt die Kostenbeteiligung nicht einmal 15 Prozent. Es liegt also nahe, dass die überdurchschnittliche

Seite 2

Stellungnahme zur Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)

Kostenentwicklung etwas mit der Kostenbeteiligung zu tun hat. In der ökonomischen Literatur kennt man dieses Phänomen als so genanntes moralisches Risiko.

### Vorlage

Die Motion 15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen» hat das Parlament angenommen. Nun setzt der Bundesrat dieses Anliegen um. Dabei will er die Anpassung in Fr. 50.- Schritten vollziehen. Wir erachten dieses stufenweise Vorgehen als vernünftig, weil es die Übersichtlichkeit und Stabilität im System gewährleistet.

Ferner unterstützen wir die drei Ziele des Parlaments, die im erläuternden Bericht aufgeführt sind

- Den Versicherten soll die Höhe der Kosten bewusstwerden, so dass ihr Verantwortungsgefühl bei der Inanspruchnahme von Leistungen geweckt wird.
- Die Zahl der Konsultationen wegen Bagatellfällen soll gesenkt werden.
- Die Krankenversicherung soll teilweise nach dem Verursacherprinzip finanziert werden: Versicherte, die keine Leistungen beziehen, müssen weder Franchise noch Selbstbehalt zahlen.

### Fazit

Die Wirtschaft unterstützt die vorgeschlagene Gesetzesanpassung. Die Rabatte für die Wahlfranchisen dagegen sollen in der Verordnung stabil bleiben, damit sich die beiden Massnahmen nicht gegenseitig neutralisieren.

Wir stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung und danken für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse  
economiesuisse



Prof. Dr. Rudolf Minsch  
Stv. Vorsitzender der Geschäftsleitung /  
Chefökonom



Dr. Fridolin Marty  
Leiter Gesundheitspolitik



www.sgb.ch | www.uss.ch  
Schweizerischer Gewerkschaftsbund  
Union syndicale suisse  
Unione sindacale svizzera

Eidg. Departement des Inneren EDI  
Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

[Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 19. Oktober 2017

## **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung: Vernehmlassungsantwort**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,  
sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für die Einladung zur oben erwähnten Vernehmlassung. Zum vorliegenden Gesetzesentwurf nimmt der SGB wie folgt Stellung:

Gemäss vorliegendem Gesetzesentwurf soll die Höhe der Franchisen regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP angepasst werden. Der SGB lehnt eine automatische Anpassung der Franchise und somit den vorliegenden Gesetzesentwurf ab.

Der Vorschlag geht zu Lasten der chronisch kranken Menschen und schwächt die Solidarität. Gemäss nationalem Gesundheitsbericht 2015 leiden in der Schweiz über zwei Millionen Menschen an chronischen Erkrankungen. Ein Fünftel aller Menschen über 50 Jahre leidet gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen. Zudem wird die demographische Entwicklung zu einer stetig wachsenden Anzahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen führen.

Die Privathaushalte beteiligen sich mittels verschiedener Instrumente an den Kosten der Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. Die zusätzliche Pflegekostenbeteiligung (650 CHF monatlich in Pflegeheimen und 500 CHF bei der Spitex) direkt aus dem eigenen Portemonnaie setzt besonders ältere Menschen dem Armutsrisiko aus, während zurzeit gleichzeitig an einer Verschärfung bei den Ergänzungsleistungen gearbeitet wird.

Kommt dazu, dass die unsoziale Kopfprämie und die ungenügende Umsetzung des Prämienverbilligungssystems viele Privathaushalte zu stark belasten. Das Prämienverbilligungssystem – das als Korrektiv zur unsozialen Kopfprämie Teil des KVG ist – muss endlich ausgebaut werden. Der SGB fordert ein schweizweit gültiges Sozialziel: Die Prämienlast soll nicht mehr als 10% des Nettoeinkommens betragen.

## **Franchisen, Selbstbehalte und Beiträge an die Kosten bei Aufenthalt im Spital und bei der Pflege**

Zusätzlich zur unsozialen Kopfprämie beteiligen sich die Versicherten in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) mit Franchise, Selbstbehalt sowie einem Beitrag an die Kosten bei Aufenthalt im Spital und bei Pflegebedürftigkeit.

Die verschiedenen Franchisen wurden vom Bundesrat bereits mehrmals angepasst. Die ordentliche Franchise betrug bei der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes KVG im Jahr 1996 150 Franken pro Jahr und wurde im Jahr 1998 auf 230 Franken angehoben. Die letzte Anpassung erfolgte 2004 auf 300 Franken pro Jahr. Die ordentliche Franchise ist heute doppelt so hoch wie bei der Einführung des KVG. Die Wahlfranchisen wurden 1998 und 2005 geändert. Die höchste Wahlfranchise hat der Bundesrat massgeblich angehoben, von 1500 auf 2500 Franken.

Zusätzlich zur Franchise bezahlen die Patienten und Patientinnen einen Selbstbehalt von 10% bis zu einer Obergrenze von 700 Franken. Bei der Einführung des KVG betrug diese Obergrenze 600 Franken. Sie wurde einmal erhöht. Erhöht wurde auch der Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital von 10 Franken auf 15 Franken pro Tag.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEWERKSCHAFTSBUND**



Paul Rechsteiner  
Präsident



Christina Werder  
Zentralsekretärin

Département fédéral de l'intérieur  
Office fédéral de la santé  
3003 Berne

[Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Berne, le 19 octobre 2017

### **Révision de la loi sur l'assurance-maladie (adaptation des franchises à l'évolution des coûts)**

Monsieur le Conseiller fédéral,  
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de votre invitation à prendre part à la procédure de consultation précitée. Ci-après vous trouverez la position de l'Union syndicale suisse (USS) à ce sujet

Selon le projet de loi présenté, le montant des franchises sera régulièrement adapté à l'évolution des coûts moyens en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'USS rejette cette adaptation automatique et, par-là, le présent projet de loi.

Cette proposition est en défaveur des malades chroniques et affaiblit la solidarité. Selon le Rapport national sur la santé 2015, plus de deux millions de personnes souffrent en Suisse de maladies chroniques. Un cinquième des plus de 50 ans souffre de plusieurs maladies chroniques. De plus, l'évolution démographique entraînera une hausse constante du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques.

Les ménages privés participent à travers divers instruments aux coûts des prestations à la charge de l'AOS. La participation supplémentaire aux coûts induits par les soins (Fr. 650.- par mois dans les EMS, Fr. 500.- pour les soins à domicile), que les gens financent directement eux-mêmes expose particulièrement les personnes âgées au risque de pauvreté, alors qu'actuellement certains œuvrent au durcissement en matière de prestations complémentaires.

S'ajoute à cela que les primes individuelles antisociales et l'application insatisfaisante du système de réduction des primes engendrent une charge trop lourde pour nombre de ménages privés. Ce système – qui, en tant que correctif aux primes individuelles antisociales, est un élément de la loi sur l'assurance-maladie (LAMAL) – doit une bonne fois être développé. L'USS demande un but social applicable dans tout le pays, à savoir que la charge des primes ne doit pas représenter plus de 10 % du revenu net.

### **Franchises, quotes-parts, participation aux frais de séjour hospitalier et aux coûts des soins**

En plus des primes individuelles antisociales, les assuré(e)s participent aux coûts de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) via une franchise, une quote-part ainsi qu'une participation aux frais de séjour hospitalier et de soins d'un niveau requis (en cas de besoin de soins réguliers).

Le Conseil fédéral a déjà adapté à plusieurs reprises les franchises existantes. La franchise ordinaire se montait à 150 francs par année lors de l'entrée en vigueur de la LAMal, en 1996, elle a été relevée à 230 francs en 1998. La dernière adaptation a eu lieu en 2004 (Fr. 300.-). Actuellement la franchise ordinaire est deux fois plus élevée que lors de l'entrée en vigueur de la LAMal. Les franchises à option ont été modifiées en 1998 et 2005. Le Conseil fédéral a significativement augmenté la plus élevée d'entre elles, la faisant passer de 1 500 à 2 500 francs.

Outre une franchise, les patient(e)s paient aussi une quote-part de 10 %, jusqu'à un plafond de 700 francs par année. À l'entrée en vigueur de la LAMal, cette limite maximale était de 600 francs. Elle a été relevée une seule fois, comme ce fut le cas de la participation aux frais hospitaliers qui est passée de 10 à 15 francs par jour.

Nous vous remercions, de bien vouloir prendre en considération notre prise de position et vous prions d'agréer, Monsieur le Conseiller fédéral, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

#### **UNION SYNDICALE SUISSE**



Paul Rechsteiner  
Président



Christine Werder  
Secrétaire centrale



SCHWEIZERISCHER ARBEITGEBERVERBAND  
UNION PATRONALE SUISSE  
UNIONE SVIZZERA DEGLI IMPRENDITORI

Eidgenössischen Departement des Innern EDI  
3003 Bern

aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch;  
dm@bag.admin.ch

Zürich, 6. Juli 2017 sm  
maeder@arbeitgeber.ch

**Änderung des Bundesgesetzes für die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 wurden wir zur Stellungnahme zum obengenannten Geschäft eingeladen. Für die uns dazu gebotene Gelegenheit danken wir Ihnen bestens.

Da diese Frage gemäss Arbeitsteilung mit economiesuisse – Verband der Schweizer Unternehmen – in dessen Zuständigkeitsbereich fällt, verzichten wir auf eine eigene Eingabe.

Mit freundlichen Grüssen

SCHWEIZERISCHER ARBEITGEBERVERBAND

Prof. Dr. Roland A. Müller  
Direktor

Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken-  
und Unfallversicherung  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Bern, 18. Oktober 2017 sgv-Gf/st

**Vernehmlassungsantwort**  
**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 28. Juni 2017 hat uns der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern EDI eingeladen, zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung) Stellung zu nehmen. Für die uns eingeräumte Gelegenheit zur Meinungsäusserung und für die Berücksichtigung unserer Anliegen danken wir Ihnen bestens.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv, die Nummer 1 der Schweizer KMU-Wirtschaft, vertritt 250 Verbände und gegen 300'000 Unternehmen. Im Interesse der Schweizer KMU setzt sich der grösste Dachverband der Schweizer Wirtschaft für optimale wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie für ein unternehmensfreundliches Umfeld ein.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv unterstützt das heutige Franchisensystem, das in Kombination mit dem Selbstbehalt Anreize für eine kostenbewusstere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen schafft. Franchisen und Selbstbehalt sorgen dafür, dass zumindest eine Restkomponente einer gerechten Kostenbeteiligung im System verbleibt, gemäss der sich all jene Versicherte, die Kosten zulasten der Grundversicherung verursachen, auch etwas stärker an deren Finanzierung zu beteiligen haben. Da die Minimalfranchisen recht tief angesetzt sind und der Selbstbehalt nach oben limitiert wird, ist sichergestellt, dass das Finanzierungssystem gesamthaft sehr sozial ausgestaltet bleibt.

Das starke Kostenwachstum in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) hat zur Folge, dass die Franchisen fortlaufend «verwässert» werden und damit an Wirkung verlieren. Nachteilig ist auch, dass der Anteil der Kosten, der von der Gesamtheit der Versicherten getragen werden muss, nicht nur absolut, sondern auch relativ ansteigt. Aus Sicht des sgv ist es daher richtig und wichtig, dass die Franchisen periodisch der Kostenentwicklung angepasst werden. Seit der letzten Anpassung per Anfang 2004 sind die OKP-Kosten markant angestiegen, so dass eine Erhöhung der Franchisen überfällig ist. Parallel zur nächsten Anpassung gilt es auch sicherzustellen, dass die Anpassungen in Zukunft in kürzeren Abständen erfolgen.

Der Schweizerische Gewerbeverband sgv unterstützt die vorgeschlagene Anpassung in Art. 64 Abs. 3 KVG und bittet darum, rasch eine entsprechende Botschaft zu verabschieden, damit sichergestellt ist, dass die Anpassung spätestens per Anfang 2019 Inkrafttreten kann.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

**Schweizerischer Gewerbeverband sgv**



Hans-Ulrich Bigler  
Direktor, Nationalrat



Kurt Gfeller  
Vizedirektor

Monsieur le Conseiller fédéral  
Alain Berset  
Chef du Département fédéral de l'intérieur  
Inselgasse 1  
3003 Berne

Paudex, le 9 octobre 2017  
JSV/ma

**Procédure de consultation :**

**Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (adaptation des franchises à l'évolution des coûts)**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous nous référons à la procédure de consultation mentionnée en titre et nous nous permettons de vous faire part de nos remarques à son sujet.

**I. Remarques générales**

Le projet propose un mécanisme d'adaptation dont l'objectif est d'ajuster les franchises de l'assurance de base à l'évolution des coûts. Les buts poursuivis sont de renforcer la responsabilité individuelle des assurés en leur faisant prendre conscience de l'importance des coûts induits par le recours à des prestations médicales ; de réduire les consultations pour les cas bénins ; et de renforcer le principe de causalité, selon lequel l'assuré qui ne recourt pas aux prestations ne doit payer ni franchise, ni quote-part.

Le système proposé repose sur l'idée de conserver un rapport de 1 :12 entre la franchise ordinaire (actuellement à CHF 300.—) et les coûts bruts. Si les coûts continuent à augmenter de 3.5% par année, l'adaptation par tranche de CHF 50.— aura lieu environ tous les quatre ans, la première fois en 2020 et ce pour l'ensemble des franchises.

**II. Appréciation**

L'idée d'une adaptation automatique des franchises aux coûts de la santé nous paraît être un moyen efficace pour responsabiliser les consommateurs des prestations médicales, en particulier pour les cas bénins. Agir sur la demande par le biais d'un incitatif qui touche directement le pouvoir d'achat des assurés constitue vraisemblablement une partie importante de la réponse à donner à l'augmentation des coûts de la santé.

On regrette toutefois que l'adaptation soit si timorée. Le montant de la franchise de base qui augmenterait en moyenne de CHF 50.— tous les quatre ans ne suffira certainement pas à responsabiliser les patients et à endiguer les consultations pour cas bénins.

Par conséquent, les objectifs poursuivis par la révision ne seront, selon toute vraisemblance, pas atteints.

Dès lors, une augmentation plus importante des franchises nous semble nécessaire pour permettre de freiner de manière substantielle le recours aux prestations médicales inutiles. Un mécanisme d'ajustement plus efficace devrait être prévu. Ainsi, nous recommandons par exemple d'envisager une adaptation des franchises de CHF 25.— à CHF 50.— chaque fois qu'une hausse moyenne dépasserait 1 à 2% des coûts constatés l'année précédente. Par ce biais, l'ajustement pourrait être rapidement plus efficace et sa progression demeurerait néanmoins supportable.

Les assureurs pourraient annoncer ces changements en même temps que les augmentations de primes, ce qui n'entraînerait pas de surcroît sensible de la charge administrative.

### III. Conclusion

Si nous adhérons sans réserve au principe d'un ajustement des franchises proportionnel à l'évolution des coûts de la santé, nous regrettons en revanche que la mesure proposée ne soit pas plus ambitieuse. Un ajustement systématique, annuel si nécessaire, nous semble plus à même d'atteindre les buts fixés par cette réforme.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ces lignes, et vous prions de croire, Monsieur le Conseiller fédéral, à l'assurance de notre haute considération.

Centre Patronal



Jérôme Simon-Vermot



Secrétariat général

[Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:Aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Département fédéral de l'intérieur / DFI  
Monsieur le Conseiller fédéral  
Alain Berset  
3003 BERNE

Genève, le 18 octobre 2017  
FER No 38-2017

**Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)  
Adaptation des franchises à l'évolution des coûts**

Monsieur le Conseiller fédéral,  
Mesdames et Messieurs,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous notre prise de position dans le cadre de la procédure de consultation susmentionnée relative à la modification de la LAMal.

**Remarques générales**

En Suisse, le financement de l'assurance obligatoire des soins (AOS) est assuré essentiellement par les primes des assurés, la participation aux coûts et les pouvoirs publics. Les entreprises ne participent pas directement à son financement, comme c'est le cas pour d'autres assurances sociales. Si certaines entreprises prévoient de prendre en charge totalement ou partiellement la prime pour l'assurance obligatoire des soins, la franchise d'assurance demeure en principe à la charge des assurés.

**Contexte et but de la modification**

Entre 1996, date de l'entrée en vigueur de la LAMal, et 2015, les coûts bruts à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont passés de 12 à 30 milliards de francs par an. Cette augmentation s'explique notamment par l'accroissement de la consommation de prestations médicales.

Afin de couvrir les coûts, les primes ont connu une très forte hausse depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. La présente modification a pour but de freiner cette évolution en agissant également sur la participation aux coûts. Le Parlement a ainsi décidé que l'augmentation du montant des franchises devait se faire parallèlement à celle des coûts. Ce mécanisme vise à renforcer la responsabilité individuelle des assurés et à réduire le recours aux prestations.

Il est prévu d'adapter les franchises par paliers et de les fixer à des montants arrondis, valables plusieurs années. Un tel procédé serait de nature à assurer la stabilité du système et à le rendre plus accessible aux assurés.

#### **Modification de l'art. 64 al 3 2<sup>ème</sup> phrase**

La modification proposée permet d'ancrer dans la loi le mandat donné au Conseil fédéral d'adapter régulièrement le montant des franchises à l'évolution des coûts.

La franchise ordinaire a suivi l'évolution des coûts depuis l'introduction de la LAMal jusqu'en 2015. Tant lors de l'introduction de la LAMal, qu'en 2015, les coûts bruts par personne étaient douze fois supérieurs à la franchise ordinaire (prestations brutes par personne en 2015 : CHF 3'653.- franchise ordinaire : CHF 300.-). Le rapport entre ces deux éléments sert par conséquent de base au mécanisme d'adaptation.

Lorsque les coûts bruts moyens par assuré des prestations auront dépassé le montant équivalant à treize fois la franchise ordinaire (soit  $13 \times 300.- = 3'900.-$ ), il conviendra d'augmenter cette dernière de CHF 50.- pour conserver le rapport 1:12 entre la franchise ordinaire et les coûts bruts. Les franchises à option seront également augmentées de CHF 50.- lors de l'adaptation de la franchise ordinaire.

Le Conseil fédéral sera dès lors amené à modifier régulièrement les dispositions d'exécution correspondantes. Un tel mécanisme permet d'obtenir un montant arrondi pour les franchises, ce qui simplifie le système pour les assurés et pour les assureurs. Par ailleurs, une hausse de CHF 50.- permet de conserver les mêmes montants pour les franchises durant plusieurs années, ce qui garantit la stabilité du système.

#### **Conséquences de la modification pour les entreprises**

L'augmentation des franchises devrait amener les assurés à réduire le recours inutile aux prestations médicales. Cette meilleure responsabilisation des assurés devrait entraîner une diminution des coûts de l'AOS et donc, par voie de conséquence, une certaine stabilisation des primes. De ce point de vue, la mesure envisagée permettrait de freiner l'augmentation des coûts assumés par les entreprises qui ont volontairement décidé de prendre à leur charge les primes LAMal de leurs employés.

**Notre Fédération se déclare donc favorable à la modification proposée dans la mesure où elle traduit une volonté de maîtriser les coûts de l'AOS en favorisant une meilleure responsabilisation individuelle des assurés. Cette solution devrait permettre de réduire les primes de l'assurance et donc le coût assumé par les entreprises qui ont décidé de prendre à leur charge les primes LAMal de leurs employés.**

Nous vous remercions par avance de la considération portée à ces quelques lignes.

Nous vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, Mesdames et Messieurs, l'expression de notre parfaite considération.

  
Blaise Matthey  
Secrétaire général

  
Roxane Zappella  
Secrétaire juriste

Office fédéral de la santé publique  
Monbijoustrasse 91  
3003 Berne

Par email à : [Aufsicht\\_krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:Aufsicht_krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Lausanne, le 24 octobre 2017

**Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts**

Madame, Monsieur

La Fédération romande des consommateurs (ci-après : la FRC) vous remercie de l'avoir associée à la consultation susmentionnée et vous prie de trouver ses commentaires ci-dessous.

La FRC s'oppose fermement à une adaptation des franchises à l'évolution des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Cette hausse ne tient absolument pas compte du revenu disponible des assurés. Elle accentuerait encore les difficultés financières des assurés malades, ainsi que le nombre de personnes qui renoncent à se faire soigner faute de moyens, une réalité notamment attestée par l'Office fédéral de la statistique :

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43064.430110.html>

et par deux études récentes menées à Genève et à la Policlinique médicale de Lausanne :

<http://www.reiso.org/spip.php?breve2202>

Certes, il existe des subsides pour les personnes aux revenus les plus modestes, mais ils n'interviennent que sur la prime et non sur la franchise. Rappelons qu'une personne qui choisit une franchise de 2500 fr. et qui tombe malade à cheval sur deux années, doit avoir les moyens de payer elle-même 2 fois la franchise, ainsi que 2 fois la quote-part maximale de 700 fr., soit être en mesure de débloquer 6400 fr. à courte échéance. Or, nous observons que souvent des personnes et familles à revenus modestes ou moyens et avec peu d'épargne choisissent ces hautes franchises, faute de pouvoir payer les primes correspondants à une franchise plus basse. En cas de problème de santé, il y a donc un sérieux risque de surendettement pour ces personnes et familles

Nous vous remercions de l'attention et de la suite que vous porterez à notre prise de position et vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Fédération romande des consommateurs



Sophie Michaud Gigon  
Secrétaire générale



Joy Demeulemeester  
Responsable Politique de santé

Herr Bundesrat  
Alain Berset  
Eidgenössisches Departement des Innern  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Bern, 19. Oktober 2017

**Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung  
(KVG): Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns in Ihrem Schreiben vom 28. Juni 2017 eingeladen, zu oben genannten Änderungen des KVG Stellung zu nehmen. Wir bedanken uns dafür und äussern uns wie folgt:

**Allgemeine Bemerkungen**

Es ist unumstritten, dass das stetige Kostenwachstum im Schweizer Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) eingedämmt werden muss. Ein Grossteil der zugrundeliegenden unnötigen Kosten entsteht aufgrund von Fehlanreizen, Überversorgung, fehlendem Qualitätsmanagement, veralteten Tarifen, ungerechtfertigt hohen Preisen für Medikamente und medizinische Hilfsmittel und der Verfolgung von Eigeninteressen von Leistungserbringern und anderen Anspruchsgruppen. Unter diesen Umständen ist es weder angebracht noch zielführend, die Prämienzahler – welche bereits unter jährlich steigenden Krankenkassenprämien leiden – finanziell noch stärker unter Druck zu setzen, indem deren Kostenbeteiligung erhöht wird. Vielmehr sollten erstgenannte Systemfehler korrigiert werden, was deutliche Kostensenkungen ermöglichen würde.

Aus diesen und den nachfolgend erläuterten Gründen spricht sich die Stiftung für Konsumentenschutz vehement gegen die geplante Anpassung des KVG aus.

**Vermeidung unnötiger Behandlungen**

Laut dem erläuternden Bericht soll die Vorlage erreichen, dass weniger Konsultationen aufgrund von Bagatellfällen stattfinden. Angesichts der gemäss Schätzungen bis zu 30% unnötigen Behandlungen und entsprechenden unnötigen Kosten ist dies ein wichtiges Anliegen. Die Franchi-

sen laufend zu erhöhen, ist jedoch nur bedingt zielführend: Erstens können bei vielen gesundheitlichen Problemen nur die Leistungserbringer mit Sicherheit feststellen, ob es sich dabei lediglich um eine Bagatelle oder um ein ernsthaftes Problem handelt. Wenn die Kostenbeteiligung wie vorgeschlagen laufend steigt, besteht die Gefahr, dass Patienten mit ernsthaften gesundheitlichen Problemen aufgrund von finanziellen Überlegungen zu spät oder gar nie einen Arzt konsultieren – was gravierende gesundheitliche Schäden und schlussendlich deutlich höhere Folgekosten auslösen kann. Zweitens weisen wir daraufhin, dass es für jede unnötige Behandlung nicht nur einen Patienten braucht, der sie erhält, sondern auch einen Arzt oder anderen Leistungserbringer, der sie durchführt und abrechnet. Um dies zu verhindern, müssen die vorhandenen Fehlanreize zur Mengenausweitung eliminiert und ein funktionierendes Qualitätsmanagement eingeführt werden.

### **Wahrung der Solidarität zwischen gesunden und kranken Personen**

Ein weiteres Ziel der Vorlage ist, die Krankenversicherung vermehrt nach dem Verursacherprinzip zu finanzieren. Dies steht jedoch im Widerspruch zum ausdrücklich solidarischen Aufbau der OKP. Diese ist als soziale Versicherung ausgelegt, welche den Gesundheitszustand der Versicherten nicht berücksichtigt und auf der Solidarität zwischen gesunden und kranken Personen basiert. Der Konsumentenschutz stimmt diesem Grundprinzip zu und erachtet es als sehr wichtig, dass ein Gleichgewicht zwischen Solidarität und einer angemessenen Kostenbeteiligung und Kosteneinsparung besteht. Wenn die Franchisen regelmässig erhöht werden, führt dies jedoch zu einer zunehmenden Benachteiligung von kranken, gegenüber gesunden Personen, wodurch der solidarische Grundgedanke der OKP immer mehr ausgehöhlt wird. Es darf nicht sein, dass insbesondere chronisch kranke Personen nicht nur gesundheitlich, sondern auch finanziell unter ihrer Krankheit leiden.

### **Finanzielle Belastung der Prämienzahler**

Die finanzielle Belastung durch die Krankenkassenprämien ist bereits heute sehr hoch und sie wird weiter steigen, was für immer mehr Haushalte zunehmend untragbar wird. Seit Einführung des KVG sind die Prämien fünfmal so schnell gestiegen wie die Löhne. Das vom Bundesrat in der Botschaft zur Revision der Krankenversicherung 1991 formulierte Sozialziel, wonach kein Haushalt mehr als 8% des steuerbaren Einkommens für die Prämien der OKP aufwenden müssen sollte, wird bei Weitem nicht erreicht. Über ein Viertel aller Versicherten sind auf Prämienverbilligung angewiesen, diese werden jedoch in diversen Kantonen gekürzt. Unter diesen Umständen ist eine höhere Kostenbeteiligung für viele Haushalte nicht zumutbar.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

S. Stalder

Sara Stalder, Geschäftsleiterin

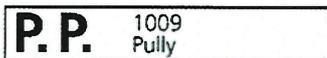
I. Meli

Ivo Meli, Leiter Gesundheit

# ASSURA

Av. C.-F. Ramuz 70  
Case postale 532  
1009 Pully  
www.assura.ch

Département : Service juridique  
Traité par : H. Wetzel, avocate, directrice  
Tél. : 021/544'37'38



LA POSTE 

E-mail  
[aufsicht-  
krankensversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankensversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)  
Office fédéral de la santé publique



Pully, le 12 octobre 2017

## **Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie : adaptation des franchises à l'évolution des coûts - ouverture de la procédure de consultations**

Madame Mäder,  
Madame, Monsieur,

Nous vous remercions de l'attention que vous voudrez bien porter à la lecture de la présente prise de position.

En guise d'introduction, nous nous permettons de relever qu'Assura-Basis SA est tout particulièrement en phase avec le triple but de la modification proposée, à savoir :

- La responsabilisation des assurés en matière de coûts des prestations
- La réduction du nombre de consultations pour les cas bénins
- Le financement de l'assurance-maladie basé en partie sur le principe de causalité.

Par contre, nous nous permettons de mettre en doute l'atteinte de ces objectifs par le mécanisme d'adaptation du montant des franchises à l'évolution des coûts de la santé tel que proposé. Plus spécifiquement nous souhaitons indiquer ce qui suit :

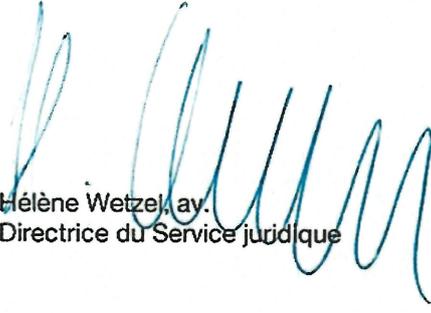
Si à notre avis, toute augmentation de la franchise ordinaire minimale doit être saluée, tel n'est pas le cas de l'augmentation des franchises à option. En effet, augmenter les hautes franchises par pallier de CHF 50.- n'a pas de sens, notamment en raison du fait que pour la grande majorité des cas, les assurés ayant des hautes franchises ne les atteignent tout simplement pas. Aussi, le but des modifications prévues, ne saurait être atteint par cette mesure.

Qui plus est, nous sommes d'avis que la franchise ordinaire devrait augmenter de manière plus importante. Pour représenter un réel frein aux consultations bénignes notamment, il conviendrait de fixer la nouvelle franchise ordinaire entre CHF 500.- et 600.-. En effet, la réduction des coûts serait alors d'autant plus importante. Aussi prôtons-nous cette mesure, permettant, à notre avis, plus aisément d'atteindre les objectifs visés.

Nous vous prions d'agréer, Madame Mäder, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Assura-Basis SA

  
Vincent Hort  
Secrétaire général

  
Hélène Wetzel, av.  
Directrice du Service juridique



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Herr Bundesrat Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Bern

per E-Mail an: [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) und [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 18. September 2017

### **Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 laden Sie uns ein, an der Vernehmlassung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) teilzunehmen, wofür wir uns bedanken. Gerne nehmen wir zum unterbreiteten Gesetzesentwurf wie folgt Stellung.

#### **Position curafutura**

curafutura unterstützt die Gesetzesrevision, welche vorsieht, die Franchisen in periodischen Abständen an die Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) anzupassen. Eine regelmässige Überprüfung der Franchisen mit dem Ziel, das Verhältnis zwischen Gesamtausgaben und Franchisen in der OKP aufrechtzuerhalten, ist zu begrüssen.

Bei der Standardfranchise von 300 Franken pro Jahr erwartet curafutura hingegen einen substantiellen ersten Anpassungsschritt. Diese gilt seit 2004 und muss gemäss der Kostenentwicklung in dieser Zeitspanne erhöht werden. So fordert die Motion 15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen», auf welche die vorliegende Gesetzesrevision beruht, insbesondere bei der Standardfranchise eine Anpassung.

#### **Begründung**

Die aktuell gültigen Franchisen existieren seit nunmehr 13 Jahren. Während dieser Zeit sind die von den Krankenversicherern übernommenen Nettokosten stärker gestiegen als die Kostenbeteiligungen der versicherten Personen. Der durch Eigenverantwortung des Individuums beeinflussbare Kostenanteil ist dadurch kontinuierlich gesunken. Folglich sank auch die mit der Eigenverantwortung gekoppelte kostendämpfende Wirkung auf die Gesamtkosten. Die Franchisen müssen deshalb in regelmässigen Abständen überprüft und – falls nötig – erhöht werden.



**curafutura**

Die innovativen Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie innovants  
Gli assicuratori-malattia innovativi

Bei der Standardfranchise von 300 Franken pro Jahr ist eine rasche und substantielle Anpassung längst fällig. Dies fordert auch die Motion 15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen». curafutura fordert deshalb einen ersten initialen Erhöhungsschritt bei der Standardfranchise auf mindestens 500 Franken pro Jahr. Die Wahlfranchisen sind hingegen – so wie im erläuternden Bericht erwähnt – erstmals um 50 Franken anzuheben, sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen pro versicherte Person das 13-fache der bisherigen Standardfranchise (d.h.  $13 \times 300 = 3'900$ ) überschreiten.

Die nachfolgenden Erhöhungen sollen gemäss dem vom Bundesrat vorgeschlagene Mechanismus erfolgen, wobei folgendes zu beachten ist: Längerfristig führen die konstanten Anpassungsschritte von 50 Franken zu immer kürzeren Anpassungsintervallen, falls die durchschnittlichen Bruttokosten im gleichen Ausmass weiterwachsen wie bisher. Um häufige Anpassungen bei den Franchisen zu vermeiden, sollten folglich auch die Anpassungsschritte im Laufe der Zeit angehoben werden.

Für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen, sehr geehrter Herr Bundesrat, bestens.

Freundliche Grüsse  
curafutura

Pius Zängerle  
Direktor

Saskia Schenker  
Stv. Direktorin  
Leiterin Gesundheitspolitik

Par courriel

[aufsicht-krankenversicherun@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherun@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Martigny, le 11 octobre 2017

## **Modifications de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, adaptation des franchises à l'évolution des coûts – Procédure de consultation**

Madame, Monsieur,

La procédure de consultation qui s'est ouverte le 28 juin 2017 a retenu toute notre attention et nous avons l'honneur de vous faire parvenir la prise de position du Groupe Mutuel, Association d'assureurs (ci-après : Groupe Mutuel) à son sujet.

Tout d'abord, nous saluons le projet de loi mis en consultation dans la mesure où il vise à renforcer la responsabilité des assurés en matière de consommation de santé. Toutefois, cet objectif ne peut être atteint que dans la mesure où l'incitation, ici en l'occurrence une augmentation systématique des franchises de CHF 50.-, se révèle suffisamment importante pour induire un effet dissuasif quant à la consommation de prestations de soins.

A ce sujet, nous relevons que le message indique que ce système engendrerait une adaptation période de la franchise. Lors de l'adaptation des franchises, les primes devraient augmenter plus faiblement que les années où les franchises sont stables. Si la mesure telle que prévue semble adéquate de prime abord, elle semble très limitée dans son effet. D'une part, il s'agira d'un effet unique. D'autre part, l'atténuation de la prime escomptée n'atteindra que -0.5%. D'autres mesures sont donc nécessaires pour combattre l'évolution des coûts.

Ensuite, la règle proposée semble trop rigide dans la mesure où elle prévoit un montant fixe (50 CHF) cumulé avec le principe d'appliquer un rapport (1 :13). Elle est ainsi sujette à produire des incohérences pour les raisons suivantes : le rapport explicatif du Conseil mentionne que « lorsque les coûts bruts par personne auront dépassé le montant équivalent à treize fois la franchise ordinaire ( $13 \times 300 = 3\,900$ ) il conviendra d'augmenter cette dernière de 50 CHF pour conserver le rapport 1 :12 entre la franchise ordinaire et les coûts bruts.... ». Plus loin, il affirme que « si l'on part du principe que les coûts augmentent de 3.5% par an, les franchises devront être adaptées pour la première fois en 2020 ».

Si nous partons d'un coût brut moyen de 3'653 CHF (chiffre du rapport explicatif) en 2015 et que nous appliquons une augmentation annuelle de 3.5%, les coûts bruts par assuré s'élèveront, en 2017, à 3'913 CHF. Attendu que cette information ne sera disponible qu'en 2018, la modification ne pourra donc être appliquée qu'en 2020, puisque les primes 2019 devront être déposées en juillet 2018.

Toujours avec l'hypothèse d'une augmentation annuelle des coûts de 3.5%, le rapport entre les coûts bruts moyens et la franchise ordinaire de 300 CHF sera de 14 en 2019. La formule correcte devrait donc être : « Lorsque les coûts bruts par personne de l'année N auront dépassé le montant équivalant à 13 fois la franchise ordinaire, les franchises pour l'année N+3 sont augmentées de 50 CHF. »

Par ailleurs, si nous nous référons aux simulations, nous constatons que le rapport coûts bruts/franchise ordinaire (350 CHF) équivaut à 12.4 en 2020 et que la borne de 13 sera déjà dépassée en 2022. La franchise ne pourra être de facto adaptée qu'en 2025, et à ce moment-là, le rapport sera déjà presque de 13 (avec l'hypothèse d'une augmentation des coûts de 3.5%). Si nous extrapolons une augmentation des coûts de 4.5%, ce même phénomène se produit déjà en 2020.

Au final, la règle est bancal et n'amène pas les effets escomptés. Il serait plus réaliste de fixer un principe dans le sens des effets recherchés. A titre d'exemple, nous proposons le système suivant :

- a) Définir une borne minimale (exemple : 10) et une borne maximale au niveau suisse (exemple : 13) ;
- b) Déclencher immédiatement le processus d'adaptation des franchises lorsque la borne maximale est dépassée. La modification doit avoir lieu au plus tard 3 ans après l'année où les coûts bruts moyens ont dépassé cette borne maximale ;
- c) Adapter la franchise de base de sorte que, sur l'année d'observation, le rapport atteint la borne minimale.

Si nous considérons les données du rapport explicatif, ce principe fixerait comme année de référence l'année 2017 (avec l'hypothèse d'une augmentation 2016-2017 de 3.5%). Cette information n'étant connue que courant 2018, le niveau des franchises pourrait donc être adapté en 2020 et l'adaptation serait de 100 CHF. En effet, le rapport des coûts bruts moyens de 2017 et la franchise ordinaire de 400 CHF donne 9.8, soit 10 arrondi.

Toujours en supposant une augmentation moyenne des coûts de 3.5%, le rapport serait déjà de 11 en 2020 (avec une franchise ordinaire de 400 CHF). La borne supérieure de 13 serait dépassée en 2025. En 2028, la franchise ordinaire serait à nouveau augmentée de 100 CHF pour atteindre la borne minimale de 10.

Finalement, il est proposé de compléter l'art. 64 al. 3 LAMal pour que le Conseil fédéral adapte régulièrement le montant de la franchise à l'évolution des coûts moyens par assuré dans l'assurance obligatoire des soins. De notre point de vue, cette disposition n'est pas suffisante afin de garantir la sécurité juridique. Pour cette raison, la formule proposée pour adapter automatiquement les franchises devrait être introduite directement dans la LAMal.

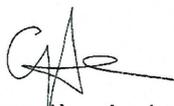
Au vu de ce qui précède, nous proposons de reconsidérer le système d'adaptation des franchises et d'adopter un système qui va dans le sens de celui que nous avons évoqué plus haut.

Nous vous remercions de l'attention que vous voudrez bien porter à nos remarques et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Groupe Mutuel



Dr Thomas J. Grichting  
Directeur – Secrétaire général



Geneviève Aguirre-Jan  
Experte Senior



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

santésuisse  
Römerstrasse 20  
Postfach 1561  
CH-4502 Solothurn  
Tel. +41 32 625 41 41  
Fax +41 32 625 41 51  
mail@santesuisse.ch  
www.santesuisse.ch

Per Mail an  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)  
BAG, Bern

Für Rückfragen:  
Isabel Kohler Muster  
Direktwahl: +41 32 625 4131  
Isabel.Kohler@santesuisse.ch

Solothurn, 18. Oktober 2017

## Änderung des KVG. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Stellungnahme santésuisse

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zur Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung (Änderung KVG) Stellung nehmen zu können.

Nachfolgend die wichtigsten Punkte und Anmerkungen unserer Beurteilung:

### santésuisse

- santésuisse unterstützt grundsätzlich Gesetzesänderungen, welche die Selbstverantwortung der Versicherten stärken und die Versicherten dazu bewegen sollen, keine unnötigen Leistungen in Anspruch zu nehmen.
- Steigende OKP-Kosten führen dazu, dass die fixierte Franchise relativ gesehen abnimmt. Erhöhungen um jeweils CHF 50.- nach mehreren Jahren haben unserer Meinung allerdings eine zu wenig starke Wirkung um die gewünschten Ziele zu erreichen.
- Zur deutlichen Stärkung der Selbstverantwortung schlägt santésuisse vor, die ordentliche Franchise in einem ersten Schritt auf CHF 600.- zu erhöhen. In einem zweiten Schritt ist das im Vernehmlassungsvorschlag beschriebene Vorgehen geeignet.
- Der Mechanismus zur Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung gehört zudem aufgrund des Rechtssicherheitsgebotes zwingend auf Gesetzesstufe.

Im Jahre 1996, als das KVG mit der obligatorischen Krankenversicherung für alle in Kraft getreten ist, betrug die ordentliche Franchise noch 150 Franken pro Kalenderjahr. In all den Jahren wurde die Franchise nur zweimal erhöht. Das letzte Mal vor mehr als zehn Jahren. Aktuell beträgt die ordentliche Franchise 300 Franken. Aber die Gesundheitskosten sind viel stärker gestiegen. Insgesamt ist die Mindestfranchise relativ zur Prämie heute viel tiefer als früher.

Damit die Gesundheitskosten auch zukünftig bezahlbar für alle bleiben, müssen wirksame Anreize für mehr Eigenverantwortung geschaffen werden. Dies kann u.a. durch Anpassungen bei den Franchisen erreicht werden.

Die Vorlage hat zum Ziel, dass durch eine vermehrte Beteiligung der Patienten an den Kosten, die Belastung für die Prämienzahler abnimmt. Gemäss dem erläuternden Bericht wird in den Jahren, in denen die Franchisen angepasst werden, die Prämienhöhung etwas geringer ausfallen als in den Jahren ohne Anpassung (um ca. 0,5 % tiefere Erhöhung).

Das vorgeschlagene Vorgehen mit Erhöhungen um jeweils CHF 50 Franken nach mehreren Jahren, hat unserer Meinung allerdings eine zu wenig starke Wirkung, um die gewünschten Ziele und eine markante Stärkung der Eigenverantwortung zu erreichen, wenn der Ausgangspunkt die heutige ordentliche Franchise von 300 Franken ist.

#### **Erhöhung der Franchise als wirksameres Mittel**

santésuisse fordert, die tiefste Franchise in einem ersten Schritt von CHF 300.- auf CHF 600.- zu erhöhen, um anschliessend die Franchise in einem zweiten Schritt in den im Vorschlag beschriebenen Schritten von CHF 50.- regelmässig zu erhöhen. Der Versicherungsgedanke sollte hier im Vordergrund stehen und nicht die zunehmende «Selbstbedienungsladen»-Mentalität. Im Jahr, in dem die Franchise von CHF 300.- auf CHF 600.- angepasst wird, wird die Prämienhöhung geringer ausfallen als in den Jahren ohne Anpassung (Schätzungen santésuisse: Um ca. 2,1 % tiefere Erhöhung). Zur Anpassung der tiefsten Franchise von CHF 300.- auf CHF 600.- muss Art. 103 Abs. 1 KVV angepasst werden.

Mit der Anpassung der tiefsten Franchise muss folglich auch eine Anpassung der weiteren Franchisestufen mit einhergehen, sodass das Verhältnis zur maximalen Franchise gewahrt bleibt.

Die vorgeschlagene Lösung ist sozialverträglich und sorgt für eine verhältnismässige stabile Entwicklung der Franchisen, da diese nicht jedes Jahr erhöht werden. Mit den vorgeschlagenen CHF 50.- wurde ein Betrag gewählt, der eine vertretbare Mehrbelastung der kranken Erwachsenen darstellt. In den Jahren, in denen die Franchisen angepasst werden, wird die Prämienhöhung etwas geringer ausfallen als in den Jahren ohne Anpassung (Schätzungen santésuisse: Um ca. 0,3 % tiefere Erhöhung, Schätzungen BAG: Um ca. 0,5 % tiefere Erhöhung).

Mit der Erhöhung der Franchise wird sich die zusätzliche Unruhe im System in Grenzen halten, da die Erhöhung jeweils um einen runden Betrag geschieht und mehrere Jahre gültig ist.

Die Erhöhungsschritte sind im zeitlichen Ablauf sowie betragsmässig vorhersehbar und somit sind die Veränderungen transparent. Zudem ist der Mechanismus, um den Zeitpunkt einer Veränderung zu bestimmen, einfach und nachvollziehbar.

#### **Variante zum Berechnungsmodell aus dem erläuternden Bericht**

Die im erläuternden Bericht vorgeschlagene Regel ist allerdings sehr «starr», weil sie ein Berechnungsprinzip (Franchisenerhöhung wenn das Verhältnis Bruttokosten zu Franchise 1 zu 13 übersteigt) und zugleich einen festen Betrag (CHF 50.-) vorgibt. Wir stellen deshalb folgendes alternative Vorgehen zur Diskussion:

- a) definieren einer Mindestgrenze auf Schweizer Ebene und eine Höchstgrenze auf Schweizer Ebene;

- b) wenn die Höchstgrenze überschritten wird, wird sofort der Anpassungsprozess der Franchise ausgelöst. Die Änderung wird drei Jahre nach dem Jahr wirksam, in dem die Brutto-Durchschnittskosten diese Höchstgrenze überschritten haben;
- c) die Franchise wird soweit erhöht, dass die Mindestgrenze des Verhältnisses Bruttokosten zu Franchise erreicht ist.

Weitere Bemerkungen:

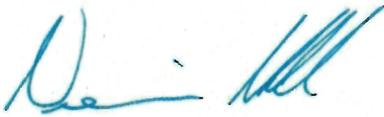
Vernehmlassungsvorschlag	Änderungsvorschlag santésuisse	Bemerkungen santésuisse
<b>Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)</b>		
Änderung vom ...		
<i>Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, nach Einsicht in die Botschaft des Bundesrates, beschliesst:</i>		
I		
Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung wird wie folgt geändert:		
<i>Art. 64 Abs. 3 zweiter Satz</i>		
3 Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. Er passt die Höhe der Franchise regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an.		Der Mechanismus zur Berechnung der neuen tiefsten Franchise muss auf Gesetzesebene geregelt werden. Das massgebende Verhältnis zwischen Bruttokosten pro Person und tiefster Franchise und der entsprechende Erhöhungsschritt werden in der Verordnung festgehalten.
	<u>Neu 3bis Sobald das Verhältnis von Bruttokosten pro Person zu der tiefsten Franchise eines Jahres N den Faktor X überschreitet, muss die Franchise im Jahre N+3 angepasst werden.</u>	Ausgehend von durchschnittlichen Bruttokosten von CHF 3'653.- (siehe erläuternder Bericht) im Jahr 2015 und einem jährlichen Anstieg von 3,5%, betragen die durchschnittlichen Bruttoposten pro Versicherten 2017 CHF 3.913.-. Da diese Informationen erst 2018 vorliegen, kann die Anpassung der Franchise erst im Jahr 2020 angewandt werden (Vorliegen der Kostendaten in 2018, Anpassung der Verordnung 2019 und Kalkulation der Prämien für 2020 in 2019). Der Faktor X ist im Gesetz derart anzusetzen, dass bei Inkrafttreten des Gesetzesartikels eine ordentliche Franchise von 600 Franken resultiert.
II		

1 Dieses Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum.		
2 Der Bundesrat bestimmt das Inkrafttreten.		

Vielen Dank für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Anmerkungen. Für Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

**santésuisse**  
Direktion



Verena Nold  
Direktorin



Isabel Kohler Muster  
Leiterin Rechtsdienst santésuisse-Gruppe



**SGB-FSS**  
Schweizerischer Gehörlosenbund  
Fédération Suisse des Sourds  
Federazione Svizzera dei Sordi

Eidgenössisches Departement  
des Innern EDI  
Herrn Bundesrat Alain Berset  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern

Räffelstrasse 24 | 8045 Zürich  
Tel. 044 315 50 40 | Fax 044 315 50 47  
Videophone 032 512 50 80  
[www.sgb-fss.ch](http://www.sgb-fss.ch) | [rechtsdienst@sgb-fss.ch](mailto:rechtsdienst@sgb-fss.ch)  
PC 80-26467-1

Per E-Mail an:  
aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch  
dm@bag.admin.ch

Zürich, 25. Oktober 2017

**Stellungnahme des Schweizerischen Gehörlosenbundes SGB-FSS zur:  
Vernehmlassung des Bundes: Änderung des Bundesgesetzes über die  
Krankenversicherung (Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung)**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit dem Schreiben vom 28. Juni 2017 eröffnete das Eidgenössische Departement des Innern EDI das Vernehmlassungsverfahren zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).

Der Schweizerische Gehörlosenbund (SGB-FSS) ist der nationale Dachverband der Gehörlosen- und Schwerhörigen-Selbsthilfe, und setzt sich für die Gleichstellung von Menschen mit einer Hörbehinderung ein.

Der SGB-FSS begrüsst grundsätzlich die Bestrebungen des Bundesrates, den Kostenanstieg in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung einzudämmen und dabei für die gesamte Bevölkerung den Zugang zu einem leistungsfähigen Gesundheitssystem sicherzustellen.

Den vom Parlament in diesem Zusammenhang vorgeschlagenen Lösungsansatz bei der Kostenbeteiligung sieht der SGB-FSS allerdings kritisch.

Insbesondere weist der SGB-FSS auf die Bedenken des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2016 hin, wonach dieser es als unzweckmässig erachtet, im KVG vorzusehen, dass die ordentliche Franchise und die Wahlfranchisen regelmässig der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung angepasst werden, dies ungeachtet der finanziellen Tragbarkeit bzw. der wirtschaftlichen Verhältnisse der erkrankten Versicherten. Auch die individuelle Prämienverbilligung, welche zwar die Prämienlast der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lindert, leiste keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung. Der SGB-FSS teilt zudem die Ansicht des Bundesrates, dass neben der Kostenentwicklung auch die Entwicklung des verfügbaren Einkommens zu berücksichtigen ist.



Dem erläuternden Bericht (im folgenden „Bericht“) kann indessen nicht entnommen werden, inwiefern diesem Umstand Rechnung getragen wird.

Der Bericht führt unter 'Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden' aus, dass die Erhöhung der Franchisen wahrscheinlich mehr Versicherte dazu veranlassen werde, Sozialhilfe zu beantragen. Eine solche Folge widerspricht dem eigentlichen Ziel des Bundesrates (Botschaft vom 4. Dezember 2015 zur Änderung des KVG), ein für die gesamte Bevölkerung zugängliches leistungsfähiges Gesundheitssystem sicherzustellen. Der SGB-FSS ist nicht einverstanden mit der scheinbaren Begründung, dass die Umsetzung der Änderung von Artikel 64 Absatz 3 KVG keine zusätzlichen Mittel von Bund oder Kantonen erfordern werde, da sich sinngemäss die Vorlage nur auf die Mittel auswirken werde, die von Kantonen und Gemeinden ohnehin für die davon betroffenen bereitgestellt werden.

Gerade Menschen mit einer Hörbehinderung erhalten keine IV-Rente und haben sich auf dem Arbeitsmarkt zu behaupten. Die Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt erweist sich allerdings als sehr schwierig, sodass viele gehörlose Personen niederschwellige Berufe oder einen Beruf ausüben, für den sie überqualifiziert sind, und entsprechend ein tiefes Einkommen erhalten.

Des Weiteren äussert der SGB-FSS seine Bedenken zu dem durch die erhöhte Kostenbeteiligung verfolgten Ziel der sukzessiven Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten, namentlich das Erreichen eines erhöhten Bewusstseins und Verantwortungsgefühls der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen, die Senkung der Anzahl Konsultationen wegen Bagatellfällen sowie die Finanzierung der Krankenversicherung nach dem Verursacherprinzip.

Insbesondere fehlt dem SGB-FSS eine Differenzierung, wonach dem an eine Hörbehinderung geknüpften erhöhten Leistungsbedarf von Menschen mit einer Behinderung Rechnung getragen wird. Die Kostenbeteiligung, insbesondere eine Erhöhung dieser an solchen Leistungen, würde zu einer nicht begründeten Schlechterstellung der Betroffenen führen.

Mit der Einführung der telemedizinischen Modelle, welche die Krankenkassen anbieten, wurde bereits ein erster Schritt in Richtung Senkung der Anzahl Arztkonsultationen wegen Bagatellfällen getätigt. Bei den telemedizinischen Modellen der Versicherungen holen die Versicherten zunächst telefonisch eine erste medizinische Beratung über das medizinische Beratungszentrum ein. Diese geben den Versicherten rund um die Uhr medizinische Ratschläge und überweisen sie bei Bedarf direkt an einen geeigneten Arzt oder Therapeuten. Damit werden viele Erstkonsultationen beim Hausarzt und allfällige Doppelspurigkeiten bei Diagnostik und Therapie vermieden. Die Versicherungsprämien beim telemedizinischen Modell sind entsprechend tiefer. Da diese Modelle für Menschen mit einer Hörbehinderung nur schwer bzw. gar nicht zugänglich sind, sind sie von diesen Modellen faktisch ausgeschlossen. Vielmehr sind sie gezwungen, teurere Versicherungsmodelle abzuschliessen, welche in der Regel bereits eine Erstkonsultation beim Arzt bedeuten- dies auch in Bagatellfällen.

Des Weiteren verweist der SGB-FSS darauf, dass strukturelle Basis der gesetzlichen Krankenversicherung das Solidaritätsprinzip ist. Es stellt das mithin wichtigste und zentrale Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall dar, indem die versicherten Erkrankungsrisiken von allen Versicherten gemeinsam getragen werden. Eine Finanzierung der Krankenversicherung nach dem Verursacherprinzip wäre damit nicht vereinbar.

Der aktuelle Vorschlag ist daher, zumindest für Menschen mit einer Hörbehinderung, im Ergebnis nicht sachgerecht.



**Des SGB-FSS fordert daher:**

- Einen Lösungsansatz, der auch der finanziellen Tragbarkeit bzw. den wirtschaftlichen Verhältnisse der erkrankten Versicherten, insbesondere von Menschen mit einer Hörbehinderung, Rechnung trägt.
- Einen Mechanismus, mit welchem eine Andersbehandlung insbesondere von Menschen mit einer Hörbehinderung aufgrund eines allfälligen behinderungsbedingten erhöhten Bedarf an einer medizinischen Versorgung im Einzelfall geprüft wird und damit die Entkoppelung von der automatischen Anpassung der Franchisen die Kostenentwicklung bei Menschen mit einer Hörbehinderung.
- Einen geregelten und gesicherten Zugang von Menschen mit einer Hörbehinderung zu allen Versicherungsmodellen, inklusive des telemedizinischen Modells, damit sie in ihrer Wahl gegenüber der allgemeinen Bevölkerung nicht aufgrund ihrer Behinderung schlechter gestellt sind.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Freundliche Grüsse

**SCHWEIZERISCHER GEHÖRLOSENBUND SGB-FSS**



Yalan Reber  
Rechtsdienst



Inclusion Handicap  
Mühlemattstrasse 14a  
3007 Bern

info@inclusion-handicap.ch  
www.inclusion-handicap.ch

# INCLUSION HANDICAP

Dachverband der  
Behindertenorganisationen Schweiz

Association faitière des organisations  
suissees de personnes handicapées

Mantello svizzero delle organizzazioni  
di persone con disabilità

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit  
CH-3003 Bern

Per Email an: [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch), [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 27. Oktober 2017

## ÄNDERUNG DES BUNDESGESETZES ÜBER DIE KRANKENVERSICHERUNG (ANPASSUNG DER FRANCHISEN AN DIE KOSTENENTWICKLUNG): VERNEHMLASSUNG

---

### Stellungnahme von Inclusion Handicap zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset

Inclusion Handicap ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die Interessen von Menschen mit Behinderungen. Inclusion Handicap hat unter anderem die Aufgabe, die Umsetzung sowie Weiterentwicklung des Behindertengleichstellungsrechts und des Sozialversicherungsrechts zu fördern und so die autonome Lebensführung von Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten des täglichen Lebens zu unterstützen. In diesem Rahmen äussern wir uns gerne zur beabsichtigten Änderung des KVG mit Blick auf die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. Für die uns gewährte Fristverlängerung danken wir Ihnen herzlich.

#### 1. Vorgaben des Behindertengleichstellungsrechts

Die **Bundesverfassung** verbietet in Art. 8 Abs. 2 Diskriminierungen wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung. Art. 8 Abs. 4 BV verpflichtet den Gesetzgeber, Massnahmen zur Beseitigung der Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen zu ergreifen. Demnach müssen die in Erarbeitung stehenden oder einer Revision unterliegenden Gesetze sowie Verordnungen immer auch unter dem Aspekt der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen überprüft werden. Führen sie zu einer direkten



oder indirekten Diskriminierung, sind sie mit Art. 8 Abs. 2 BV nicht vereinbar. Den Auftrag von Art. 8 Abs. 4 BV hat der Bundesgesetzgeber bis jetzt hauptsächlich durch den Erlass des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 13. Dezember 2002 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG; SR 151.3) wahrgenommen, aber auch durch die Verankerung von behindertengleichstellungsrechtlichen Vorschriften in der Spezialgesetzgebung.

Auf völkerrechtlicher Ebene verpflichtet zudem auch die **UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen** (UNO-BRK; SR 0.109) zur Berücksichtigung von deren Anliegen, insbesondere auch im Gesetzgebungsverfahren (Art. 4 Abs. 1 lit. a+b BRK). Relevant im Zusammenhang mit der vorliegenden Vernehmlassung sind insbesondere die **Art. 25 und 26 BRK betreffend Gesundheit, Habilitation und Rehabilitation**. Art. 25 Satz 1 verlangt die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung; Satz 2 enthält die Pflicht der Vertragsstaaten, alle geeigneten Massnahmen zu treffen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten haben, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation. Gemäss Art. 25 Satz 2 lit. a BRK stellen die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in der derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen. Art. 25 Satz 2 lit. b BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, die Gesundheitsleistungen anzubieten, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden. Art. 25 Satz 2 lit. e BRK stipuliert die Verpflichtung, die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung zu verbieten, und hält fest, dass solche Versicherungen zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten sind. Nach Art. 26 Abs. 1 BRK schliesslich treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck werden die Vertragsstaaten verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, mitunter insbesondere auch auf dem Gebiet der Gesundheit, zu organisieren, stärken und erweitern.

## **2. Krankenversicherungsschutz und Rechte von Menschen mit Behinderungen**

Mit unserer Stellungnahme möchten wir in einem ersten Schritt erneut generell auf die Bedeutung eines angemessenen, diskriminierungsfreien Krankenversicherungsschutzes für Menschen mit Behinderungen aufmerksam machen.

In der Schweiz werden Massnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen nach wie vor primär als Aufgabe der Invalidenversicherung erachtet. Dementsprechend werden Menschen mit Behinderungen oft mit IV-Bezügerinnen und –Bezügern gleichgesetzt. Dabei gerät die Tatsache aus dem Blick, dass weit mehr Menschen in der Schweiz von einer Behinderung betroffen sind. Gemäss der UNO-BRK gehören zu Menschen mit Behinderungen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen,



wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können (vgl. Art. 1 Abs. 2 BRK). Somit können insbesondere auch Menschen mit einer chronischen Krankheit, welche sie in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben einschränkt, von einer Behinderung betroffen sein. Die IV übernimmt medizinische Massnahmen nur bis zum vollendeten 20. Altersjahr; diese müssen ausserdem nicht auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, sondern unmittelbar wegen der beruflichen Eingliederung notwendig sein und eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erwarten lassen. Alle übrigen medizinischen Massnahmen fallen grundsätzlich in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung.

Die grosse Mehrheit der Menschen mit Behinderungen benötigt mit Blick auf ein erreichbares Höchstmass an persönlicher Gesundheit zuverlässige Diagnosen, regelmässige Untersuchungen, medizinische Eingriffe und dauerhafte Behandlungen u.a. auch mittels Medikation, sowie medizinische Habilitations- und Rehabilitationsleistungen. Ihr Bedarf an qualitativ hochstehenden und erschwinglichen Gesundheitsleistungen ist je nach Behinderung um vieles höher als derjenige von Menschen ohne Behinderungen; von Verschlechterungen im Angebot von Gesundheitsleistungen sind sie demnach übermässig stark betroffen. Ein Krankenversicherungsrecht, das im Lichte der UNO-BRK dem Bedarf von Menschen mit Behinderungen an allgemeinen und spezifischen Gesundheitsleistungen gerecht wird und sie aufgrund ihrer Behinderung nicht benachteiligt, ist für die Betroffenen deshalb von fundamentaler Bedeutung.

Bereits im Rahmen der **Vernehmlassung zu den Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)** vom 14. Oktober 2016 sowie zur **Änderung der Verordnung über die Festlegung und die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung** vom 21. Juni 2016 äusserte sich Inclusion Handicap zum Risiko einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen durch gesetzliche Anpassungen, die eine Gefahr bestimmter Kosten-/ Nutzenabwägungen mit sich brachten bzw. eine pauschale Limitierung von Tarifpositionen im Lichte des Wirtschaftlichkeitsgebots vorsahen.

### **3. Kritische Würdigung der Vorlage**

Auch im Rahmen der hier geplanten Gesetzesänderung erkennt Inclusion Handicap die Gefahr einer **indirekten Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen**.

Mit der vorgesehenen Erhöhung der Kostenbeteiligung soll «das Verantwortungsgefühl» der Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen geweckt und die Zahl der Konsultationen «wegen Bagatellfällen» gesenkt werden. Wie oben erwähnt ist der **Bedarf** an Gesundheitsleistungen bei Menschen mit Behinderungen häufig **um vieles höher** als derjenige von Menschen ohne Behinderungen. Dabei sind sie auf medizinische Leistungen im Zusammenhang mit ihrer Beeinträchtigung grösstenteils klar angewiesen und verfügen somit **nicht über eine Wahlfreiheit** bezüglich deren Inanspruchnahme. Da nun eine allgemeine Franchisenanpassung an die Kostenentwicklung der OKP – sprich in absehbarer Zeit eine stete Anhebung der Franchisen – für Menschen mit Behinderungen in gleicher



Weise wie Menschen ohne Behinderungen zum Tragen käme, welche in der Regel weniger häufig zwingend medizinische Dienstleistungen beanspruchen müssen, würden Menschen mit Behinderungen durch eine derartige Regelung indirekt benachteiligt.

Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme im Rahmen der Motion Bischofberger selber ausführte, ist bei der Festlegung der Kostenbeteiligung zudem auch die **finanzielle Tragbarkeit für die erkrankten Versicherten** zu berücksichtigen, zumal die individuelle Prämienvorbereitung keinen Beitrag an die Kostenbeteiligung leistet. Zur Verdeutlichung der Unangemessenheit einer Franchisenerhöhung stellte der Bundesrat den Anstieg der bezahlten Kostenbeteiligung (seit Einführung des KVG bis 2015 111%) der Erhöhung der Nominallöhne in diesem Zeitraum gegenüber (23,6%); ein **Missverhältnis**, welches keiner weiteren Erklärungen bedarf. Im Übrigen war, wie der Bundesrat ausführte, die von den Versicherten geleistete Kostenbeteiligung seit Einführung des KVG auch leicht stärker gestiegen als die von den Versicherern vergüteten Leistungen.

Das genannte Missverhältnis zwischen Kostenbeteiligung und verfügbarem Einkommen ist nun bei Menschen mit Behinderungen ebenfalls noch deutlich ausgeprägter: gemäss Bundesamt für Statistik sind sie **fast doppelt so oft** (19 Prozent) **von Armut betroffen** als Menschen ohne Behinderungen (11 Prozent). Zwischen 2007 und 2012 **stieg dieser Wert** gar um 5 Prozent, und es ist davon auszugehen, dass dieser Trend in den letzten Jahren anhielt und weiter anhalten wird. Nationalrätin Silvia Schenker reichte hierzu am 28.09.2017 eine Interpellation zuhanden des Bundesrats ein (17.3833: Alarmierende Zunahme der Armutsbetroffenheit von Menschen mit Behinderungen). Von einer Franchisenerhöhung wären Menschen mit Behinderungen also auch aufgrund ihrer grösseren Armutsbetroffenheit übermässig stark betroffen, und die oben dargestellte Benachteiligung würde noch eine **klare Verschärfung** erfahren. Bereits jetzt **verzichten Menschen mit Behinderungen** aus finanziellen Gründen bzw. mangelnder Versicherungsdeckung häufiger auf ärztliche Leistungen als Menschen ohne Behinderungen;<sup>1</sup> mit der vorgeschlagenen Franchisenerhöhung würde auch diese mit Art. 25 BRK unvereinbare Situation noch virulenter.

Als **äusserst problematisch** erachtet Inclusion Handicap im Weiteren die generelle Aussage im erläuternden Bericht (S. 2), dass die Krankenversicherung „teilweise nach dem **Verursacherprinzip**“ finanziert werden solle. Zwar wird diese Aussage konkretisiert, indem auf Versicherte verwiesen wird, die weder Franchise noch Selbstbehalt bezahlen müssten, weil sie keine Leistungen beziehen würden. Vor dem Hintergrund der expliziten Stossrichtung der Motion Bischofberger, wonach die regelmässige Anpassung der Mindestfranchisen an die Kostenentwicklung der OKP ein **moderates Zeichen in Richtung sukzessive Stärkung der Eigenverantwortung in der Krankenkasse** sei, ist jedoch zu befürchten, dass die vorliegende Franchisenerhöhung tatsächlich einen ersten Schritt

---

<sup>1</sup> Siehe hierzu die Angaben des BFS auf <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/individuelles-wohlbefinden/gesundheit.html> (zuletzt besucht am 26.10.2017).

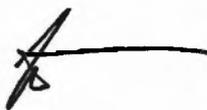
zur **Unterminierung des Solidaritätsprinzips** in der Krankenversicherung als fundamentalem Prinzip des Sozialstaats bzw. der Sozialversicherung darstellen könnte. **Gegen eine solche Entwicklung spricht sich Inclusion Handicap dezidiert aus**, und verweist in diesem Zusammenhang auf die entsprechenden völker- und verfassungsrechtlichen Verpflichtungen.

Nicht zuletzt scheint höchst **zweifelhaft**, inwiefern eine **Erhöhung der Kostenbeteiligung tatsächlich geeignet** ist, eine Kostensenkung in der OKP nach sich zu ziehen, zumal in der jüngeren Geschichte der Schweizer Krankenversicherung bereits mehrere Male bei der Kostenbeteiligung angesetzt wurde, ohne dass der gewünschte Effekt eingetreten wäre. Die Aussage im erläuternden Bericht, die Erhöhung der Franchisen werde „die Versicherten dazu veranlassen, mehr Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu üben“ (S. 4), **entbehrt** soweit ersichtlich jeglicher **empirischer Grundlage**. Hinzu kommen die Ausführungen im erläuternden Bericht, wonach eine Franchisanhebung eine Erhöhung der von den Ergänzungsleistungen gedeckten Krankheitskosten mit sich bringen würde und ein Anstieg der Sozialhilfekosten wahrscheinlich sei (S. 5).

Im Lichte dieser Ausführungen **plädiert Inclusion Handicap für einen Verzicht auf die vorgeschlagene Anpassung der Franchisenentwicklung an die OKP**.

Wir danken Ihnen im Voraus für die Prüfung sowie Berücksichtigung unserer Anregungen und stehen Ihnen für weitere Fragen jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Julien Neruda  
Geschäftsführer



Caroline Hess-Klein, Dr. iur.  
Leiterin Abteilung Gleichstellung



Häringstrasse 20  
8001 Zürich

Ihre Ansprechpartnerin:  
**Margrit Kessler**  
margrit.kessler@spo.ch

Herr Bundesrat Alain Berset  
Vorsteher EDI  
3003 Bern

[aufsicht-  
krankenvsicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenvsicherung@bag.admin.ch)  
[dm@admin.ch](mailto:dm@admin.ch)

Zürich, 17. Oktober 2017

## **Vernehmlassung: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz dankt Ihnen für die Gelegenheit, zu der vorgesehenen Änderung und Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung Stellung zu nehmen.

### **Heutige Version KVG Art. 64**

**3** Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.

### **Aenderung KVG Art. 64**

**3** Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest. **Er passt die Höhe der Franchise regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherter Person in der obligatorischen Krankenversicherung an.**

### **2 Kommentar zur Bestimmung**

Die Schweizerische Stiftung SPO ist der Meinung, dass die Höhe der Franchise nicht an die Entwicklung der durchschnittlichen Kosten gekoppelt werden sollte.

### **Begründung:**

1. Die Kostenentwicklung ist nicht voraussehbar. So wird nächste Jahr ein grosser Kostenschub erwartet, weil alle mit Hepatitis C infizierten Patientinnen und Patienten, man

schätzt bis zu 80 000, den freien Zugang zu den teuren Hepatitis-C Medikamenten haben werden. Diese Kosten würden somit zu einer Erhöhung der Franchise führen, obwohl es sich um eine einmalige Behandlung handelt und die Kosten später wieder abnehmen werden. Wir können uns nicht vorstellen, dass eine einmal erhöhte Franchise wieder gesenkt wird.

2. Die Bruttokosten pro Person dürfen die tiefste Franchise nicht mehr als 13-mal übersteigen. Wenn das der Fall, ist wird die Franchise um Fr. 50.- erhöht. Immer mehr Krankenkassen stehen mit den Leistungserbringern im Verhältnis Tiers payant. Somit gehen die Rechnungen, auch wenn die Franchise noch nicht aufgebraucht ist, direkt zur Krankenkasse. Mit dem Einbezug der Bruttokosten wird eine Kostenberechnung durchgeführt, die sich nicht auf die effektiven Kosten der Krankenkasse bezieht, sondern die Rechnungen „out of Pocket“ werden dazugerechnet. Die Grundlage der Bruttokosten zur Berechnung der Franchise ist ungerecht. Mit diesem Berechnungssystem bezahlt die Bevölkerung zwei Mal, die sogenannten Bagatellen und später die Erhöhung der Franchise.

#### **Erläuterungen: 3.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinde**

Die Auswirkungen auf die Gemeinden scheint uns relevant. So steht es im Bericht, dass die Erhöhung der Franchisen wahrscheinlich mehr Versicherte dazu veranlassen, Sozialhilfe zu beantragen. Für die Kantone und den Bund hat die Erhöhung der Franchise keine Auswirkung.

**Mit der vorgesehenen Änderung werden auch die Sozialämter zusätzlich belastet.**

Aus obigen Begründungen stellt die Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz den Antrag, die Ergänzung zu Artikel 64 Abs. 3 zu streichen.

#### **Rabatte bei Wahlfranchisen**

Wahlfranchisen haben sich bewährt. Wir sind der Meinung, dass auch die höchste Wahlfranchise ihre Berechtigung hat und vor allem den Jungen und Gesunden zur Entlastung weiterhin zur Verfügung gestellt werden soll. Die Anpassung der Rabatte unterstützen wir in Vertretung der chronisch kranken Patientinnen und Patienten, da dieser Schritt eine Annäherung zur Solidarität von gesund und krank bedeutet.

Wir bitten Sie, unsere Stellungnahme zu berücksichtigen und unsere Überlegungen in den Vollzug einzubeziehen.

Mit freundlichen Grüssen



Margrit Kessler  
Präsidentin



Anne-Marie Bollier  
Mitglied Stiftungsratsausschuss



Aargauischer Ärzteverband

Empfänger:

- FMH [lex@fmh.ch](mailto:lex@fmh.ch)
- BAG [patricia.maeder@bag.admin.ch](mailto:patricia.maeder@bag.admin.ch)

Dättwil, 22. August 2017

## **Vernehmlassung Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Aus Sicht des Aargauischen Ärzteverbandes bestehen keine gravierenden Einwände gegen diese Gesetzesänderung. Der Anstieg der Franchise wird moderat und verkraftbar sein. Benachteiligt sind Patienten mit chronischer Erkrankung, die auf regelmässige ärztliche Betreuung angewiesen sind. Eine Erhöhung um CHF 50.– alle 3-4 Jahre scheint verkraftbar zu sein, wenn auch gerade diese Patientengruppe ihre verursachten Kosten nicht senken kann. Inwiefern die Ergänzungsleistungen ansteigen werden, muss von anderer Seite beurteilt werden. Problematisch ist eine Reduktion der Rabatte, die durchaus Fehlanreize fördern und somit den Prämiendruck erhöhen kann.

Für den Aargauischen Ärzteverband

Dr. Jürg Lareida  
Präsident



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

Postgasse 19, Postfach  
CH-3000 Bern 8  
T 031 330 90 00  
F 031 330 90 03  
bekag@hin.ch

Per E-Mail und A-Post:  
[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@admin.ch](mailto:dm@admin.ch)  
Herr Bundesrat  
Alain Berset  
p.A. Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Gesundheitspolitik  
Sekretariat  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Bern, den 12. September 2017

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) äussert sich positiv zur Gesetzesvorlage.

Wenn die Kosten pro versicherte Person und die Prämien der Grundversicherung weiter im bekannten Ausmass steigen, was mit einer allseits gewünschten permanenten Verbesserung der Versorgungsqualität der Bevölkerung einhergeht, so müssen unseres Erachtens auch die Franchisen und Selbstbehalte mit dieser Entwicklung Schritt halten. Eine periodische Anpassung der Franchisen nach oben erscheint deshalb als unabdingbar und unausweichlich.

Zwar führen höhere Franchisen gerade bei tieferen Einkommen und Familien zu einer spürbar stärkeren Belastung im Krankheitsfall und die Opfersymmetrie wird stark strapaziert. Es geht aber darum, die soziale Krankenpflegeversicherung generell von Bagatellbehandlungen zu entlasten, was nur über höhere Kostenbeteiligungen für alle erreichbar ist. Deshalb ist es richtig, der Solidarität der gesunden Versicherten im Rahmen der Sozialversicherung die Kostenbeteiligung der kranken Patientinnen und Patienten gegenüberzustellen.

Der im Rahmen der Vernehmlassungsvorlage präsentierte Ansatz, dabei stufenweise und moderat vorzugehen, schätzungsweise mit Erhöhungen um CHF 50 alle vier Jahre bzw. sofern oder sobald die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person und Jahr das 13-fache der bisherigen Franchise übersteigen, erscheint uns als sachgerecht und akzeptabel.

Zu versicherungsmathematischen Belangen können wir uns mangels vorhandenem Fachwissen nicht im Detail äussern.

Es ist aber klar, dass trotz Beibehaltung der bisherigen Wahlmöglichkeiten bezüglich Höhe der frei wählbaren Franchisen, was wir befürworten, die für eine höhere Franchise gewährten Rabatte ungefähr den tatsächlichen Einsparungen entsprechen müssen. Ob es richtig ist, die bisher für bestimmte Wahlfranchisen angeblich zu hohen Rabatte etwas zu reduzieren, können wir nicht beurteilen. Ganz grundsätzlich befürworten wir im Zweifelsfall den unveränderten Beibehalt der sämtlichen bisherigen Möglichkeiten mit höher wählbarer Franchise, welche die Selbst-



verantwortung fördern und die einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten erfahrungsgemäss auch dazu bewegen können, kleinere Arztrechnungen selber zu bezahlen.

Obwohl die zuletzt erwähnten Anpassungen auf Verordnungsstufe erfolgen müssen, wird dies leider an keiner Stelle erwähnt, was wir als verwirrend betrachten.

Wir bitten Sie, von unseren Ausführungen Kenntnis zu nehmen und die Gesetzesvorlage dem Parlament unverändert zur Verabschiedung vorzulegen.

Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und

mit freundlichen Grüssen

**AERZTEGESELLSCHAFT DES KANTONS BERN**

**Der Präsident**

**Der Sekretär**

  
Dr. med. Beat Gafner

  
Dr. Th. Eichenberger, Fürsprecher

**Kopie z.K.:**

- VBHK und BBV+
- KKA
- FMH
- VSAO Sektion Bern



Schweizerische Belegärzte-Vereinigung  
Association Suisse des Médecins indépendants travaillant en Cliniques privées et Hôpitaux  
Associazione Svizzera dei Medici operanti in Cliniche private e Ospedali

per E-Mail an:

aufsicht-krankenversicherung@bag-admin.ch  
dm@bag.admin.ch

Gümligen, 10. Oktober 2017 FDW

## Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

zunächst danken wir Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit geben, zur geplanten Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung Stellung zu nehmen. Gerne nutzen wir die uns gebotene Möglichkeit und sind Ihnen für eine wohlwollende Prüfung unserer Überlegungen sehr verbunden.

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung ist als Verband von freipraktizierenden Ärzten mehrfach von diesem Tarifeingriff betroffen. Als nationale Vereinigung mit mehr als 1400 Mitgliedern betrachtet sich die SBV legitimiert, zu dem Eingriff umfangreich Stellung zu nehmen.

Die Schweizerische Belegärzte-Vereinigung begrüsst eine solche die Eigenverantwortung stärkende Massnahme ausdrücklich und ist der Ansicht, dass die Franchisen unbedingt erhöht werden müssen.

Betreffend den Mechanismus der automatischen Anpassung erachtet die SBV eine Lösung mit Runden auf gerade Beträge als zielführend. Sollte die Initiative 15.468 umgesetzt werden, so ist darauf zu achten, dass eine Anpassung der Franchise jeweils so erfolgen kann, dass gewisse Versicherte innerhalb der Frist, in der sie die Franchise nicht anpassen können, eine Erhöhung der Franchise vergegenwärtigen müssen. Bei den Wahlfranchisen müssen daher die Kassen die Freiheit haben, das Risiko teilweise auf den Kunden abzuwälzen oder es selbst zu tragen. Analog zu Festzinshypotheken müsste daher der Versicherte eine Festfranchise vereinbaren können oder eine solche, die sich dynamisch über die Jahre anpasst. Entsprechende Ausführungsbestimmungen sind daher zu erlassen.

Für die Berücksichtigung unserer Anregungen und Argumente danken wir bestens.

Mit freundlichen Grüssen

**SCHWEIZERISCHE  
BELEGÄRZTE-VEREINIGUNG SBV**

Der Sekretär

Florian Wanner  
lic. iur., Rechtsanwalt



Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz  
Médecins cadres des hôpitaux suisses  
Quadri medici degli ospedali svizzeri

**Per E-Mail und A-Post:**

aufsicht-  
krankenversicherung@bag.admin.ch  
dm@admin.ch

Herr Bundesrat  
Alain Berset  
p.A. Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Leistungen  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Sekretariat  
Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz VLSS  
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

T +41 (0)31 330 90 01

F +41 (0)31 330 90 03

info@vlss.ch

[www.vlss.ch](http://www.vlss.ch)

Bern, den 1. September 2017

**Vernehmlassung zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betreffend Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat, sehr geehrte Damen und Herren

Der Vorstand des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) äussert sich zurückhaltend positiv zur Gesetzesvorlage.

Wenn die Kosten pro versicherte Person und die Prämien der Grundversicherung weiter im bekannten Ausmass steigen, was mit einer allseits gewünschten permanenten Verbesserung der Versorgungsqualität der Bevölkerung einhergeht, so müssen unseres Erachtens auch die Franchisen und Selbstbehalte mit dieser Entwicklung Schritt halten. Eine periodische Anpassung der Franchisen nach oben erscheint deshalb als unabdingbar und unausweichlich.

Zwar führen höhere Franchisen gerade bei tieferen Einkommen und bei Familien zu einer spürbar stärkeren Belastung im Krankheitsfall und die Opfersymmetrie wird stark strapaziert. Es geht aber darum, die soziale Krankenpflegeversicherung generell von der Finanzierung von Bagatelbehandlungen zu entlasten, was nur über höhere Kostenbeteiligungen für alle erreichbar ist. Deshalb ist es richtig, der Solidarität der gesunden Versicherten im Rahmen der Sozialversicherung die Kostenbeteiligung der kranken Patientinnen und Patienten gegenüberzustellen.

Der im Rahmen der Vernehmlassungsvorlage präsentierte Ansatz, dabei stufenweise und moderat vorzugehen, schätzungsweise mit Erhöhungen um CHF 50 alle vier Jahre bzw. sofern die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person und Jahr das 13-fache der bisherigen Franchise übersteigen, erscheint uns als sachgerecht und akzeptabel.

Grundsätzlich befürworten wir aber die Beibehaltung sämtlicher bisheriger Möglichkeiten von höher wählbaren Franchisen, welche die Selbstverantwortung fördern und die Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäss auch dazu bewegen, kleinere Spital- und Arztrechnungen selber zu bezahlen.

Obwohl die zuletzt erwähnten Anpassungen ebenfalls auf Verordnungsstufe erfolgen müssen, wird dies leider an keiner Stelle erwähnt, was wir als verwirrend betrachten.

Wir bitten Sie, von unseren Ausführungen Kenntnis zu nehmen und die Gesetzesvorlage dem Parlament **ohne Reduktion der Prämienrabatte für höhere Wahlfranchisen** zur Verabschiedung vorzulegen.

Mit bestem Dank für Ihre Bemühungen und  
mit freundlichen Grüßen

**Der Präsident**



Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad

**Der Geschäftsleiter**



Dr. iur. Th. Eichenberger, Rechtsanwalt

**Kopie z.K.:**

- FMH
- KKA
- VSAO Schweiz
- GDK
- H+



Konferenz der Kantonalen Aerztegesellschaften  
Conférence des Sociétés Cantionales de Médecine  
Conferenza delle Società Mediche Cantionali

Herr Bundesrat Alain Berset  
p. A. Bundesamt für Gesundheit  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) und [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Zürich, 17. Oktober 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung; Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung. Umsetzung der vom Parlament angenommenen Motion Bischofberger (15.5147)**

**Stellungnahme des Vorstandes der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften KKA-CCM**

Sehr geehrter Herr Bundesrat  
Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nutzen wir die Gelegenheit und lassen Ihnen fristgerecht unsere Überlegungen zur Vorlage zukommen.

**1. Einleitung**

Es liegt in der Kompetenz des Bundesrates, die Höhe der ordentlichen Franchise (Art. 64 Abs. 3 KVG) und der Wahlfranchisen (Art. 62 Abs. 2 Bst. a KVG) festzulegen.

**Ergänzung auf Ebene KVG, eine Ergänzung von Art. 64 Abs. 3 KVG**

Die geltende Fassung von Art. 64 Abs. 3 KVG lautet wie folgt: „Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.“ **Diese Bestimmung soll durch einen 2. Satz mit folgendem Wortlaut ergänzt werden:** „Er passt die Höhe der Franchise regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an“. **Konkret soll der Bundesrat demnach verpflichtet werden, die Gesundheitskostenentwicklung kontinuierlich in der Festlegung der Franchisenhöhe zu spiegeln.**

**Begründung aus dem erläuternden Bericht**

Mit der Annahme der Motion Bischofberger (15.4157 «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen») hat das Parlament beschlossen, dass die Franchisen parallel zu den Kosten steigen sollen. Dieser Mechanismus soll die Eigenverantwortung der Versicherten stärken und die Inanspruchnahme von Leistungen reduzieren. Da die Versicherten einen grösseren Teil der Kosten übernehmen müssen, werden sie weniger wegen Bagatellfällen ihren Arzt oder ihre Ärztin aufsuchen. Diese Vorlage sieht vor, die Höhe der Franchisen an die Entwicklung der Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anzupassen. Es ist zweckmässig, die Franchisen

Geschäftsstelle KKA-CCM

Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44/27

[barbara.zinggeler@kka-ccm.ch](mailto:barbara.zinggeler@kka-ccm.ch) [catherine.hool@kka-ccm.ch](mailto:catherine.hool@kka-ccm.ch)

stufenweise anzupassen und jedes Mal runde Beträge festzulegen, die mehrere Jahre lang gültig sind.

#### **Kommentar**

Diese Ausführungen im erläuternden Bericht können nicht darüber hinwegtäuschen, dass schon jetzt, wenn auch nicht kontinuierlich, die Franchise der Kostenentwicklung angepasst wurde. So stiegen die Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung von 1996 bei der Einführung des KVG bis 2015 von 12 Mia. auf 30 Mia. Bei der Einführung des KVG im Jahr 1996 betrug die ordentliche Franchise 150 Franken pro Jahr. Von 1998 bis 2003 belief sie sich auf 230 Franken pro Jahr, und bei der letzten Anpassung im Jahr 2004 wurde sie schliesslich auf 300 Franken pro Jahr angehoben. Schon aufgrund des geltenden Rechts kann der Bundesrat die Franchisen der Kostenentwicklung anpassen. Dafür brauchte es keine neue KVG-Norm. Der Unterschied besteht nun darin, dass mit der Vorlage der Bundesrat verpflichtet wird, die Franchise der Kostenentwicklung anzupassen. Damit findet eine Einengung der Gründe für die Franchiseanpassung statt. Denkbar wäre, dass der Bundesrat auch noch andere Faktoren berücksichtigt, z.B. die Einkommen und deren Entwicklung.

Die Erfahrung zeigt sodann, dass die Annahme, durch die Koppelung der Franchisenhöhe an die Gesundheitskostenentwicklung würden Anreize für eine zurückhaltende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gesetzt, wohl nicht die Realität widerspiegelt. In der Vergangenheit zeigte sich nach unserem Kenntnisstand auf jeden Fall bei der Erhöhung der Franchise dieser Effekt nicht und von diesem Blickwinkel her betrachtet scheint diese Gesetzesrevision wenig zielführend.

#### **Mechanismus zur Festlegung der Höhe der Franchise**

Im erläuternden Bericht wird sodann der Mechanismus zur Festlegung der Franchisenhöhe erläutert, dies ausgehend von der Motion 15.4157, mit welcher das Parlament den Auftrag an den Bundesrat gesetzlich verankern will, wonach die Höhe der Franchisen regelmässig an die Kostenentwicklung anzupassen ist.

Die Vorlage sieht vor, dass die Franchisen stufenweise aufgrund der Entwicklung der Durchschnittskosten der Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung pro versicherte Person angepasst werden. Die Zeitabstände zwischen den Franchisanpassungen hängen von der Kostenentwicklung ab. Die Bruttokosten pro Person und die ordentliche Franchise haben sich seit 1996 mehr oder weniger verdoppelt. Die ordentliche Franchise folgte damit der Kostenentwicklung von der Einführung des KVG bis 2015. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Faktoren bildet folglich die Grundlage für den Anpassungsmechanismus. Sowohl bei der Einführung des KVG als auch im Jahr 2015 waren die Bruttokosten pro Person zwölfmal höher als die ordentliche Franchise (Bruttoleistungen pro Person: 3653 Franken; ordentliche Franchise: 300 Franken im Jahr 2015). Sobald die durchschnittlichen Bruttokosten der Leistungen gemäss Artikel 25–31 KVG pro versicherte Person mehr als 13-mal höher als die ordentliche Franchise (d.h.  $13 \times 300 = 3900$ ) sind, ist letztere um 50 Franken anzuheben, damit das Verhältnis von 1 :12 zwischen der ordentlichen Franchise und den Bruttokosten gewahrt bleibt. Die Wahlfranchisen werden bei Anpassung der ordentlichen Franchise ebenfalls um 50 Franken erhöht. Mit diesem Mechanismus erhält man runde Franchisenbeträge, was das System für die Versicherten und die Versicherer vereinfacht. Gemäss der parlamentarischen Initiative 15.468 «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG» müssen für Versicherungsformen mit Wahlfranchise dreijährige Verträge abgeschlossen werden. So können die Versicherten bei der Wahl einer Franchise wissen, um welchen Betrag diese während der Dauer ihres Vertrages angehoben werden könnte. Da zudem jede Franchisenstufe zur selben Zeit und im selben Mass angepasst wird, bleiben das von den Versicherten mit höherer Franchise eingegangene Kostenbeteiligungsrisiko und folglich die daraus abgeleitete Prämienreduktion (Art. 95 Abs. 2bis KVV) gleich. Mit einer Erhöhung

**Geschäftsstelle KKA-CCM**

Nordstrasse 15, 8006 Zürich, T: 044 421 14 44/27

[barbara.zinggeler@kka-ccm.ch](mailto:barbara.zinggeler@kka-ccm.ch) [catherine.hool@kka-ccm.ch](mailto:catherine.hool@kka-ccm.ch)

von 50 Franken können über mehrere Jahre dieselben Franchisenbeträge gewahrt werden, was die Stabilität des Systems gewährleistet. Unter der Annahme, dass die Kosten um 3,5 Prozent pro Jahr steigen, müssen die Franchisen zum ersten Mal für das Jahr 2020 angepasst werden. Danach erfolgt wahrscheinlich alle vier Jahre oder in kürzeren Zeitabständen eine Anpassung.

#### **Kommentar**

Zu diesen Ausführungen ist anzumerken, dass sich der hier beschriebene Mechanismus so aus der Gesetzesvorlage nicht ergibt. Dies gilt insbesondere für die Berechnungsweise.

## **2. Strategie des Bundesrates seit 2015 zur Reduktion der Anzahl wählbarer Wahlfranchisen, Minderung der Prämienreduktionen und Einschränkung der Wahlfreiheit**

Der Bundesrat schlug 2015 vor, die wenig genutzten Franchisen von CHF 1000.- und 2000.- zu streichen. Bei den Franchisen von CHF 1500 und 2500 sollen die Prämienrabatte reduziert werden. Die KKA hat bereits in ihrer Stellungnahme zur Vernehmlassung der Verordnung über die Krankenversicherung betreffend Anpassung der Franchisen (KVV) vom 12. November 2015 ihre Positionen dazu deutlich gemacht:

- Wenn die Rabatte auf höheren Franchisen in grösserem Umfang gekürzt würden, stiege die Attraktivität in Zukunft tiefere Franchisen zu wählen. Die KKA ist dezidiert der Ansicht, dass dies die Eigenverantwortung der Versicherten mindern und zu höheren Gesundheitskosten führen würde.
- Wenn mehr Personen eine tiefe Franchise wählen, führt dies zudem auch bei gleichbleibenden Behandlungskosten zu einer Zunahme der in der Grundversicherung anfallenden Kosten und wirkt damit prämiensteigernd, heisst eine solche voraussehbare Entwicklung auf die Prämienlast aller Versicherten niederschlagen würde.
- Statt die Solidarität zu stärken, würde mit Kürzungen der Rabatte auf hohe Franchisen die Eigenverantwortung geschwächt. Gemäss BAG-Statistik haben aber gerade Personen mit hohen Wahlfranchisen einen erheblichen Beitrag zur Solidarität unter den Versicherten geleistet. Dies bedeutete konkret im 2014 einen Beitrag von rund 900 Millionen Franken.

**Die damaligen Vorschläge des Bundesrates wurden breit und in aller Deutlichkeit abgelehnt.**

Im Juni 2017 kommunizierte der Bundesrat mit Start der Vernehmlassung dieser aktuellen Vorlage, dass künftig die Maximalrabatte je nach Franchisehöhe künftig abgestuft und die Rabatte für Erwachsene zwischen 80 Prozent (Franchise von CHF 500) und 50 Prozent (Franchise von CHF 2'500) liegen werden. **Der Bundesrat bleibt demnach auch mit vorliegender KVG-Änderung bei seiner Position von 2015.**

Dies führte zur Motion Weibel (15.4222) „Richtige Anreize mit Wahlfranchisen«. Mit dieser Motion wird der Bundesrat beauftragt, die aktuellen Wahlfranchisen und die entsprechenden Maximalrabatte von 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beizubehalten. In der Begründung wird vom Motionär die grundsätzliche Einschätzung der KKA geteilt, dass bei Kürzung der Rabatte auf hohe Franchisen die Attraktivität zur Wahl von der tiefen Franchisen steigt. Tiefe Franchisen bedeuten weniger Sparanreiz und weniger Sparanreiz führt zu insgesamt höheren Gesundheitskosten, was sich auf die Prämien aller Versicherten negativ auswirkt.

### 3. Konkrete Argumente der KKA für diese Gesetzesänderung

- Die KKA setzt sich für eine verstärkte Eigenverantwortung der Versicherten ein. Deshalb begrüsst die KKA eine Erhöhung der ordentlichen Franchise.
- Die KKA begrüsst die Einführung von Mehrjahresverträgen für Wahlfranchisen.
- Die KKA schlägt die Einführung einer zusätzlichen Franchise von CHF 3'000.- vor.

### 4. Fazit

Die KKA kann sich nicht des Eindrucks erwehren, dass der Bundesrat mit bewusster Fokussierung auf die ordentliche Franchise, seine Intentionen zur Einflussnahme auf die Anzahl, Höhe sowie die Prämienrabatte der Wahlfranchisen bewusst in den Hintergrund treten lässt. Ferner kann man die Notwendigkeit dieser vorgeschlagenen Gesetzesänderung ganz ernsthaft in Frage stellen.

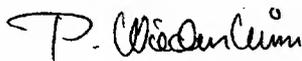
Es ist nicht sinnvoll und wirksam, die Entwicklung der Franchisenhöhe ausschliesslich an die Gesundheitskostenentwicklung zu koppeln. Der Versuch des Bundesrates mit Versicherungsmathematik den Prämienanstieg nachhaltig dämpfen zu wollen wird nicht erfolgreich sein. Massgebend für die Kostenentwicklung sind die kontinuierlich steigenden Ausgaben für die medizinische Versorgung der Schweizer Bevölkerung. Die wichtigsten Faktoren für diese Entwicklung sind die gestiegene Lebenserwartung der Versicherten, der medizinische Fortschritt und die verstärkte individuelle Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Um den Prämienanstieg nachhaltig abzdämpfen, müssten also Kosten aus dem System genommen werden. Das hiesse beispielsweise die Spitäler – den stationären und klinikambulanten Bereich - und deren Finanzierung noch vermehrt einer gesamtheitlichen Prüfung zu unterziehen. Zwar hätte der Bund hierfür mit Bezug auf die Regelung der Finanzierung, der Leistungen und der Wirtschaftlichkeit durchaus die Kompetenz, aber es ist als Folge der kantonalen Spitalhoheit mit föderalistisch motivierten Widerständen der Kantone zu rechnen.

Wir bitten Sie im Namen des Vorstandes der Konferenz der Kantonalen Ärztegesellschaften, unsere Argumentationen in Ihre weiteren Überlegungen miteinzubeziehen und danken Ihnen dafür.

Freundliche Grüsse

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA

Fiorenzo Caranzano, co-président CCM





Bundesamt für Gesundheit BAG  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung  
Abteilung Versicherungsaufsicht  
Sektion Rechtliche Aufsicht KV  
CH-3003 Bern

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 2. Oktober 2017

## **Vernehmlassung Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung; Stellungnahme der FMH**

Sehr geehrter Herr Bundesrat

Die FMH dankt für den Einbezug ins Vernehmlassungsverfahren. Nach Konsultation der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen nimmt der Zentralvorstand der FMH wie folgt Stellung:

Die in der FMH vertretenen Organisationen lehnen die vorgeschlagene Gesetzesänderung eher ab. Dies insbesondere aus den folgenden Gründen:

### **Argumente für die Anpassung der Franchisen an die Teuerung**

Wenn die Kosten pro versicherte Person und die Prämien der Grundversicherung weiter im bekannten Ausmass steigen, was mit einer allseits gewünschten permanenten Verbesserung der Versorgungsqualität der Bevölkerung einhergeht, so müssen unseres Erachtens auch die Franchisen und Selbstbehalte mit dieser Entwicklung Schritt halten. Eine periodische Anpassung der Franchisen nach oben erscheint deshalb als unabdingbar und unausweichlich.

Zwar führen höhere Franchisen gerade bei tieferen Einkommen und Familien zu einer spürbar stärkeren Belastung im Krankheitsfall und die Opfersymmetrie wird stark strapaziert. Es geht aber darum, die soziale Krankenpflegeversicherung generell von Bagatellbehandlungen zu entlasten, was nur über höhere Kostenbeteiligungen für alle erreichbar ist. Deshalb ist es richtig, der Solidarität der gesunden Versicherten im Rahmen der Sozialversicherung die Kostenbeteiligung der kranken Patientinnen und Patienten gegenüberzustellen.

Der im Rahmen der Vernehmlassungsvorlage präsentierte Ansatz, dabei stufenweise und moderat vorzugehen, schätzungsweise mit Erhöhungen um CHF 50.– alle vier Jahre bzw. sofern die durchschnittlichen Kosten pro versicherte Person und Jahr das 13-fache der bisherigen Franchise übersteigen, erscheint als sachgerecht und akzeptabel.

Der Anstieg der Franchise wird moderat und verkräftbar sein. Benachteiligt sind Patienten mit chronischer Erkrankung, die auf regelmässige ärztliche Betreuung angewiesen sind. Eine Erhöhung um

CHF 50.– alle 3-4 Jahre scheint verkraftbar zu sein, wenn auch gerade diese Patientengruppe ihre verursachten Kosten nicht senken kann. Inwiefern die Ergänzungsleistungen ansteigen werden, muss von anderer Seite beurteilt werden. Problematisch ist eine Reduktion der Rabatte, die durchaus Fehlansätze fördern und somit den Prämiendruck erhöhen kann.

### **Für den Beibehalt der Prämienrabatte auf wählbaren Franchisen**

Zu versicherungsmathematischen Belangen können wir uns mangels vorhandenem Fachwissen nicht im Detail äussern. Es ist aber klar, dass trotz Beibehaltung der bisherigen Wahlmöglichkeiten bezüglich Höhe der frei wählbaren Franchisen, was wir befürworten, die für eine höhere Franchise gewährten Rabatte ungefähr den tatsächlichen Einsparungen entsprechen müssen. Ob es richtig ist, die bisher für bestimmte Wahlfranchisen angeblich zu hohen Rabatte etwas zu reduzieren, können wir nicht beurteilen. Ganz grundsätzlich befürworten wir im Zweifelsfall den unveränderten Beibehalt der sämtlichen bisherigen Möglichkeiten mit höher wählbarer Franchise, welche die Selbstverantwortung fördern und die einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten erfahrungsgemäss auch dazu bewegen können, kleinere Arztrechnungen selber zu bezahlen.

### **Fragliche Wirksamkeit**

Der Patient fühlt sich mündig und stellt dem Arzt gegenüber Forderungen an dessen Leistungen. Entsprechend gilt es zu bedenken, dass der Versicherte dazu verleitet wird, mehr vom Arzt zu fordern, wenn er schon eine höhere Franchise bezahlen muss.

### **Druck insbesondere auf sozial Schwächere und Chronischkranke**

Ce sera la population la moins aisée qui se verra sanctionnée, et plus particulièrement, les personnes âgées.

La classe moyenne inférieure par exemple, déjà fragilisée, qui se trouve juste au-dessus du seuil pour avoir le droit aux subsides, subira une pression économique supplémentaire et sera donc fortement touchée par une telle modification de la loi.

### **Gefährdung der Versorgung und langfristige Kostenerhöhung**

Selon une récente étude<sup>1</sup>, déjà 10.7% des personnes interrogées y renoncent pour des raisons économiques, dont une franchise trop haute. Avec une hausse de la franchise, cette tendance s'accroîtra ce qui est fort regrettable. Sur le long terme, il faudra compter sur une détérioration de la santé générale de la population, car si les patientes et patients ne consultent pas, les coûts de traitement sont par la suite beaucoup plus élevés. Cette mesure est non seulement contreproductive, mais elle aura un effet inverse que souhaité sur les coûts de la santé : leur augmentation.

### **Prävention gefährdet**

Par ailleurs, cette modification risque d'avoir des conséquences sur la prévention. Avec des franchises plus élevées, nous pouvons partir du principe que le patient reconcevra à ce type de prestations. Alors que des études ont établi que chaque franc investi dans la prévention fait baisser la morbidité et la mortalité prématurée permet d'économiser d'énormes coûts. A titre d'illustration, un franc investi dans la prévention du tabagisme permet d'économiser 40 fois plus.<sup>2</sup>

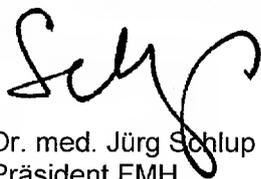
<sup>1</sup> Bodenmann, P. et al. (2014). « Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons », Plos One 9 (4). URL: [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_01217329AADE.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_01217329AADE.P001/REF).

<sup>2</sup> Wisesser, S. et al. (2010). Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse. Zurich University of Applied Sciences et Institut de recherches économiques Université de Neuchâtel.

### Sektoruell übergreifende Kosten-Nutzen Diskussion notwendig

Es besteht zwar Konsens über Fehlanreize im heutigen Gesundheitssystem zwischen ambulanten und spitalambulanten Behandlungen auf der einen und Eingriffen im stationären Bereich der Spitäler auf der anderen Seite. Heute haben Spitäler und Krankenkassen immer noch zu wenig Anreize, die günstigeren Alternativen zum Spitalaufenthalt zu fördern. Zwar kommt mit der Regelung „ambulant statt stationär“ einzelner Kantone etwas Bewegung in das System. Die Spitäler werden aber für ihren stationären Bereich besser entgolten. Und die Versicherer müssen bei stationär durchgeführten Eingriffen maximal 45% der Kosten übernehmen, während es im ambulanten Bereich 100% sind. Solch eklatante Fehlanreize liessen sich nur durch eine einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen beseitigen und nicht durch die aktuell vorgeschlagene KVG-Ergänzung des Bundes. Im Sinne einer sektoriell übergreifenden Betrachtung muss dringlich von einem reinen Kosten-Fokus auf eine Kosten-Nutzen-Diskussion umgeschwenkt werden.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Jürg Schlup  
Präsident FMH



Anne-Geneviève Bütikofer  
Generalsekretärin FMH

Département fédéral de l'intérieur  
Monsieur le Conseiller fédéral  
Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Berne

Par e-mail : [aufsicht-  
krankensversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankensversicherung@bag.admin.ch);  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Berne, le 4 septembre 2017

**Consultation de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.  
Adaptation des franchises à l'évolution des coûts - réponse de l'association  
Médecins de Famille et de l'enfance Suisse (mfe)**

Monsieur le Conseiller fédéral,

Nous vous remercions de nous offrir l'opportunité de participer à la consultation susmentionnée. mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse représente les intérêts professionnels des médecins de famille et de l'enfance au niveau national.

**Appréciation générale**

Etre en mesure de soigner les patientes et patients, peu importe leur situation économique est une préoccupation centrale des médecins de famille et de l'enfance. Le système de santé suisse doit pouvoir garantir un bon accès au système de santé à la population dans son ensemble. Or, le projet d'adaptation des franchises à l'évolution des coûts dont il est question ici, met en péril l'accès aux soins médicaux de la population dans son ensemble. La classe moyenne inférieure par exemple, déjà fragilisée, qui se trouve juste au-dessus du seuil pour avoir le droit aux subsides, subira une pression économique supplémentaire et sera donc fortement touchée par une telle modification de la loi.

Dès lors, adapter les franchises à l'évolution des coûts a pour conséquence qu'un nombre de personnes encore plus élevé qu'actuellement renoncera à consulter un médecin. Pour les défenseurs de ce projet, il est question d'éviter que la population se rende trop facilement chez le médecin, ce qui contribue à l'augmentation des coûts de la santé. Or, la réalité est tout autre. Selon une récente étude<sup>1</sup>, déjà 10.7% des personnes interrogées y renoncent pour des raisons économiques, dont une franchise trop haute. Avec une hausse de la franchise, cette tendance s'accroîtra ce qui est fort regrettable. Sur le long terme, il faudra compter sur une détérioration de la santé générale de la population, car si les patientes et patients ne consultent pas, les coûts de traitement sont par la suite beaucoup plus élevés. Cette mesure est non seulement contreproductive, mais elle aura un effet inverse que souhaité sur les coûts de la santé : leur augmentation.

Par ailleurs, cette modification risque d'avoir des conséquences sur la prévention. Avec des franchises plus élevées, nous pouvons partir du principe que le patient reconcevra à ce type de prestations. Alors que des études ont établi que chaque franc investi dans la prévention fait baisser la morbidité et la mortalité prématurée permet d'économiser d'énormes coûts. A titre d'illustration, un franc investi dans la prévention du tabagisme permet d'économiser 40 fois plus.<sup>2</sup>

Sur la base des points mentionnés ci-dessous, mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse est critique quant à cette modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et ne la soutient pas.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions de recevoir, Monsieur le Conseiller fédéral, nos salutations distinguées.



Philippe Luchsinger  
Président de l'association Médecins  
de famille et de l'enfance Suisse

---

<sup>1</sup> Bodenmann, P. et al. (2014). « Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons », *Plos One* 9 (4). URL: [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_01217329AADE.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_01217329AADE.P001/REF).

<sup>2</sup> Wisesser, S. et al. (2010). *Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse*. Zurich University of Applied Sciences et Institut de recherches économiques Université de Neuchâtel.

Bundesamt für Gesundheit  
3003 Bern

Per E-Mail an: [aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch) und [dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern, 18. Oktober 2017 – CST/dgl

## **Änderung des KVG: Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung** **Anhörungsantwort des Verbandes *senesuisse***

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset  
Sehr geehrte Damen und Herren

Weil *senesuisse* als Verband der wirtschaftlich unabhängigen Alters- und Pflegeinstitutionen sich für ein möglichst wirtschaftlich geprägtes Gesundheitswesen mit positiven Anreizen und viel Wahlmöglichkeiten engagiert, erhalten Sie in der angesetzten Frist diese Stellungnahme.

Im Jahr 1996 wurde der Verband *senesuisse* gegründet. Seither vertritt er die Interessen und Anliegen von Leistungserbringern im Bereich der Langzeitpflege. Mehr als 400 Institutionen mit über 20'000 Pflegeplätzen sind Mitglied.

Als Verband der nicht subventionierten Alters- und Pflegeinstitutionen setzt sich *senesuisse* seit jeher für wirtschaftliche und deregulierende Lösungen in allen Bereichen ein und wehrt sich gegen ständig steigende Bürokratie und zusätzlichen Administrativaufwand, die niemandem nützen. Entsprechend den Prämissen von Wirtschaftlichkeit, Selbstverantwortung und Freiheit **unterstützen wir den unterbreiteten Vorschlag, welcher die Eigenverantwortung der Patienten fördert und damit unnötigen Kosten vorbeugt. Gleichzeitig fordern wir den Verzicht auf die geplante Senkung der franchisenabhängigen Maximalrabatte.**

### **A Einleitende Bemerkungen zur Vorlage**

Das KVG hat den eigentlichen Zweck, der gesamten Bevölkerung das benötigte Minimum an Leistungen im Gesundheitsbereich zugänglich zu machen und im Sinne einer Solidarität über die Kopfprämien zu finanzieren. Von diesem Zweck sind wir bereits weit abgewichen, indem immer mehr Leistungen über die Grundversicherung abgedeckt sind und somit der gesamten Bevölkerung zur Zahlung auferlegt werden. Als Folge davon müssen nicht nur jährliche Prämien erhöhungen bekannt gegeben werden, sondern wurden auch Entlastungen bei den Prämienzahlenden nötig. So verfügt heute bereits ein Drittel der Versicherten über Prämienverbilligungen, was dem Sinn widerspricht und grossen Administrativaufwand verursacht. Auch die Verschiebung der krankheitsbedingten Kosten auf andere Sozialversicherungen (namentlich Ergänzungsleistungen bei notwendigem Aufenthalt im Pflegeheim) führt zu Aufwand ohne entsprechenden Mehrwert. Doch statt dieses System grundsätzlich zu überdenken, werden immer mehr Detailkorrekturen vorgenommen, welche nur zu noch mehr Komplexität führen. So bewirkt als ein Beispiel der „verfeinerte Risikoausgleich“ zusätzliche Administrativkosten, ohne Leistungen zu verbessern oder dem Gesamtsystem eine Entlastung zu bringen.

**Es wäre dringend nötig, das gesamte Finanzierungssystem neu zu überdenken, statt solche Detailkorrekturen vorzunehmen, welche nur mehr Komplexität ohne Zugewinn an Mehrwert bewirken.**

Der Verband **senesuisse** hat in Zusammenarbeit mit dem Gottlieb Duttweiler Institute (GDI) und den wichtigsten Stakeholdern ein System der optimalen Finanzierung von Betreuung und Pflege im Alter entworfen, welches anstelle der vielen Revisionen von KVG und Verordnungen zu echten Verbesserungen führen würde:

<http://www.senesuisse.ch/images/news/Veranstaltungen/2014/Broschre%20GDI-senesuisse%20DEF.pdf>

## **B Begründung unserer Guttheissung der vorgeschlagenen Änderung**

Konkret ist folgende Neuerung geplant: Die Höhe der Franchise wird regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der OKP angepasst.

Diese Änderung zielt klar in die Richtung „mehr Eigenverantwortung“ und Verursacherprinzip. Sie ist dringend nötig, weil bisher immer dem Trend zu „mehr Solidarität – und damit weniger Eigenverantwortung“ gefolgt wurde. Dies geschah etwa in den verschiedenen Senkungen der Prämienrabatte – welche zu Unrecht aktuell vom Bundesrat erneut erwogen wird.

Der Tendenz zu immer weniger Eigenverantwortung ist dringend Einhalt zu gebieten. Wie soll der unnötige Bezug von Gesundheitsleistungen eingedämmt werden, wenn solche nahezu gratis erhältlich sind? Die Zunahme des Bezugs an medizinischen Leistungen gegen das Ende jedes Kalenderjahres zeigt eindeutig auf, dass eine Kostensensibilität besteht und nach dem „Aufbrauchen der Franchise“ eine Gefahr des übermässigen Konsums besteht (schliesslich zahle man ja auch monatlich hohe Prämien dafür und habe deshalb Anrecht auf Konsum ...). Bereits heute ist eine „Vollkasko-Mentalität“ bei der Krankenversicherung nachweisbar: Die immer gegen Jahresende deutlich ansteigenden Leistungen belegen, dass man sich als Patient (verständlicherweise) weniger einschränkt, sobald die Franchisenhöhe erreicht ist und dadurch alles zum 10%-Preis oder gar gratis zu haben ist. Und dies bereits ab sehr geringen Kosten (bei der „Normalfranchise“) von 300 Franken pro Jahr.

Weil auch die Leistungserbringer keinen Anreiz zu Einsparungen haben und der Katalog an gedeckten Leistungen immer breiter wird, ist das Endresultat von „weniger Eigenverantwortung“ alles andere als sozial: Ganz besonders Familien leiden unter stetig steigenden Prämien, und gerade sie würde die Senkung der Eigenverantwortung – und noch schlimmer die aktuell vom Bundesrat vorgeschlagene Senkung der Rabatte – am heftigsten treffen. Besonders Familien haben eher höhere Franchisen gewählt; sei es aufgrund ihrer altersbedingt noch tieferen Gesundheitsausgaben oder auch zur Schonung des Familienbudgets.

## **C Fazit**

- Die vorgeschlagene Anpassung der Franchisen an die Kostensteigerung ist nötig.
- Darüber hinaus sollte eine Erhöhung der Mindestfranchise von 300 auf mindestens 500 Franken geprüft werden, damit nicht alle Leistungen nahezu gratis erhältlich sind.
- Auf die geplante Senkung der Prämienrabatte bei höheren Franchisen ist zu verzichten.
- Wenschon ist als solidarischer Lösungsansatz im bestehenden System die aktuell auch diskutierte längere Bindung an die einmal getroffene Franchisenwahl weiter zu verfolgen.

Wir danken Ihnen für die Kenntnisnahme und Berücksichtigung unserer Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüssen  
**senesuisse**

Christian Streit  
Geschäftsführer

**Per E-Mail an:**

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Schwarzenburgstrasse 165  
3003 Bern

Bern, 5. September 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG):  
Vernehmlassung zur Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrter Herr Bundesrat,  
sehr geehrte Damen und Herren

Wir beziehen uns auf das im Betreff erwähnte Vernehmlassungsverfahren. Gerne nehmen wir zur geplanten Gesetzesänderung sowie zum erläuternden Bericht Stellung.

Der VSAO lehnt die Vorlage ab. Wie der Bundesrat in seinen Ausführungen selber aufzeigt, lässt sich der Anstieg der Krankenkassenprämien durch regelmässige Franchisenerhöhungen nicht wirksam und nachhaltig bremsen - geschweige denn stoppen. Der neue Passus im KVG taugt auch nicht dazu, medizinische Bagatellfälle und unnötige Untersuchungen zu erkennen und zu vermeiden. Genau das war aber das Ziel der Motion «Franchisen der Kostenentwicklung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anpassen» (15.5147) von Ständerat Ivo Bischofberger (CVP/AI), welche dem Gesetzesentwurf zugrunde liegt.

Statt gemäss Motionär die Eigenverantwortung zu stärken, verstärkt sich der finanzielle Druck auf die Patientinnen und Patienten. Speziell betroffen sind sozial schwächere und / oder solche mit mehreren (chronischen) Erkrankungen, deren Zahl aufgrund des demographischen Wandels künftig weiter zunehmen wird. Dies kann dazu führen, dass nötige medizinische Behandlungen unterbleiben oder zu spät erfolgen, was unter Umständen ebenfalls zu steigenden Gesundheitskosten führt. Bereits heute verzichtet ein Teil der Bevölkerung aus Kostengründen auf medizinische Angebote (zum Beispiel im Kanton Genf Studien zufolge rund 10 bis 15 Prozent). Die geplante Gesetzesänderung leistet solch bedenklichen Entwicklungen Vorschub.

Ferner ist - auch das hält der erläuternde Bericht ausdrücklich fest - bei der Umsetzung der Gesetzesänderung mit einem Anstieg der Ausgaben bei der Sozialhilfe zu rechnen. Eine Einschätzung, welche der VSAO teilt, wenn man bedenkt, dass sich die direkte Kostenbeteiligung der Prämienzahlerinnen und -zahler im Schweizer Gesundheitswesen auf einem im internationalen Vergleich rekordhohen Niveau bewegt. Dazu gehören nebst den Franchisen namentlich der Selbstbehalt sowie die Pflegekostenbeteiligung in Spitälern, Heimen und bei der Spitex. Derzeit ist die ordentliche Franchise doppelt so hoch wie bei der Einführung des neuen KVG 1996. Die Wahlfranchisen wurden 1998 und 2005 angepasst; die höchste Wahlfranchise hat der Bundesrat von 1500 auf 2500 Franken massiv angehoben. Auf der anderen Seite stehen die ungenügende Umsetzung des Prämienverbilligungssystems durch die Kantone und die geplante Verschärfung bei den Ergänzungsleistungen.

All diese Gründe bewegen den VSAO dazu, Ihnen zu empfehlen, von einer regelmässigen Erhöhung der Franchisen abzusehen. Denn eine solche Massnahme löst kein einziges Problem - aber schafft zahlreiche neue.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Antwort und stehen Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Verband Schweizerischer Assistenz-  
und Oberärztinnen und -ärzte



Dr. med. Daniel Schröpfer  
Präsident



Marcel Marti  
Leiter Politik und Kommunikation /  
stv. Geschäftsführer



**Bündnis  
Freiheitliches  
Gesundheitswesen**

---

Bundesamt für Gesundheit  
Abteilung Aufsicht  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern

Basel, 19. Oktober 2017

**Vernehmlassung: Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung.  
Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 hat der Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Inneren die Vernehmlassung in obengenanntem Geschäft mit Frist bis 19. Oktober 2017 eröffnet. Demgemäss lassen wir Ihnen nachstehend fristgerecht unsere Stellungnahme zukommen.

Das Konsumverhalten von Patientinnen und Patienten sowie die auf Quantität fokussierte Vergütung der medizinischen Leistungen fördern die Mengenausweitungen. Moral Hazard auf der Angebots- und Nachfrageseite ist einer der wichtigen Kostentreiber im schweizerischen Gesundheitswesen und gefährdet die Solidarität zwischen gesunden Prämienzahlerinnen / Prämienzahlern und Patientinnen / Patienten.

Wir begrüssen deshalb die Stossrichtung der Motion Bischofberger und der vorgelegten Revision von Art. 64 Abs. 3 zweiter Satz KVG ausdrücklich. Eine nach definierten Kriterien begründete, regelmässige Überprüfung der Franchisen und deren Anhebung bei Bedarf sichert sowohl das Gleichgewicht von Eigenverantwortung und Solidarität für gesunde und kranke Versicherte als auch das Versicherungsprinzip. Ausserdem fördert eine Dynamisierung der Franchisen die Transparenz und Kostenwahrheit im Bereich der Prämienbildung OKP, wie dies ja auch die bundesrätliche Strategie Gesundheit 2020 fordert.

Wichtig ist aus unserer Sicht bezüglich Umsetzung folgendes: Der Begriff der Regelmässigkeit ist zu definieren. Die Franchisen sollten jeweils – wie es der Entwurf richtig festhält – auf runde Beträge festgelegt werden, was die Handhabung für die Versicherten erleichtert. Die Anpassungen sind bei allen Franchisen gleichermaßen vorzunehmen.

Wir sind allerdings der Ansicht, dass die vorgeschlagene Formulierung auf Gesetzesstufe sehr knapp ist und dem Verordnungsgeber einen zu grossen Spielraum lässt. Deshalb sollten in Art. 64 Abs. 3 KVG Aussagen zum Zeitabstand der Überprüfungen („in der Regel alle .... Jahre“) und zur jeweils einheitlichen Anpassung aller Franchisen gemacht werden.

Ein Problem besteht unsererseits noch darin, dass das Verhältnis der Kosten zur Grundfranchise immer erst Mitte des nachfolgenden Jahres bekannt ist und es somit insgesamt mindestens zwei Jahre dauert, bis eine Veränderung in der Franchise abgebildet werden kann. Es ist deshalb zu prüfen, wie eine zeitnähere Anpassung möglich ist.

Für die wohlwollende Berücksichtigung unserer Ausführungen danken wir Ihnen im Voraus bestens.

Mit freundlichen Grüssen

Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

Prof. Dr. Robert Leu, Präsident

Dr. Andy Fischer, Vizepräsident

**Breit abgestützte und branchenübergreifende Vereinigung mit hoher Legitimation**

Am 5. September 2013 ist in Bern das Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen gegründet worden. Mittlerweile gehören dem Bündnis bereits 25 grosse Verbände und Unternehmen aus allen Bereichen des schweizerischen Gesundheitswesens an. Der Vorstand setzt sich aus 27 Top-Exponenten des schweizerischen Gesundheitswesens zusammen.

Das Bündnis ist dank des branchenübergreifenden Charakters und seiner Grösse einzigartig in der schweizerischen Gesundheitslandschaft und schöpft die Legitimation zur Mitwirkung an der Meinungsbildung aus seiner Grösse, seiner breiten Abstützung und der Fachkompetenz seiner Mitglieder.

Das Bündnis engagiert sich für ein marktwirtschaftliches, wettbewerbliches, effizientes, transparentes, faires und nachhaltiges Gesundheitssystem mit einem Minimum an staatlichen Eingriffen und Wahlfreiheit für Patientinnen / Patienten, Versicherte und Akteure unseres Gesundheitswesens. Nur so bleibt genug Raum für Innovation sowie eine Optimierung von Behandlungsqualität und Patientensicherheit.

Das Bündnis kann auf Internet unter [www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch](http://www.freiheitlichesgesundheitswesen.ch) besucht werden.

# SKOS CSIAS COSAS

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe  
Conférence suisse des institutions d'action sociale  
Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale  
Conferenza svizra da l'agid sozial

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Per E-Mail:

[aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch](mailto:aufsicht-krankenversicherung@bag.admin.ch)  
[dm@bag.admin.ch](mailto:dm@bag.admin.ch)

Bern 17. Oktober 2017/bs

## **Stellungnahme zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehmen wir zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung Stellung. Der Hauptpunkt dieser Revision hat unmittelbare Auswirkungen auf die Sozialhilfe, deshalb hat die Vorlage eine grosse Relevanz für die SKOS als Fachverband der Sozialhilfe. Die SKOS lehnt die Vorlage aus folgenden Gründen ab:

### **Die Vorlage ist kein wirksames Mittel zur Stärkung der Eigenverantwortung in der Sozialhilfe**

Die geplante Anpassung der Franchisen würde bei Sozialhilfebeziehenden die anvisierten Ziele verfehlen. Bei Sozialhilfebeziehenden ist nicht ein unterdurchschnittliches Verantwortungsgefühl Grund für die hohen Gesundheitskosten, sondern erhöhte gesundheitliche Belastungen. Sozialhilfe Beziehende sind deutlich häufiger chronisch krank als die übrige Bevölkerung, wie eine Studie der Helsana und der Stadt Bern zeigt.<sup>1</sup> Die Erfahrung der Sozialhilfe mit dem Umgang mit Menschen mit Mehrfachproblematiken zeigen, dass höhere Franchisen kaum mehr Kostenbewusstsein bewirken werden. Gefragt sind vielmehr präventive Massnahmen zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenzen und ein umfassendes Case Management.

### **Mit der Vorlage werden zusätzliche Bevölkerungsgruppen von der Sozialhilfe abhängig**

Der Bundesrat hält in seinem erläuternden Bericht fest, dass die Erhöhung der Franchisen wahrscheinlich mehr Versicherte dazu veranlassen wird, Sozialhilfe zu beantragen. Dieser Effekt läuft den Bemühungen zur Verhinderung von Sozialhilfeabhängigkeit diametral entgegen. Die Erfahrung zeigt ferner, dass sich viele Personen mit tiefen Einkommen vor dem Gang zur Sozialhilfe verschulden. Prämien der Krankenversicherung und Arztrechnungen sind neben den Steuern die häufigsten Schulden von Personen mit tiefen Einkommen.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Reich, Ölver et al. (2015). *Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012: Evidence from Switzerland*, in: *Global Journal of Health Science*, Vol. 7, No. 4, 2015, S. 1-11

<sup>2</sup> Caritas (2013). *Wenn Schulden die Existenz bedrohen*. Positionspapier.

### **Die Vorlage verlagert Kosten von der Krankenversicherung zur Sozialhilfe**

Die Gesundheitskosten pro Person sowie die ordentlichen Franchisen haben sich seit 1996 praktisch verdoppelt. Die SKOS-Richtlinien sehen vor, dass die Sozialhilfe im Rahmen der materiellen Grundversicherung die Kosten für die Prämien der Krankenversicherung und Kostenbeteiligungen übernimmt. In den meisten Kantonen werden Prämien der Sozialhilfebeziehenden durch die individuelle Prämienverbilligung übernommen.<sup>3</sup> Voll von der Sozialhilfe übernommen werden die Kostenbeteiligungen der Patienten, d.h. in erster Linie Franchisen und Selbstbehalte.<sup>4</sup> Die Gesundheitskosten sind zu einem massgeblichen Teil verantwortlich für das Wachstum der Sozialhilfekosten in den Kantonen und Gemeinden. Die Erhöhung der Franchisen wird dazu führen, dass die Sozialhilfekosten der bisherigen Sozialhilfebeziehenden steigen werden. Wenn man davon ausgeht, dass rund die Hälfte der 266'000 Sozialhilfebeziehenden ihre Franchise ausschöpfen und dies auch bei einer Erhöhung um 50 Franken tun werden, ergeben sich jährlich zusätzliche Kosten von **6.6 Mio. Franken**, die von der Sozialhilfe in das Gesundheitssystem fliessen.

Der Bundesrat stellt in Aussicht, dass aufgrund der Anpassung der Franchisen möglicherweise die Prämien der Krankenversicherungen in Zukunft weniger stark steigen werden. Ob und wie stark sich die erhöhten Franchisen tatsächlich auf das Prämienniveau auswirken, ist zum heutigen Zeitpunkt jedoch offen. Die Faktoren welche die Prämienhöhe beeinflussen sind zu für eine verlässliche Voraussage zu divers.

### **Die Vorlage führt zu Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem und zu mehr Bürokratie**

In einigen Kantonen haben ausstehende Zahlungen gegenüber der Krankenversicherung zur Folge, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen auf Notfallbehandlung beschränkt wird. 9 Kantone führen zurzeit entsprechende Listen. Oft müssen diese Ausstände von der Sozialhilfe beglichen werden, um damit für die Betroffenen wieder die ordentliche medizinische Versorgung sicherzustellen. Dies hat eine Verlagerung der Kosten von den Krankenversicherern zur Sozialhilfe zur Folge. Höhere Franchisen können dazu führen, dass mehr Personen auf diesen Listen aufgeführt werden. Damit erhöht sich auch der damit verbundene administrative Aufwand.

Aus den oben genannten Gründen lehnt die SKOS die vorgesehene Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung ab. Sie regt an, stattdessen Massnahmen zu fördern, die die Prävention von Krankheiten und das Case Management bei Armutsbetroffenen ausbauen.

Wir danken Ihnen für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Mit freundlichen Grüssen



Therese Frösch, Co-Präsidentin



Markus Kaufmann, Geschäftsführer

<sup>3</sup> Nicht gedeckt sind die Prämien in den Kantonen Aargau, Basel-Stadt, Bern, Freiburg und Tessin (SKOS-Monitoring Sozialhilfe 2016)

<sup>4</sup> Bundesrat (2016). Stellungnahme zur Motion 16.3112 *Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen*. 03.06.2016. Bern.



### Envoi par e-mail

Office fédéral de la santé publique  
Unité de direction Assurance maladie et  
accidents  
Division surveillance de l'assurance  
3003 Bern

Le 9 octobre 2017

## **Modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. Adaptation des franchises à l'évolution des coûts (Mo Bischofberger 15.4157) – Prise de position de Dettes Conseils Suisse**

Madame, Monsieur,

Dettes Conseils Suisse regroupe 38 services de désendettement à but non lucratif soutenus par des cantons et communes de Suisse dans leurs programmes de prévention et de lutte contre le surendettement. Environ les  $\frac{3}{4}$  des ménages qui consultent nos membres ont un revenu inférieur à 6'000.- par mois. En 2015 et 2016, trois ménages sur cinq nous consultant avaient des dettes d'assurance-maladie et un sur trois des dettes auprès de prestataires de soins. En sus, la maladie, les accidents et leurs suites financières (diminution de revenu, perte d'emplois, frais de santé) jouaient un rôle dans environ un quart des historiques de surendettement. Raisons pour lesquelles nous nous sentons légitimés à participer à la présente procédure de consultation.

### **1. Résumé**

Dettes Conseils Suisse s'oppose catégoriquement à la mise en œuvre de la motion Bischofberger 15.4157. En effet, dite motion n'est non seulement pas à même de produire l'effet escompté de réduction des coûts de la santé, mais, en ne tenant aucunement compte de l'évolution du revenu disponible des ménages, elle consacre une médecine à deux vitesses contraire, notamment, aux art. 8 a. 2 et 41 al. 1, lit. b de la Constitution fédérale.

### **2. Constats**

#### *2.1. Le revenu disponible des ménages économiquement modestes tend à diminuer*

Le rapport social statistique suisse 2015<sup>1</sup> nous montre que les charges obligatoires des ménages ont régulièrement augmenté entre 1998 et 2011 et, partant, font fondre le revenu disponible. L'augmentation cumulée des primes d'assurance-maladie de ces 20 dernières années équivaut à

<sup>1</sup> Rapport social statistique suisse 2015, OFS, Neuchâtel, 2015, p. 37ss

<sup>2</sup> <https://www.rts.ch/info/suisse/8045185-les-primas-maladie-ont-augmente-de-159-depuis-20-ans.html>

159%<sup>2</sup>. Comme le précise le Conseil fédéral dans sa réponse à la motion Bischofberger 15.4157, entre l'entrée en vigueur de la LAMal et aujourd'hui, la participation aux coûts a augmenté de 111%... alors que les salaires nominaux n'ont connu qu'une augmentation de 23,6%<sup>3</sup>. Ajoutons encore que, entre 2001 et 2015, les loyers ont augmenté, en moyenne suisse, de 53%<sup>4</sup>. Notre pratique nous montre que de très nombreuses personnes connaissent aujourd'hui **un endettement systémique**, dans le sens où le(s) revenu(s) du ménage ne suffisent tout simplement pas à couvrir leur minimum vital et charges obligatoires. Partant, celles-ci s'endettent année après année. Ce qui explique, du moins en partie, le concept d'épargne « négative » des 20% de ménages ayant les plus faibles revenus présenté par l'OFS<sup>5</sup>.

## 2.2 Les subsides d'assurance-maladie se réduisent et manquent de plus en plus leur cible

Le communiqué de presse du Conseil fédéral<sup>6</sup> faisant suite au monitoring 2014 sur l'efficacité de la réduction des primes d'assurance-maladie<sup>7</sup> est assez éloquent. Il précise en effet qu'entre 2010 et 2014, tant le nombre de bénéficiaires de subsides que le montant des subsides par bénéficiaire ont diminué. Ceci alors que la situation socio-économique ne s'est pas améliorée et que les primes d'assurance-maladie ne cessent d'augmenter à un rythme effréné. La charge des primes d'assurance-maladie sur les ménages à revenus modestes s'élevait, en moyenne suisse, à 12% du revenu et pouvait même s'élever à 17% du revenu dans le canton de Berne. Les auteurs du rapport concluaient également que la tendance allait vers une aggravation de la situation en raison des mesures d'économies que certains cantons avaient annoncées. Depuis lors, non seulement des mesures d'économie ont eu lieu, mais sont encore annoncées<sup>8</sup>. En sus, certains cantons utilisent les montants dévolus aux subsides d'assurance-maladie pour racheter les actes de défaut de biens des assurés défaillants au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal<sup>9</sup>. Ce qui conduit également à une diminution des subsides d'assurance-maladie. En d'autres termes, la situation des ménages ayant des revenus modestes s'est encore péjorée depuis la publication des rapports sur la statistique sociale et sur l'efficacité de la réduction des primes d'assurance-maladie.

## 2.3 Le nombre de personnes renonçant à des prestations médicales pour des raisons financières augmente

Suivant les études<sup>10</sup>, le nombre de personnes renonçant à des prestations médicales pour des raisons financières se situe entre une personne sur sept et une personne sur quatre. Le rapport de l'OBSAN tend à démontrer que cette proportion a plus que doublé entre 2010 et 2016. Inutile

<sup>2</sup> <https://www.rts.ch/info/suisse/8045185-les-primes-maladie-ont-augmente-de-159-depuis-20-ans.html>

<sup>3</sup> <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20154157>

<sup>4</sup> <https://www.blick.ch/news/wirtschaft/wer-wo-wieviel-mehr-bezahlt-die-mietzinse-explodieren-id4146671.html>

<sup>5</sup> OFS, op. Cité, p. 41

<sup>6</sup> Assurance-maladie: la réduction individuelle de primes perd de son efficacité, Conseil fédéral, communiqué de presse du 14 janvier 2016

<sup>7</sup> Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2014, Schlussbericht, B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung, Dezember 2015, Basel

<sup>8</sup> Voir, par exemple: Lucerne coupe dans les subsides, Céline Zünd, le Temps, 4 octobre 2017, <https://www.letemps.ch/suisse/2017/10/04/lucerne-coupe-subsides>

<sup>9</sup> Voir, par exemple: Das grosse Verlustgeschäft mit den Prämienverbilligungen, Urs Moser, AZ Solothurner Zeitung, 10 août 2017, <https://www.solothurnerzeitung.ch/solothurn/kanton-solothurn/das-grosse-verlustgeschaeft-mit-den-praemienverbilligungen-131596188>

<sup>10</sup> Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reason, Bondenmann & al., 2014, Plos One, [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_01217329AADE.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_01217329AADE.P001/REF) ; Health Care Renunciation for Economic Reasons in Switzerland, Guessous I., Swiss Medical Weekly, 18 février 2011, 141:w13165 ; Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale, Observatoire suisse de la santé (OBSAN), OBSAN Dossier 56, 2016

de préciser que ces personnes ne sont pas responsables de consultations « inutiles »... Comme le précise le rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer 13.3250, la renonciation à des prestations médicales pour des raisons financières est plus importante chez les personnes à faibles revenus et chez les assurés ayant des franchises élevées<sup>11</sup>. Notre pratique nous montre que bon nombre de personnes ayant des difficultés financières choisissent une franchise élevée dans le but de faire des économies.

#### 2.4 Les inégalités sociales et la santé

La motion Bischofberger 15.4157 ignore la réalité de la pauvreté, des personnes à revenus modestes et des personnes en difficulté financière en Suisse. Il est vrai que le rapport entre les inégalités sociales et les inégalités devant la santé n'ont fait l'objet que de peu d'études en Suisse. Ce qui a notamment été souligné par une étude de l'OCDE et de l'OMS sur le système de santé suisse<sup>12</sup>. Toutefois, diverses études récentes<sup>13</sup> démontrent que les inégalités socioéconomiques ont un impact important sur l'espérance de vie, les maladies non-transmissibles et le risque d'invalidité.

### 3. L'adaptation des franchises à l'évolution des coûts de la santé permettra-t-elle de réduire les coûts de la santé ?

#### 3.1. Quel impact les augmentations de franchise ont-elles eues sur les coûts de la santé ?

Depuis l'introduction de LAMal, le montant de la franchise a connu deux augmentations, la 1<sup>ère</sup> est entrée en vigueur en 1998, la seconde en 2004. Ainsi qu'une augmentation des franchises à option (nombre et montants) en 2005. Cela nous donne l'avantage de pouvoir prendre un minimum de recul sur l'impact qu'ont eues ces augmentations de franchises sur les coûts de la santé. Le graphique ci-dessous, basé sur les données de l'OFSP<sup>14</sup> nous montre l'évolution des coûts bruts de la santé par assurés entre 1996 et 2015.

Il ne s'agit certes pas d'une étude approfondie du rapport entre élévation de la franchise et réduction des coûts... mais ce graphique est de nature à suscité un doute plus que raisonnable sur l'efficacité de la motion Bischofberger 15.4157. En rouge figurent les années qui ont connu une augmentation des franchises. La tendance nous montre que celle-ci n'a pas été influencée. En tout cas pas dans le sens d'une diminution ! Nous notons en effet que l'évolution annuelle proportionnelle<sup>15</sup> des prestations brutes par assuré en 2004 détient ce triste de record de hausse

<sup>11</sup> Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins, rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer du 22.03.2013 (13.3250 « effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales »), Berne, le 28.06.2017 ; <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2013/20133250/Bericht%20BR%20F.pdf>

<sup>12</sup> OECD Reviews of Health Systems, Switzerland, OECD, 2011, paru le 24 janvier 2012, voir également: Voir: Les maladies poussent sur le terreau des inégalités, Bertrand Beauté, Tribune de Genève, 18 février 2017, <https://www.tdg.ch/sante/sante/Les-maladies-poussent-sur-le-terreau-des-inegalites/story/28926512>

<sup>13</sup> Voir: Inégalités sociales et économiques: Conséquences sur la santé en Suisse et à Genève, France Weaver, Forum « les inégalités sociales et de santé : un enjeu pour Genève, Université de Genève, le 22 mai 2012 ; [http://ge.ch/sante/media/site\\_sante/files/imce/medecin-cantonal/doc/inegalites\\_sociales\\_et\\_economiques\\_consequences\\_sur\\_la\\_sante\\_en\\_suisse\\_et\\_a\\_geneve\\_forum\\_i\\_ss\\_22\\_mai\\_2012.pdf](http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/medecin-cantonal/doc/inegalites_sociales_et_economiques_consequences_sur_la_sante_en_suisse_et_a_geneve_forum_i_ss_22_mai_2012.pdf)

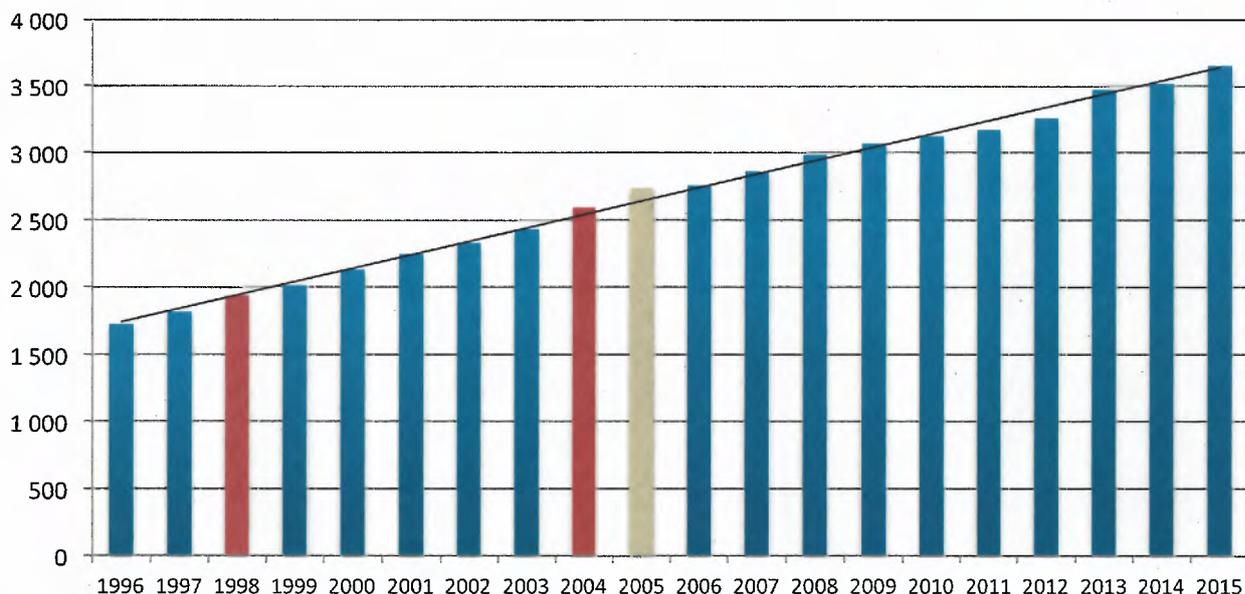
Les maladies poussent sur le terreau des inégalités, Bertrand Beauté, Tribune de Genève, 18 février 2017, <https://www.tdg.ch/sante/sante/Les-maladies-poussent-sur-le-terreau-des-inegalites/story/28926512>

<sup>14</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung/Portal-statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.exturl.html/aHR0cDovL3d3dy5iYWctYW53LmFkbWluLmNoLzlwMTZfdGFnbG/FilZlwMTZfc3RhdG9rcC9wb3J0YWxfZnZlucGhwP3A9dmld182/YS00Jmxhbmc9Znl=.html>

<sup>15</sup> (Prestation brute par assurés année X – prestation brute par assuré année X-1)/Prestation brute par assuré année X-1

la plus importante sur la période sous revue (6,62 %) et que l'évolution annuelle proportionnelle de l'année 1998 se situe en... 2<sup>ème</sup> position (6,59 %) de ce palmarès.

## Prestations brutes par assuré, par an, en francs



### 3.2 Quel est l'impact des consultations médicales « inutiles » sur les coûts de la santé ?

S'il est vraisemblable que le recours à des prestations médicales pour des cas « bagatelle » a un impact sur les coûts de la santé, nous n'avons pas trouvé d'étude scientifique sur le sujet. Et, visiblement, le Conseil fédéral et les journalistes non plus<sup>16</sup>.

Pourtant, il est à notre sens nécessaire de pouvoir répondre à un certain nombre de questions afin de légiférer de manière pertinente, notamment :

#### 1° Sur le sujet des prestations effectivement « non nécessaires »

- Quelle part des coûts de la santé couvrent les prestations non nécessaires ?
- Cette part est-elle en augmentation ?
- Les coûts bruts de la santé liés à des prestations non nécessaires sont-ils en augmentation ?
- Quelles sont les raisons de ces prestations non nécessaires ? (Sont-elles liées à un manque d'information, à un manque de connaissances médicales, etc. ? Quelle part de ces coûts sont le fait de patients hypocondriaques ?...)
- Le recours à des prestations non nécessaires est-il lié à la hauteur du revenu disponible ? (L'augmentation du montant de la franchise a un effet dissuasif beaucoup plus marqué pour les personnes à revenu modeste...)
- ...

<sup>16</sup> Op. cité, p. 23s, ; et <https://www.rts.ch/info/suisse/8059329-les-consultations-superflues-aux-urgences-sont-couteuses.html>

2° Sur le thème du choix du fournisseur de prestation (médecin de famille, hôpital, spécialiste,...)

- Quelle est la part des coûts de la santé liés aux consultations aux urgences ou de spécialistes qui auraient pu être réglées par un médecin généraliste ?
- Cette part est-elle en augmentation ?
- Les coûts liés à ces consultations sont-ils en augmentation ?
- Quelles sont les raisons de ces « erreurs d'aiguillage » ? (manque de connaissance du système, pas de médecin de famille, n'arrive pas à trouver de médecin en raison de préjugés sur l'assurance, dettes auprès du médecin de famille, ...)
- ...

3.3 *Quel est l'impact de la renonciation à des prestations médicales pour raisons financières sur les coûts de la santé à long terme ? Risque d'effet pervers ?*

Selon le rapport du Conseil fédéral au postulat Schmid-Federer 13.3250<sup>17</sup>, aucune étude réalisée en Suisse ne permet de démontrer que la renonciation à des prestations médicales était responsable, au final, d'une augmentation des coûts de la santé. Toutefois, il cite des travaux ayant eu lieu à l'étranger qui arrivent à des conclusions quelque peu différentes : « Ces études montrent qu'il est moins probable qu'une renonciation à des prestations s'accompagne ultérieurement d'un bon ou d'un très bon état de santé (auto-évaluation) et qu'en cas de renonciation à des médicaments en présence de maladie chronique, la probabilité d'infarctus et d'hospitalisations augmente. ». Il serait à notre avis particulièrement surprenant qu'il en soit différemment en Suisse... Nous relevons que l'OCDE et l'OMS<sup>18</sup> ont souligné que le système de santé suisse « devra s'adapter pour faire face à l'augmentation des coûts et à l'augmentation des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète ». Ce sont en effet les maladies non transmissibles qui sont responsables de l'essentiel des coûts de la santé et qui chargeront de plus en plus le système. Soit des maladies qui touchent les personnes ayant des revenus modestes de manière plus importante. Considérant que l'enquête de l'OBSAN relève que la proportion des personnes ayant renoncé à consulter, des personnes affirmant avoir renoncé à réaliser un test médical, un traitement ou un examen de contrôle recommandé par un médecin et de celles n'ayant pas retiré un médicament sous ordonnance ou n'ont pas pris les doses de leur médicament ont plus que doublé entre 2010 et 2016<sup>19</sup>, il nous semble véritablement dangereux, d'un point de vue de la maîtrise des coûts, de limiter encore l'accès aux soins aux personnes de condition économique modeste.

#### 4° Conclusions

La solution de la motion Bischofberger 15.4157 ne se limite pas à édicter une augmentation de la franchise ponctuelle, qui sera déjà problématique. Elle prévoit une augmentation régulière de la franchise, adaptée à l'évolution des coûts de la santé. La part des coûts de la santé assumée par les assurés suisses est déjà l'une des plus importantes des pays de l'OCDE<sup>20</sup>, elle étouffe déjà les ménages à revenu modeste et elle devrait encore augmenter sept fois plus vite que les revenus ? Alors que la seule certitude que nous avons est qu'une telle « solution » ne fera qu'augmenter les inégalités de distribution des revenus disponibles, réduira les efforts des cantons pour limiter les effets de seuil à néant, conduira à une augmentation du surendettement systémique et à une exclusion des personnes à revenus modestes de l'accès aux soins. Les

<sup>17</sup> Op. cité, p. 26

<sup>18</sup> Santé: Le système de santé suisse affiche de bonnes performances mais doit se préparer pour le futur, communiqué de presse, OCDE, 17 octobre 2011, <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/santelesystemedesantesuisseaffichebonnesperformancesmaisdoitbiensepreparerpourlefutur.htm>

<sup>19</sup> OBSAN, op. cité, p.

<sup>20</sup> Versements directs des ménages pour les soins de santé dans les pays de l'OCDE, 2009, in OCDE – OMS, Examen du système de santé suisse, p. 5; <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/48987455.pdf>

coûts sociaux, à la charge des cantons et des communes, en seront particulièrement affectés. Ceci alors que le programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté touche à sa fin ?

La solution de la motion Bischofberger 15.4157 apparaît ainsi bien hasardeuse et socialement délétère. Non seulement il est tout à fait douteux qu'elle puisse avoir un effet bénéfique sur le système de santé, mais, en sus, il est certain qu'elle nuira aux personnes de condition économique modeste et à l'équilibre social. Partant, dite solution entre en contradiction avec le but social de l'art. 41 al. 1 lit b de la Constitution fédérale. Avec une telle solution, la Confédération ne pourra qu'échouer dans sa stratégie nationale de prévention des maladies non-transmissibles, ce qui conduira, selon toute vraisemblance, à une augmentation des coûts de la santé. Ce projet de révision doit être purement et simplement abandonné.

En vous remerciant de la considération que vous accorderez à la présente prise de position, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dettes Conseils Suisse



Sébastien Mercier  
Secrétaire général

**EINGEGANGEN**

11. Okt. 2017

Registratur GS EDI

AmtL	GP	<del>POU</del>	OeG	VS	R	AG/EP
DS	Bundesamt für Gesundheit					
<del>SM</del>						
CC						
Int						
PM						
GE						
GeS						AS/Ordn
Lst	VA	NOD	MT	BioM	Chem	Str

Per E-Mail (PDF- und Word-Version) an:

aufsicht-krankenversicherung@bag.ch  
dm@bag.admin.ch

Herrn Bundesrat  
Alain Berset  
Inselgasse 1  
3003 Bern

Rodersdorf, 10. Oktober 2017

**Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung:  
Vernehmlassungsverfahren**

Sehr geehrter Herr Bundesrat Berset,  
sehr geehrte Damen und Herren

Die Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht (SGHVR) bedankt sich für die Möglichkeit, sich im Rahmen der Vernehmlassung zur oben erwähnten Vorlage äussern zu können. Entsprechend der Ausrichtung unserer Gesellschaft gilt unser primäres Interesse der wissenschaftlichen Durchdringung der geregelten Materie.

**I. Ablehnung der Vorlage**

Die unterbreitete Vorlage beschränkt sich darauf, Art. 64 Abs. 3 KVG um den folgenden zweiten Satz zu ergänzen. "Er [gemeint: der Bundesrat] passt die Höhe der Franchise regelmässig der Entwicklung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an."

Aus dem Begleitbericht ergibt sich, dass dem Bundesrat die Kompetenz zur Anpassung der Franchise an die Kostenentwicklung schon nach geltendem Recht zusteht. Der Bundesrat hat von dieser Möglichkeit in der Vergangenheit denn auch schon ausgiebig Gebrauch gemacht. Entsprechend hat der Bundesrat die Franchisen prozentual sogar stärker erhöht, als die Kostenentwicklung dies nahegelegt hätte. Der einzige Unterschied zum geltenden Recht besteht so darin, dass der Gesetzgeber den Bundesrat neu zur regelmässigen Anpassung verpflichten will, wobei das Gesetz offenlässt, was unter regelmässig zu verstehen ist und ob eine Anpassung

zwingend linear zu erfolgen hat. Von selbst versteht es sich, dass eine solche Vorlage keinen irgendwie gearteten Mehrwert bringt und daher abzulehnen ist.

## II. Weiterführende Überlegungen zu Franchisen

Die Ablehnung der konkreten Vorlage bedeutet nicht, dass sich die SGHVR der Diskussion über höhere Franchisen grundsätzlich verschliessen würde. Diese Diskussion darf allerdings nicht punktuell geführt werden, sondern hat der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es sich bei der Grundversicherung nach KVG um eine Sozialversicherung handelt. Franchisen untergraben per se den mit einer Sozialversicherung verbundenen Solidaritätsgedanken, indem sie definitionsgemäss nur jene treffen, die krank und deshalb auf medizinische Leistungen angewiesen sind. Gesunde haben selbst von einer sehr hohen Franchise nichts zu befürchten. Sie profitieren im Gegenteil von den damit verbundenen niedrigeren Prämien.

Zudem belasten Franchisen – wie auch die heutigen Kopfprämien - einkommensstarke und einkommensschwache Versicherte in ungleicher Art und Weise: Während sich einkommensstarke Versicherte eine hohe Franchise problemlos leisten können, stellt eine tiefe Franchise für einkommensschwache Versicherte eine möglicherweise bereits sehr hohe finanzielle Belastung dar. Daran ändert auch eine gleich hohe oder tiefe Franchise für alle nichts: Eine solche wird die Schwachen immer noch gleich drücken wie zuvor, während sich die finanziell Starken die höheren Prämien leisten können.

Die ganz unterschiedlichen Effekte von Franchisen auf die jeweiligen Versicherten lassen auch daran zweifeln, dass Franchisen ein taugliches Mittel gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen sind. Eher ist zu befürchten, dass Armutsbetroffene wegen der Franchise auf die rechtzeitige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verzichten und so zumindest mittel- und langfristig das Gesundheitswesen umso stärker belasten. Nicht auszuschliessen ist auch, dass gerade jene eine hohe Franchise wählen, die sich eine solche wirtschaftlich gar nicht leisten können. Wollte man dies verhindern, müsste die Wahl hoher Franchisen deshalb vom Nachweis der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten abhängig gemacht werden, was nicht praktikabel erscheint. Zudem müsste man darüber nachdenken, ob die Möglichkeit, eine hohe Franchise zu wählen, nicht die Notwendigkeit einer längeren Vertragsdauer, neuer Vorbehalte und von Einschränkungen beim Wechsel des Grundversicherers heraufbeschwört: Es widerspricht auf jeden Fall dem Versicherungsgedanken und ist stossend, wenn Versicherte wegen eines anstehenden chirurgischen Eingriffs kurzzeitig von einer Versicherung mit einer hohen Franchise zu einer solchen mit einer Franchise wechseln können.

Mit freundlichen Grüssen

Schweizerische Gesellschaft für Haftpflicht- und Versicherungsrecht



Felix Schöbi, PD Dr. iur.  
Vizepräsident



Stephan Fuhrer, Prof. Dr. iur.  
Präsident