

An den Landrat

---

Glarus, 4. November 2025

## **Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

### **Die Vorlage im Überblick**

*Das Schweizer Gesundheitswesen steht vor grossen Herausforderungen. Wichtige Themen sind dabei die Kosten und deren Finanzierung. Die Bevölkerung spürt die Entwicklungen im Gesundheitswesen besonders bei den Krankenkassenprämien, die stetig ansteigen. In den vergangenen Jahren beschloss die Bundesversammlung auch vor diesem Hintergrund verschiedene Gesetzesänderungen im Krankenversicherungs- und Gesundheitsbereich. Diese müssen im kantonalen Recht umgesetzt werden. Im Vordergrund steht dabei die Umsetzung des indirekten Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Dieser verpflichtet die Kantone, mehr Geld für die Prämienverbilligung einzusetzen. Mit der Prämienverbilligung werden Haushalte mit tiefen und mittleren Einkommen von den Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entlastet.*

*Mit dieser Vorlage werden die Vorgaben des Bundes im Kanton Glarus umgesetzt. Laut dessen Berechnungen muss der Kanton Glarus künftig mehr als 8 Millionen Franken zusätzlich an Prämienverbilligungen auszahlen. Dafür muss das Prämienverbilligungssystem grundlegend angepasst werden. Die sozialpolitische Wirkung soll dabei möglichst gross sein. Deshalb wird das bisherige Antragssystem abgeschafft: Wer einen Anspruch hat, erhält künftig automatisch eine Prämienverbilligung. Versicherte mit tiefen und mittleren Einkommen gelangen damit ohne das Ausfüllen eines Gesuchs zu ihrer Prämienverbilligung. Gleichzeitig soll auch die finanzpolitische Steuerung der Ausgaben für die Prämienverbilligung angepasst werden. Künftig erfolgt diese durch den Landrat über das Budget. Dieser kann unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundes festlegen, wie viel Geld für die Prämienverbilligung zur Verfügung steht.*

*Mit der Streichung des Vergütungsanteils an die Akut- und Übergangspflege und der Aufhebung der Regelung für die Referenztarife werden im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung ausserdem zwei weitere Änderungen im Zusammenhang mit neuen bundesrechtlichen Vorgaben vorgenommen.*

*Seit dem 1. Juli 2025 sind die Psychiatrischen Dienste Glarus (PDGL) für die Sicherstellung der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Kanton Glarus zuständig. Dabei haben die PDGL auch den Leistungsauftrag für die stationäre Psychiatrie des Kantonsspitals Glarus (KSGL) übernommen. Im Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz) ist deshalb der Leistungsauftrag des KSGL entsprechend anzupassen.*

*Im Gesundheitsgesetz ist ferner eine Rechtsgrundlage für einen interkantonalen Vollzug des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall sowie des Bundesgesetzes über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten zu schaffen. Aufgrund neuer Verjährungsbestimmungen im Obligationenrecht wird zudem die Aufbewahrungsdauer von Patientendokumentationen von 10 auf 20 Jahre erhöht.*

*Die Umsetzung des Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative wird dazu führen, dass künftig deutlich mehr Personen eine Prämienverbilligung ausbezahlt erhalten als heute. Die durchschnittliche Prämienverbilligung für die einzelne Person wird jedoch leicht tiefer ausfallen. Die Finanzierung der Mehrkosten ist derzeit noch offen. Sie ist in den kommenden Jahren mit Blick auf den gesamten Finanzhaushalt und die Umsetzung des Entlastungspakets 2025+ zu diskutieren. Die weiteren Änderungen haben keine wesentlichen Auswirkungen auf die Bevölkerung oder die Finanzen des Kantons.*

*Der Regierungsrat beantragt dem Landrat, die entsprechenden Gesetzesänderungen der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten und die damit zusammenhängenden Änderungen von landrätlichen Verordnungen unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Landsgemeinde zu den Gesetzesänderungen zu genehmigen.*

## **1. Ausgangslage**

Die Bundesversammlung hat in den letzten Jahren verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beschlossen, die im Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (EG KVG) umgesetzt werden müssen:

- Der indirekte Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative schreibt vor, dass die Kantone künftig einen bestimmten Mindestbeitrag für die Prämienverbilligung ausrichten müssen. Zudem müssen sie festlegen, wie hoch der Anteil der Prämien am verfügbaren Einkommen der im Kanton wohnhaften Versicherten maximal sein darf. Das Prämienverbilligungssystem im Kanton Glarus muss deshalb umfassend umgebaut werden (Ziff. 2.1).
- Mit der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen werden ab dem Jahr 2028 schrittweise alle Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem gleichen Schlüssel finanziert, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder im Pflegeheim erbracht werden. Dies bedingt eine Anpassung des heute gesetzlich festgelegten Finanzierungsschlüssels für Leistungen der Akut- und Übergangspflege (Ziff. 2.2).
- Im Rahmen des sogenannten Kostendämpfungspakets 2 zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der OKP wurden auch die Bestimmungen über den Referenztarif angepasst. Der Bundesrat wird neu im Detail regeln, wie der Referenztarif zu bestimmen ist. Die bestehende kantonale Regelung in Artikel 27 EG KVG ist deshalb aufzuheben (Ziff. 2.3).

Ergänzend sollen bei dieser Gelegenheit auch drei kleinere Anpassungen im Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG) vorgenommen werden:

- Das Bundesgesetz über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall (NISSG) und das Bundesgesetz über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten (Tabakproduktegesetz, TabPG) übertragen den Kantonen verschiedene Vollzugsaufgaben. Einige dieser Vollzugsaufgaben werden aufgrund der Grösse des Kantons Glarus sinnvollerweise gemeinsam mit anderen Kantonen wahrgenommen. Dazu ist eine formell-gesetzliche Grundlage für den Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit anderen Kantonen oder Dritten (Ziff. 3.1) zu schaffen.
- Das Kantonsspital Glarus (KSGL) übertrug seinen Leistungsauftrag für die stationäre Psychiatrie an die neu gegründeten Psychiatrischen Dienste Glarus (PDGL). Im Gesundheitsgesetz ist deshalb zu präzisieren, dass sich der Leistungsauftrag des KSGL künftig nur noch auf die akutsomatische Versorgung beschränkt (Ziff. 3.2).

- Inhaberinnen und Inhaber einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung müssen Patientendokumentationen heute während mindestens 10 Jahren aufbewahren. Diese Regelung soll an die neuen Verjährungsbestimmungen des Obligationenrechts angepasst und auf mindestens 20 Jahre erhöht werden (Ziff. 3.3).

## **2. Änderung des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

### **2.1. Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative**

#### *2.1.1. Ausgangslage*

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss für die Krankenpflege versichert sein (Obligatorium). Die OKP bietet allen Versicherten Zugang zu denselben medizinischen Leistungen. Die Versicherungsprämien werden unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand einheitlich pro Person unter anderem nach Wohnregion und gewähltem Versicherungsmodell vom Krankenversicherer festgelegt.

Als sozialer Ausgleich zu dieser Einheitsprämie verbilligen die Kantone die Prämien von Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen. Für Familien mit unteren und mittleren Einkommen müssen die Kantone die Prämien der Kinder um mindestens 80 Prozent und der jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen.

Wer Anspruch auf diese sogenannte Individuelle Prämienverbilligung (IPV) hat, ist kantonale geregelt. Die Kantone bestimmen im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben, wem die Prämien wie stark verbilligt werden. Sie legen den Kreis der Begünstigten, die Höhe der Verbilligung, das Verfahren und die Auszahlungsmodalitäten näher fest.

Die Kantone bezahlen die Prämienverbilligung direkt an die Krankenversicherer der anspruchsberechtigten Personen. Die Krankenversicherer reduzieren die zu bezahlende Prämie der anspruchsberechtigten Person um diesen Betrag.

Die Prämienverbilligungen werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert. Der Bundesbeitrag beträgt fix 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Er steigt somit automatisch, wenn die Kosten der OKP und damit die Prämien steigen. Der Beitrag wird auf die Kantone anhand ihrer Wohnbevölkerung aufgeteilt. Die Kantone ergänzen diesen Bundesbeitrag durch eigene Mittel.

#### *2.1.2. Prämienverbilligungssystem im Kanton Glarus*

Im Kanton Glarus ist der Vollzug der Prämienverbilligung auf drei Normstufen geregelt:

1. Das EG KVG legt die grundlegenden und wichtigen Bestimmungen zur Prämienverbilligung wie die Anspruchsberechtigung, die Berechnungsmethode und die Eckpunkte des Verfahrens fest.
2. Der Landrat definiert in der Verordnung über die Prämienverbilligung (Prämienverbilligungsverordnung, PVV) einerseits die Selbstbehalte nach Einkommenskategorien und andererseits den Anteil des steuerbaren Vermögens sowie die weiteren Zu- und Abschläge, die für die Berechnung des anrechenbaren Einkommens zum Total der Einkünfte hinzuzurechnen sind. Zudem legt er die Grenzbeträge für die Verbilligung von Prämien für Kinder und Jugendliche von Familien mit unterem und mittlerem Einkommen fest. Der Landrat bestimmt damit, welche Personen eine Prämienverbilligung erhalten und wie hoch diese ausfällt.
3. Schliesslich regelt der Regierungsrat in der Verordnung über den Vollzug der Prämienverbilligung (Prämienverbilligungsvollzugsverordnung, VV PV) Zuständigkeits- und Verfahrensfragen.

Tabelle 1 zeigt die wesentlichen Kennzahlen der Prämienverbilligung im Kanton Glarus zwischen 2020 und 2024.

**Tabelle 1. Kennzahlen der Prämienverbilligung 2020–2024**

	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Leistungsbezüger</b>					
Anzahl IPV-Bezüger	9622	9398	9112	9395	9722
davon EL-Bezüger	1935	1899	1852	1889	1875
davon Sozialhilfebezüger <sup>1</sup>	949	828	833	795	753
<b>Finanzieller Aufwand</b>					
Bruttoaufwand (in 1000 Fr.)	19'417	20'097	19'132	20'279	21'865
Prämienverbilligung pro Kopf (in Fr.)	2'018	2'138	2'100	2'158	2'249

Zu beachten ist, dass der Anspruch auf Prämienverbilligung im Kanton Glarus heute, mit Ausnahme von Ergänzungsleistungs- und Sozialhilfebezügern, nur auf Antrag ermittelt und ausgerichtet wird. Der Kanton informiert die Bevölkerung zwar umfassend über die Möglichkeit, eine Prämienverbilligung zu beantragen – auf der Website, über die Medien sowie durch Zustellung eines Antragsformulars an alle Haushalte. Es liegt jedoch in der Verantwortung der einzelnen Personen, einen entsprechenden Antrag auch einzureichen. Der Kanton Glarus ist damit einer von lediglich zwei Kantonen, die den Anspruch weder automatisch («von Amtes wegen») prüfen und berechnen noch die potenziell Anspruchsberechtigten gezielt benachrichtigen.

Analysen zur Prämienverbilligung haben dabei ergeben, dass 25 bis 35 Prozent der anspruchsberechtigten Personen keinen Antrag einreichen. Dies sind bis zu 5000 Personen. Die ausbezahlten Prämienverbilligungen fielen deshalb deutlich tiefer aus, als es bei einer automatischen Auszahlung der Fall gewesen wäre.

### **Berechnung der Prämienverbilligung im Kanton Glarus**

Die Prämienverbilligung entspricht im Grundsatz der Differenz zwischen der Krankenkassenprämie und einem definierten Selbstbehalt vom Einkommen:

$$\text{Krankenkassenprämie} - (\text{Einkommen} \times \text{Selbstbehalt von } X \%) = \text{Prämienverbilligung}$$

#### Krankenkassenprämie

Für die Berechnung der Prämienverbilligung wird nicht die effektive Krankenkassenprämie der einzelnen Person, sondern die sogenannte Richtprämie verwendet. Diese entspricht für Erwachsene und junge Erwachsene (18–25 Jahre) aktuell 85 Prozent der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) jährlich festgelegten Durchschnittsprämie für die Berechnung der Ergänzungsleistungen. Für Kinder entspricht die Richtprämie 100 Prozent der Durchschnittsprämie. Die Durchschnittsprämie entspricht dabei der durchschnittlichen Standardprämie in einem Kanton bei einer Franchise von 300 Franken.

<sup>1</sup> Die ausgewiesene Anzahl Sozialhilfebezüger ist höher als die Anzahl Sozialhilfebezüger gemäss Sozialhilfestatistik, da gewisse Personen als einzige Unterstützungsleistung der Sozialhilfe eine Prämienverbilligung erhalten. Diese wird jedoch nicht als finanzielle Unterstützung im Sinne der Sozialhilfestatistik angesehen.

## Einkommen

Der Kanton Glarus verwendet als Einkommen das sogenannte anrechenbare Einkommen. Dieses basiert auf dem Total der Einkünfte gemäss der Steuerveranlagung und enthält neben einem Zuschlag von 10 Prozent des steuerbaren Vermögens weitere, vom Landrat definierte Zu- und Abschläge (vgl. Art. 2 und 3 PVV).

## Selbstbehalt

Der Selbstbehalt ist im Kanton Glarus nach Einkommenskategorien abgestuft und bewegt sich zwischen 9 Prozent (bis zu einem anrechenbaren Einkommen von 40'000 Fr.) und 14 Prozent (ab einem anrechenbaren Einkommen über 80'000 Fr.) des anrechenbaren Einkommens (Art. 1 PVV).

### 2.1.3. *Änderungsbedarf*

Am 29. September 2023 verabschiedete die Bundesversammlung einen indirekten Gegenvorschlag zur Prämien-Entlastungs-Initiative. Nachdem die Initiative von der Stimmbevölkerung am 9. Juni 2024 abgelehnt wurde und gegen den Gegenvorschlag kein Referendum ergriffen wurde, wird dieser am 1. Januar 2026 in Kraft treten.

Der Gegenvorschlag verpflichtet die Kantone, mehr Geld für die Prämienverbilligung auszugeben, um einkommensschwache Haushalte zu entlasten. Die Kantone müssen ihre Beiträge an die Prämienverbilligung neu ebenfalls automatisch erhöhen, wenn die Kosten der OKP steigen. Konkret sieht der Gegenvorschlag vor, dass die Kantone neu einen Mindestanteil zwischen 3,5 und 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP für die Prämienverbilligung aufwenden müssen. Dieser Mindestanteil orientiert sich an der Prämienbelastung der 40 Prozent einkommensschwächsten Versicherten im Kanton. Machen deren Prämien weniger als 11 Prozent des Einkommens aus, beträgt der Mindestanteil des Kantons 3,5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Machen deren Prämien 18,5 Prozent des Einkommens oder mehr aus, beträgt der Mindestanteil des Kantons 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP. Zwischen diesen Eckwerten erhöht sich der Mindestanteil linear. Der Mindestbeitrag des Kantons wird vom Bundesamt für Gesundheit auf Basis des steuerbaren Einkommens für die direkte Bundessteuer und im Verhältnis zur mittleren Prämie im Kanton berechnet. Für die ersten zwei Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung gilt zudem noch eine Übergangsregelung, wonach der Kantonsbeitrag mindestens 3,5 Prozent der Bruttokosten betragen muss. Der Bund wird unverändert einen fixen Anteil von 7,5 Prozent der OKP-Kosten an die Prämienverbilligung leisten.

Tabelle 2 zeigt die effektiv geleisteten Prämienverbilligungen im Kanton Glarus in den Jahren 2023 und 2024 und die Beiträge, die der Kanton in den Jahren 2025 und 2026 gemäss den neuen bundesrechtlichen Vorgaben theoretisch ausrichten müsste (wenn diese bereits in Kraft wären).

**Tabelle 2. Effektive (2023 und 2024) und theoretische (2025 und 2026) Beiträge für Prämienverbilligungen**

	2023	2024	2025	2026
Bundesbeitrag	14'145'104	15'510'431	16'454'334	17'240'746
Kantonsbeitrag <sup>2</sup>	6'133'717	6'354'950	13'089'517	14'315'580
<i>Total Prämienverbilligungen</i>	<i>20'278'821</i>	<i>21'865'381</i>	<i>29'543'851</i>	<i>31'556'326</i>

Mit 13,1 Millionen Franken im 2025 und 14,3 Millionen Franken im 2026 hätte der Kanton Glarus demnach rund 6,7 Millionen Franken bzw. rund 8,0 Millionen Franken mehr für die Prämienverbilligung aufwenden müssen als im Jahr 2024 (ohne Berücksichtigung der Übergangsbestimmung). Die Beiträge für die Prämienverbilligung wären damit zwischen 2024

<sup>2</sup> Ohne Berücksichtigung der Rückerstattungen.

und 2026 um über 44 Prozent, die Kantonsbeiträge gar um über 127 Prozent angestiegen. Der Kanton Glarus muss aufgrund der neuen Bundesregelung künftig also massiv mehr Geld für die Prämienverbilligung aufwenden. Dies obwohl die IPV die Prämienbelastung bereits heute wirksam senkt und die effektive Prämienbelastung im Kanton Glarus im Vergleich zu anderen Kantonen unterdurchschnittlich tief ist.<sup>3</sup>

Bei den erwähnten Mehrkosten ist jedoch zu berücksichtigen, dass im heutigen System, in dem die Prämienverbilligung nur auf Antrag ausgerichtet wird, aktuell schätzungsweise 25–35 Prozent der anspruchsberechtigten IPV-Bezügerinnen und -Bezüger ihren Anspruch nicht geltend machen. Hätten sie dies getan, wären bereits im heutigen System weitere Kosten angefallen (vgl. Tabelle 3). Neu genügt es aufgrund der bundesrechtlichen Vorgabe aber nicht, dass diese Mittel theoretisch zur Verfügung stehen. Sie müssen auch tatsächlich ausbezahlt werden (Art. 20 Verordnung über die Beiträge der Kantone und des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung, VPK).

Der Gegenvorschlag sieht ausserdem vor, dass jeder Kanton festlegen muss, wie hoch der Anteil der Prämie am verfügbaren Einkommen der im Kanton wohnhaften Versicherten maximal sein darf (Art. 65 Abs. 1ter KVG). Dieser Anteil wird auch als Sozialziel bezeichnet.

#### 2.1.4. Umsetzung

##### 2.1.4.1. Rahmenbedingungen

Mit der Umsetzung des Gegenvorschlags zur Prämien-Entlastungs-Initiative wird der Kanton Glarus künftig deutlich mehr Mittel für die Prämienverbilligung ausgeben müssen. Aufgrund der angespannten Finanzlage des Kantons stellt der gesetzlich vorgeschriebene Mindestbeitrag des Kantons auf absehbare Zeit zugleich den maximal finanzierbaren Beitrag dar.

Das Prämienverbilligungssystem soll deshalb so angepasst werden, dass die ausgerichteten Prämienverbilligungen möglichst genau dem minimalen Kantonsbeitrag plus dem Bundesbeitrag entsprechen. Um dies zu erreichen, können die Richtprämien, die Definition des anrechenbaren Einkommens und/oder die Selbstbehalte am anrechenbaren Einkommen entsprechend angepasst werden.

Da das Bundesamt für Gesundheit die genauen Mindestbeiträge der Kantone jeweils erst im Oktober des Vorjahres bekannt gibt, bleiben für eine Anpassung dieser Berechnungsfaktoren auf das Folgejahr hin jeweils nur zwei bis drei Monate Zeit bis zum Jahresende. Dies erfordert ein flexibles und rasches Handeln der zuständigen Behörden. Die Festlegung der entsprechenden Faktoren kann deshalb nicht mehr wie heute teilweise vom Landrat vorgenommen werden, sondern muss durch den Regierungsrat erfolgen können.

Schliesslich stellt sich auch die Frage, ob die Ermittlung der Anspruchsberechtigung nicht mehr auf Antrag hin, sondern automatisch erfolgen soll (sog. Automatismus). In einem System mit Automatismus würde der Kanton den Anspruch auf Prämienverbilligung von Amtes wegen prüfen und festlegen, ohne dass die potenziell anspruchsberechtigten Personen einen Antrag einreichen müssen. Diese Systemfrage ist insbesondere relevant, da heute ein substanzieller Teil der Anspruchsberechtigten keinen Antrag auf Prämienverbilligung einreicht. Da beim Antragssystem im Voraus unklar ist, wie viele Anspruchsberechtigte einen Antrag stellen, besteht eine grosse Unsicherheit hinsichtlich der tatsächlichen Kosten. Diese könnten deutlich über das bundesrechtlich Geforderte hinausgehen. Die Einführung eines Automatismus ermöglicht hingegen eine bestmögliche sozialpolitische Steuerbarkeit und finanzielle Berechenbarkeit.

---

<sup>3</sup> Vgl. Ecoplan. Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2020.

#### 2.1.4.2. Varianten

Um die möglichen Auswirkungen der erforderlichen Änderungen besser beurteilen zu können, prüfte der Regierungsrat verschiedene Umsetzungsvarianten. Diese Modellvarianten basieren auf dem Jahr 2024 bzw. den für dieses Jahr massgebenden Steuerdaten 2022. Die Varianten beruhen also auf Vergangenheitswerten und lassen deshalb auch nur bedingt eine Aussage zur künftigen Festlegung der einzelnen Eckwerte zu. Sie zeigen aber die Funktionsweise der IPV gut auf. In den Modellberechnungen konnten zudem die Quellensteuerpflichtigen sowie die höheren Richtprämien für Sozialhilfe- und Ergänzungsleistungsbezüger nicht berücksichtigt werden.

Vier mögliche Varianten und ihre Auswirkungen auf den Kantonsbeitrag, die Anzahl IPV-Bezüger, die durchschnittliche IPV und die Berechnungsfaktoren sind in Tabelle 3 dargestellt. Ebenfalls aufgeführt ist die Vorgabe des Bundes betreffend den kantonalen Mindestanteil, die effektiv ausbezahlten Prämienverbilligungen im Jahr 2024 und die Situation, wenn bereits in diesem Jahr alle anspruchsberechtigten Personen einen IPV-Antrag eingereicht hätten.

Wären die Vorgaben des Bundes bereits im Jahr 2024 gültig gewesen, hätte der Kanton Glarus inklusive Bundesanteil mindestens 26,8 Millionen Franken für Prämienverbilligungen ausgeben müssen. Das sind rund 5 Millionen Franken mehr, als der Kanton im Jahr 2024 effektiv ausgegeben hat. Hätten alle anspruchsberechtigten Personen im Jahr 2024 einen IPV-Antrag eingereicht, hätte der Kanton mit 33,7 Millionen Franken aber bereits bisher deutlich mehr ausgegeben, als vom Bundesrecht künftig gefordert wird.

Die vier Varianten basieren alle auf der Annahme, dass der Kanton künftig möglichst genau den bundesrechtlich geforderten Mindestbeitrag für Prämienverbilligungen aufwendet. Sie zeigen auf, wie der Selbstbehalt in Abhängigkeit des Systems zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung (Automatismus oder auf Antrag) und der Definition der Richtprämie (Orientierung an den vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen gemäss heutigem System oder mittlere Prämie<sup>4</sup>) festgelegt werden muss.

Bei einer Ermittlung der Anspruchsberechtigung wie bisher auf Antrag hin, wurde einerseits eine Variante berechnet, die von einem gleichbleibenden Anteil potenzieller IPV-Bezüger von 66 Prozent der anspruchsberechtigten Personen ausgeht. Da aber auch weitere Personen einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen könnten, wurde zusätzlich eine Maximalvariante berechnet, bei der alle Anspruchsberechtigten einen Antrag einreichen. Bei der Ermittlung der Anspruchsberechtigung auf Antrag besteht folglich eine sehr grosse Bandbreite der möglichen finanziellen Folgen.

Das anrechenbare Einkommen wurde in allen Varianten gegenüber der heutigen Definition unverändert belassen. Für den Selbstbehalt wurde ein einheitlicher Wert unabhängig von den bisherigen Einkommenskategorien verwendet (s. dazu die Erläuterungen unter Ziff. 2.1.4.3).

---

<sup>4</sup> Die mittlere Prämie entspricht der Summe aller tatsächlich gezahlten Prämien, geteilt durch die Anzahl der Versicherten. Die mittlere Prämie berücksichtigt damit die gewählte Franchise, die Wahl eines Modells mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers und auch den Ein- oder Ausschluss der Unfalldeckung. Die bisherige Richtprämie, die sich an vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen orientiert, bezieht sich hingegen auf die durchschnittlichen Prämien mit 300 Franken Franchise, mit Unfalldeckung und ohne Einschränkung der Leistungserbringer. Über 80 Prozent der Versicherten wählen heute eine höhere Franchise, ein Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder eine Kombination der beiden.

**Tabelle 3. Modellvarianten**

Variante	Vorgabe Bund	2024		1	2	3		4	
		effektiv	max.			bisher	max.	bisher	max.
<b>Berechnungsfaktoren</b>									
Automatis- mus	keine	Nein		Ja		Nein			
Richt- prämie <sup>5</sup>	keine	bisher		bisher	mittlere Prämie	bisher		mittlere Prämie	
Selbst- behalt	keine	9–14 %		14,21 %	11,75 %	9,36 %		7,94 %	
<b>IPV-Beiträge (in 1000 Fr.)</b>									
Bund	15'510								
Kanton	11'281	6'355	18'234	11'298	11'302	11'302	25'080	11'284	25'054
Total	26'791	21'865	33'744	26'808	26'812	26'812	40'590	26'794	40'564
<b>IPV-Bezüger und durchschnittliche Prämienverbilligung</b>									
Bezüger	keine	9'722	14'860	12'525	14'464	14'205	21'505	15'462	23'408
IPV pro Kopf (in Fr.)	keine	2'249	2'271	2'143	1'854	1'887	1'887	1'733	1'733

Tabelle 3 erlaubt folgende Erkenntnisse:

- Der Selbstbehalt müsste sich je nach Richtprämie und Ermittlung der Anspruchsberechtigung zwischen rund 7,9 und 14,2 Prozent bewegen. Bei einem Selbstbehalt von 7,9 Prozent und der mittleren Prämie als Richtprämie würde beispielsweise eine einzelne erwachsene Person eine Prämienverbilligung bis zu einem anrechenbaren Einkommen von knapp 57'000 Franken erhalten und ein Paar (ohne Kinder) bis zu einem anrechenbaren Einkommen von 114'000 Franken. Bei einem Selbstbehalt von 14,2 Prozent und der bisherigen Richtprämie läge die IPV-Grenze hingegen wesentlich tiefer, nämlich bei rund 34'000 Franken für einen Erwachsenen bzw. 68'000 Franken bei einem Paar.
- Gegenüber den heute effektiv ausbezahlten Prämienverbilligungen steigen in allen Varianten die Anzahl der IPV-Bezüger, während die durchschnittliche IPV sinkt.
- Bei den Varianten mit der bisherigen Richtprämie (1, 3) fällt die durchschnittliche Prämienverbilligung höher aus als bei den Varianten mit der mittleren Prämie (2, 4). Dafür erhalten bei den Varianten mit der mittleren Prämie insgesamt mehr Menschen eine Prämienverbilligung.
- Bei den Varianten mit einer Ermittlung der Anspruchsberechtigung auf Antrag hin besteht eine grosse Unsicherheit bezüglich der finanziellen Auswirkungen. Würden sämtliche anspruchsberechtigten Personen im heutigen System einen Antrag einreichen, müsste der Kanton 13,8 Millionen Franken mehr ausgeben als bundesrechtlich gefordert. Insgesamt würden bis zu 23'400 Personen und damit über 55 Prozent der Bevölkerung einen Anspruch auf Prämienverbilligung haben.

#### 2.1.4.3. Schlussfolgerungen des Regierungsrates

Aufgrund der Erkenntnisse zu den Modellvarianten ist für den Regierungsrat die Einführung eines Systems mit Automatismus zwingend notwendig. Nur so kann sichergestellt werden, dass die ausbezahlten Prämienverbilligungen möglichst nah an der bundesrechtlichen Minimalvorgabe liegen. Bei einer Beibehaltung der Anspruchsermittlung auf Antrag hin könnten hingegen zusätzliche Mehrkosten im zweistelligen Millionenbereich anfallen, die der Kanton schlicht nicht finanzieren kann. Zudem müsste der Selbstbehalt so tief gesenkt werden, dass auch Paare mit einem anrechenbaren Einkommen von rund 115'000 Franken eine Prämienverbilligung erhalten würden. Dies entspricht einem Bruttolohn von fast 140'000 Franken. Damit würde die Prämienverbilligung bis tief in den Mittelstand erweitert.

<sup>5</sup> Richtprämie: bisher = Orientierung an den vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen.

Künftig soll ein einheitlicher Selbstbehalt unabhängig vom anrechenbaren Einkommen angewendet werden. Dies vereinfacht nicht nur die Berechnung, sondern beseitigt auch heute vorhandene Schwelleneffekte zwischen den einzelnen Einkommenskategorien. Von dieser Änderung profitieren insbesondere Paarhaushalte, während Alleinstehende im Vergleich etwas weniger Prämienverbilligung erhalten. Der einheitliche Selbstbehalt schafft damit auch die heute in der Prämienverbilligung vorhandene «Heiratsstrafe» ab, d. h. den Umstand, dass sich der Selbstbehalt bei Paaren aufgrund der Addition der anrechenbaren Einkommen erhöht und die Prämienverbilligung reduziert.

Hingegen sollen sich die Richtprämien weiterhin an der vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämie der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen orientieren. Damit erhalten zwar weniger Personen eine Prämienverbilligung, diese fällt aber höher aus. Einkommensschwache Haushalte werden folglich stärker unterstützt. Versicherte, die beispielsweise aus gesundheitlichen Gründen eine tiefe Franchise wählen müssen, erhalten zudem ihre Prämie bei entsprechend tiefem Einkommen vollständig verbilligt.

Der Regierungsrat spricht sich damit für die Modellvariante 1 aus. Tabelle 4 zeigt, wie hoch die Prämienverbilligung und die verbleibende Prämienbelastung für verschiedene Modellhaushalte im Jahr 2024 gemäss dieser Modellvariante 1 ausgefallen wäre. Die Modellhaushalte entsprechen den vom Bundesamt für Gesundheit im Monitoring zur Wirksamkeit der Prämienverbilligung verwendeten Modellhaushalten. Sie stellen Haushalte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen ohne Anspruch auf Ergänzungsleistungen oder Sozialhilfe dar. Bei der IPV ist aufgezeigt, welcher Anteil sich aus der Differenz zwischen Richtprämie und Selbstbehalt ergibt und welcher Anteil zusätzlich verbilligt wird, damit die Prämien für Kinder um 80 Prozent und der jungen Erwachsenen in Ausbildung um 50 Prozent verbilligt werden.

**Tabelle 4. Individuelle Prämienverbilligung und -belastung nach Modellhaushalten**

	1	2	3	4	5	6	7
	Alleinstehende Rentnerin	Paar mit zwei Kindern	Einelternfamilie mit zwei Kindern	Paar mit vier Kindern	Paar mit einem Kind und einer jungen Erwachsenen	Alleinstehende junge, erwerbstätige Person	Paar ohne Kinder
Bruttoeinkommen	45'000	70'000	60'000	85'000	70'000	38'000	60'000
Richtprämie	4'855	12'230	7'375	14'750	14'530	3'560	9'710
Selbstbehalt effektiv <sup>6</sup>	14,21 %	12,18 %	11,84 %	10,87 %	12,18 %	14,21 %	14,21 %
Total IPV	0	4'957	2'194	7'662	6'800	0	1'184
ordentlich	0	3'704	270	5'514	6'004	0	1'184
Erhöhung Kinder und Jugendliche	0	1'253	1'924	2'148	796	0	0

#### 2.1.4.4. Funktionsweise des neuen Prämienverbilligungssystems

Das Prämienverbilligungssystem soll künftig wie folgt funktionieren:

1. Der Landrat legt mit dem Budget den Bruttobeitrag für die Prämienverbilligungen (Bundes- und Kantonsbeitrag) fest. Dabei muss er den bundesrechtlich vorgegebenen Mindestanteil des Kantons berücksichtigen.

<sup>6</sup> Aufgrund des Abzugs von 5000 Franken für jedes Kind und jeden jungen Erwachsenen in Ausbildung (Art. 3 Abs. 2 PVV) liegt das anrechenbare Einkommen bei den Haushalten mit Kindern (1–5) unter dem Bruttoeinkommen. Der effektive Selbstbehalt (Selbstbehalt im Verhältnis zum Bruttoeinkommen und nicht zum anrechenbaren Einkommen) ist deshalb bei diesen Haushalten tiefer als die 14,21 Prozent.

2. Anschliessend bestimmt der Regierungsrat die Höhe des Selbstbehalts auf das anrechenbare Einkommen. Dabei ist es das Ziel, dass die Differenz zwischen der Richtprämie und dem Selbstbehalt in der Summe möglichst dem auszubezahlenden Gesamtbetrag für Prämienverbilligungen entspricht.
3. Die Verwaltung berechnet gestützt auf diese Berechnungsfaktoren den Anspruch auf Prämienverbilligung von Amtes wegen und informiert die Begünstigten, ohne dass diese einen Antrag einreichen müssen.

Die politische Steuerung erfolgt damit weiterhin durch den Landrat, allerdings nicht mehr über die Festlegung des Selbstbehalts, sondern durch die Bereitstellung der entsprechenden finanziellen Mittel im Budget. Der Regierungsrat passt den Selbstbehalt dann entsprechend an. Möchte der Landrat beispielsweise den Selbstbehalt reduzieren, kann er dies indirekt beeinflussen, indem er mehr finanzielle Mittel als bundesrechtlich gefordert für die Prämienverbilligungen bereitstellt.

Auch bei einer Steuerung der Prämienverbilligung über das Budget gilt es jedoch zu beachten, dass sich die Prämienverbilligungsbeiträge im Voraus nicht ganz genau bestimmen lassen. Einerseits sind die massgebenden anrechenbaren Einkommen zum Zeitpunkt der Festlegung des Selbstbehalts nicht vollständig bekannt. Andererseits wird es im Anspruchsjahr durch Zu- und Wegzüge sowie Geburten und Todesfälle Veränderungen bei den anspruchsberechtigten Personen geben.

Zum Schutz der Versicherten wird im EG KVG zudem ein maximaler Selbstbehalt festgelegt. Übersteigt ihre Prämienbelastung diesen Selbstbehalt, erhalten sie garantiert eine Prämienverbilligung. Damit erfüllt der Kanton die Vorgabe von Artikel 65 Absatz 1ter KVG, wonach jeder Kanton festlegen muss, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten höchstens ausmachen darf.

#### *2.1.5. Finanzielle Auswirkungen*

Gemäss den Erläuterungen unter Ziffer 2.1.3 müsste der Kanton Glarus im Jahr 2026 gemäss den neuen Bundesbestimmungen und ohne Berücksichtigung der Übergangsbestimmung mindestens 31,6 Millionen Franken für die Prämienverbilligungen (inkl. Bundesanteil) ausgeben. Der Kantonsanteil wäre rund 8,0 Millionen Franken höher als im Jahr 2024. Solange die Prämien weiter stärker steigen als die Einkommen, wird sich dieser Betrag in den nächsten Jahren noch weiter erhöhen.

Wie diese Mehrkosten zu finanzieren sind, wird in den nächsten Jahren mit Blick auf den gesamten Finanzhaushalt und die Umsetzung des Entlastungspakets 2025+ zu diskutieren sein. Wie der Regierungsrat bereits im Jahr 2021 in Zusammenhang mit dem Memorialsantrag «10 Prozent des verfügbaren Einkommens für Krankenkassenprämien sind genug» ausgeführt hat, muss der Mehraufwand letztlich entweder über Steuererhöhungen oder Sparmassnahmen finanziert werden (Memorial für die Landsgemeinde 2021, S. 19).

## **2.2. Einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen**

### *2.2.1. Ausgangslage*

In der Schweiz werden Leistungen der OKP heute je nach Behandlungsart unterschiedlich finanziert:

- Bei ambulanten Behandlungen – in der Arztpraxis, bei einer Therapeutin oder im Spital ohne Übernachtung – läuft die Finanzierung vollständig über die Krankenversicherer. Der Kanton beteiligt sich nicht.
- Bei stationären Behandlungen – im Spital mit Übernachtung – beteiligt sich der Wohnkanton der Patientin oder des Patienten mit mindestens 55 Prozent an den Kosten. Den Rest übernimmt der Krankenversicherer.

- Bei Pflegeleistungen zu Hause und im Pflegeheim übernehmen die Patientinnen und Patienten und der Krankenversicherer einen fixen Beitrag. Den Rest bezahlt der Wohnkanton; heute ist das etwas weniger als die Hälfte.

Die Patientinnen und Patienten beteiligen sich bei allen Behandlungsarten über Selbstbehalt und Franchise an den Kosten.

### 2.2.2. *Änderungsbedarf*

Am 24. November 2024 hat die Schweizer Stimmbevölkerung die Änderung des KVG betreffend die einheitliche Finanzierung der Gesundheitsleistungen (Einheitliche Finanzierung ambulant-stationär, EFAS) angenommen. Mit der Reform werden künftig alle Leistungen der OKP nach dem gleichen Schlüssel finanziert werden, unabhängig davon, ob sie ambulant, stationär oder im Pflegeheim erbracht werden. Die Kantone zahlen ihren Anteil dabei nicht mehr direkt an die Leistungserbringer, sondern an die Krankenversicherer.

Die Vorlage wird schrittweise in Kraft treten: Ab dem 1. Januar 2028 werden alle ambulanten und stationären Leistungen im gleichen Verhältnis von Versicherern und Kantonen finanziert. Ab dem 1. Januar 2032 werden auch die Pflegeleistungen nach dem neuen Verteilschlüssel finanziert. Die Versicherer übernehmen ab dem Jahr 2032 maximal 73,1 Prozent der Kosten, die Kantone mindestens 26,9 Prozent.

Das EG KVG regelt die Spital- und Pflegefinanzierung in den Artikeln 22–28. Der Änderungs- bzw. zusätzliche Regelungsbedarf im EG KVG aufgrund der Änderung des KVG kann zum heutigen Zeitpunkt noch nicht abschliessend beurteilt werden. Die dafür notwendigen Vorbereitungs- und Umsetzungsarbeiten auf Bundesebene haben eben erst begonnen und werden noch einige Zeit dauern. So müssen noch verschiedene Grundlagen (z. B. Kostenrechnung Pflege, Betriebsvergleiche zwischen Pflegeheimen, Tarifstrukturorganisation Pflege, Tarifstruktur und -findung Pflege, freie Pflegeheimwahl, usw.) erarbeitet und Prozesse (z. B. Berechnung Kantonsbeitrag, Rechnungskontrolle, Wohnsitzkontrolle, Zugang zu stationären Rechnungen, Widerspruchsrecht der Kantone bei stationären Leistungen, Kostengutsprache bei stationären Leistungen, Datenzugang usw.) geklärt werden, bevor die kantonale Umsetzung in Angriff genommen werden kann.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass die gesetzlichen Regelungen zur Spitalplanung und -finanzierung (Art. 25–28) kaum betroffen sein werden. Diese sind grundsätzlich allgemein gehalten, zudem obliegt die Festlegung des Vergütungsanteils bereits heute dem Regierungsrat (Art. 4 Abs. 1 EG KVG). Hingegen werden die Regelungen zur Pflegefinanzierung (Art. 22–24a) umfassend überarbeitet werden müssen. Da die Pflegeleistungen aber erst ab dem 1. Januar 2032 nach dem neuen Schlüssel finanziert werden, bleibt dafür noch genügend Zeit.

An der Landsgemeinde 2026 ist deshalb einstweilen nur der im Gesetz enthaltene Anteil des Kantons an die Vergütungen der Leistungen der Akut- und Übergangspflege anzupassen (Art. 24 Abs. 1 EG KVG). Im Gegensatz zum Kantonsanteil an den Kosten der stationären Behandlungen ist der Kantonsanteil an den Kosten der Akut- und Übergangspflege nämlich im Gesetz auf 55 Prozent festgelegt. Mit der Umsetzung der ersten Etappe der einheitlichen Finanzierung ab 2028 würde der Kanton ohne Gesetzesänderung einen deutlich höheren Vergütungsanteil übernehmen, als er nach der neuen Regelung müsste (55 % statt 26 % im 2028).

### 2.2.3. *Umsetzung*

Artikel 24 Absatz 1 EG KVG ist ersatzlos aufzuheben. Wie bei den ambulanten und stationären Behandlungen soll es künftig auch bei der Akut- und Übergangspflege dem Regierungsrat obliegen, den Kantonsanteil im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben festzulegen.

#### 2.2.4. *Finanzielle Auswirkungen*

Leistungen der Akut- und Übergangspflege wurden im Kanton Glarus bisher nur in sehr geringem Umfang erbracht. Während im Jahr 2024 keine entsprechenden Leistungen abgerechnet wurden, lag der Kantonsanteil in den Vorjahren zwischen 1000 und 2000 Franken. Aufgrund dieser Erfahrungswerte ergibt sich für den Kanton ein Einsparpotenzial von rund 500 bis 1000 Franken. Werden die Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Zukunft jedoch wie geplant vermehrt angeboten, ergibt sich auch ein grösseres Entlastungspotenzial.

### 2.3. **Referenztarife für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen**

#### 2.3.1. *Ausgangslage*

Seit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung können die Versicherten für stationäre Behandlungen unter den auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführten Spitälern (Listenspitäler) frei wählen. Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der im Wohnkanton für die betreffende Behandlung gilt (Art. 41 Abs. 1bis KVG). Dieser Tarif wird Referenztarif genannt. Ist dieser tiefer als der Tarif des behandelnden Spitals, muss die Patientin oder der Patient die Differenz selber tragen oder über eine entsprechende Zusatzversicherung verfügen. In Notfällen und wenn eine medizinische Leistung nicht in einem Spital erbracht werden kann, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, übernehmen der Versicherer und der Kanton ausnahmsweise die anteilmässige Vergütung nach dem Tarif des behandelnden Spitals.

Das KVG regelt jedoch nicht, wie der Referenztarif zu bestimmen ist, wenn mehrere Listenspitäler des Wohnkantons die betreffende Behandlung erbringen. Im Kanton Glarus gilt deshalb gemäss Artikel 27 EG KVG die Regelung, dass jeweils der günstigste Tarif für die entsprechende Behandlung in einem Listenspital auf der Spitalliste des Kantons als Referenztarif gilt. Die jeweiligen Referenztarife werden vom zuständigen Departement auf seiner Website publiziert.

#### 2.3.2. *Änderungsbedarf*

Einzelne Kantone haben bisher zum Teil unrealistisch tiefe Referenztarife festgelegt, was die freie Spitalwahl der Versicherten und den vom Bund angestrebten kantonsübergreifenden Wettbewerb unter den Spitälern beeinträchtigt. Die Bundesversammlung hat deshalb eine gesetzliche Präzisierung vorgenommen, um bei der Festlegung der Referenztarife Klarheit zu schaffen, den Wettbewerb unter den Spitälern weiter zu fördern und die Kostenentwicklung insgesamt zu dämpfen.

Das KVG hält neu explizit fest, dass die Kantonsregierungen für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen Referenztarife festlegen müssen. Diese müssen sich am Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, orientieren. Die Versicherer und der Wohnkanton übernehmen die Vergütung anteilmässig nach dem Referenztarif, höchstens aber nach dem Tarif des behandelnden Spitals.

Neu muss der Bundesrat zudem in einer Verordnung die Einzelheiten regeln. Dazu gehört, was unter vergleichbaren Behandlungen zu verstehen ist und welche der verschiedenen Tarife für vergleichbare Leistungen in Frage kommen. Gemäss der Botschaft des Bundesrates kommen verschiedene Kriterien in Frage, wann eine Behandlung als vergleichbar betrachtet werden kann. Insbesondere spielen die Art der Leistung und der Leistungsbereich eine Rolle, allenfalls auch die Art des Leistungserbringers, beispielsweise der Spitaltyp. Weiter wird zu regeln sein, wie der für den Referenztarif massgebende Tarif für eine vergleichbare Behandlung in einem Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons ermittelt wird. Bei der Festsetzung der Regelungen werden auch die Einfachheit, die Transparenz und die administrative Praktikabilität der Herleitung des Referenztarifs eine Rolle spielen.

### 2.3.3. *Umsetzung*

Mit der neuen bundesrechtlichen Regelung wird neu der Bundesrat im Detail regeln, wie der Referenztarif für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen herzuleiten ist. Damit besteht kein Raum mehr für kantonale Regelungen und Artikel 27 EG KVG ist aufzuheben.

### 2.3.4. *Finanzielle Auswirkungen*

Sollte der Bundesrat vorsehen, dass in Zukunft nicht mehr der günstigste Tarif für die entsprechende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons als Referenztarif gilt, sondern ein höherer Wert, werden zumindest kurz- und mittelfristig Mehrkosten für den Kanton entstehen. Da nicht bekannt ist, wie der Bundesrat die Berechnung vornehmen will, können diese nicht näher beziffert werden. Mittel- bis langfristig könnte sich die neue Regelung in einer dynamischen Betrachtung aufgrund des erhofften verstärkten Wettbewerbs aber durchaus leicht kostendämpfend auswirken.

## 3. **Änderung des Gesundheitsgesetzes**

### 3.1. **Gemeinsamer Vollzug von Bundesrecht mit anderen Kantonen**

#### 3.1.1. *Ausgangslage*

Das Bundesgesetz über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall und das Tabakproduktegesetz auferlegen den Kantonen seit dem 1. Juli 2019 bzw. 1. Oktober 2024 neue Vollzugsaufgaben zum Schutz vor gesundheitsgefährdender nichtionisierender Strahlung (NIS) und gesundheitsgefährdendem Schall bzw. zum Schutz vor den schädlichen Auswirkungen des Tabak- und Nikotinkonsums.

Das Bundesgesetz über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall regelt die Verwendung von Produkten, die gesundheitsgefährdende nichtionisierende Strahlung (NIS)- oder Schall-Belastungen erzeugen, wie auch gesundheitsgefährdende Situationen, die auf solche Produkte zurückzuführen sind. So müssen beispielsweise Betreiber von Solarien sicherstellen, dass Minderjährige keinen Zutritt haben. Auch bei kosmetischen Laserbehandlungen und bei der Verwendung von Laserpointern wird der Gesundheitsschutz verbessert.

Das Tabakproduktegesetz enthält Verkaufs- und Werbevorschriften wie auch Meldepflichten für Tabakprodukte und elektronische Zigaretten. Neu dürfen Tabakprodukte schweizweit nur noch an Personen verkauft werden, die über 18 Jahre alt sind. Die Kantone können im Bereich Werbung, Verkaufsförderung und Sponsoring strengere Regeln als der Bund erlassen. Die Umsetzung der Volksinitiative «Kinder und Jugendliche ohne Tabakwerbung» ist hingegen noch nicht Bestandteil dieses Gesetzes und wird erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten.

Für den Vollzug der beiden Bundesgesetze sind weitgehend die Kantone zuständig. Im Bereich des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall verteilt sich der Vollzug dabei auf zwei Departemente und die Gemeinden:

- Das Departement Finanzen und Gesundheit (Hauptabteilung Gesundheit) ist für den Vollzug der Bestimmungen zu Solarien und zu Produkten für kosmetische Zwecke zuständig.
- Das Departement Sicherheit und Justiz (Kantonspolizei) stellt die Einhaltung der Regelungen für Laserpointer sicher.
- Die Gemeinden sind für den Vollzug der Vorschriften über Veranstaltungen mit Schall zuständig.

Der Vollzug der Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des Departements Finanzen und Gesundheit erfolgt einerseits durch die Kantonsapothekerin (Produkte für kosmetische Zwecke)

und andererseits durch eine Fachperson des Gesundheitsamts des Kantons Graubünden (Solarien).

Der Vollzug des Tabakproduktegesetzes im Kanton Glarus soll zu einem grossen Teil durch das Amt für Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit Graubünden (ALT) stattfinden. Dieses ist bereits bisher für den Vollzug des Veterinär- und Lebensmittelrechts im Kanton Glarus zuständig. Das ALT sorgte deshalb auch bereits bisher gestützt auf die Lebensmittelgesetzgebung für die Marktüberwachung der Tabakprodukte. Es wird zudem auch den Vollzug des Tabakproduktegesetzes im Kanton Graubünden wahrnehmen. Die Überprüfung des Abgabeverbots mittels Testkäufen soll ebenfalls durch das ALT sowie (voraussichtlich) durch Drittorganisationen wie dem Blauen Kreuz erfolgen.

### *3.1.2. Änderungsbedarf*

Gemäss Artikel 103 Absatz 4 der Verfassung des Kantons Glarus (Kantonsverfassung, KV) können Verwaltungsaufgaben durch Gesetz auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts übertragen werden. Der Rechtsschutz und die Aufsicht des Kantons müssen dabei sichergestellt sein. Die Landsgemeinde kann diese Befugnisse im Rahmen von Artikel 69 Absatz 3 KV dem Landrat oder dem Regierungsrat übertragen.

Für die Delegation des Vollzugs des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall an die ausserkantonale Kantonsapothekerin und an das Gesundheitsamt Graubünden bzw. des Vollzugs des Tabakproduktegesetzes an das ALT fehlt bisher eine gesetzliche Grundlage, wie sie beispielsweise für die Bereiche Lebensmittel und Chemikalien (Art. 14 GesG), Badewasser (Art. 15 GesG) oder Veterinärwesen (Art. 7a EG zum TSchG und TSG) besteht. Sie soll nun geschaffen werden.

### *3.1.3. Umsetzung*

Im Gesundheitsgesetz sollen zwei neue Artikel 14a und 14b eingefügt werden. Diese ermächtigen den Regierungsrat, den Vollzug des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall bzw. den Vollzug des Tabakproduktegesetzes zu regeln und Vereinbarungen mit anderen Kantonen abzuschliessen oder den Vollzug auf ausserkantonale Organe zu übertragen. Der Wortlaut des neuen Artikels entspricht dabei den bestehenden Regelungen für Lebensmittel und Chemikalien und Badewasser. Sollten die Gemeinden von einer solchen Vereinbarung betroffen sein, würde der Regierungsrat sie vorgängig anhören.

Zudem ist Artikel 19 des Gesetzes über die Handels- und Gewerbetätigkeiten, der den Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren verbietet, aufgrund von Artikel 23 des Tabakproduktegesetzes obsolet. Er kann aufgehoben werden.

### *3.1.4. Finanzielle Auswirkungen*

Die Kosten des Vollzugs sind grundsätzlich durch die Kantone zu tragen, wobei sie für die Durchführung von Kontrollen und Massnahmen auch Gebühren erheben können. Insgesamt sind nur geringfügige Mehrkosten unter 10'000 Franken pro Jahr zu erwarten.

## **3.2. Stationäre psychiatrische Grundversorgung**

### *3.2.1. Ausgangslage*

Das Kantonsspital Glarus gewährleistet die Grundversorgung und den Betrieb einer Notfallstation im Kanton. Zur Grundversorgung zählen dabei ärztliche Behandlungen, die von den Einwohnern des Kantons in bedeutendem Umfang benötigt werden und die einer Spitalinfrastruktur bedürfen (Art. 16 Abs. 2 GesG).

Gemäss den Erläuterungen im Memorial für die Landsgemeinde 2009 (S. 99) zählen zur breiten (erweiterten) Grundversorgung «die medizinischen Leistungsbereiche der inneren Medizin und der Chirurgie mit ihren Subspezialitäten, die psychiatrischen und sozialmedizinischen Leistungen sowie Leistungen der Hals-Nasen-Ohren- und der Augenheilkunde». Neben akutsomatischen Leistungen zählen somit auch psychiatrische Leistungen zur Grundversorgung des KSGL. Entsprechend ist die Psychiatrie auch in Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe e der Spitalverordnung als Pflichtleistungsbereich aufgeführt.

### 3.2.2. *Änderungsbedarf*

Seit dem 1. Juli 2025 stellen die Psychiatrischen Dienste Glarus die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im Kanton sicher. Diese übernahmen dabei die früheren Leistungsaufträge des Kantons an das KSGL, aber auch an die Stiftung Beratungs- und Therapiestelle Glarnerland sowie die Psychiatrischen Dienste Graubünden für die ambulante, tagesklinische und stationäre Psychiatrie.

Um den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden, wurde die Übertragung in der Leistungsvereinbarung des Kantons mit dem KSGL als Zusammenarbeit mit Dritten ausgestaltet, wie sie in Artikel 16 Absatz 6 GesG und Artikel 11 SpitalV vorgesehen ist. Formell blieb damit die Verantwortung für die stationäre Grundversorgung im Bereich der Psychiatrie beim KSGL. Dieses erbringt die Leistungen jedoch neu in Zusammenarbeit mit der PDGL bzw. durch diese.

Um eine klare gesetzliche Regelung zu schaffen, soll präzisiert werden, dass das KSGL nur die akutsomatische Grundversorgung sicherstellen muss. Dazu zählen Spitalleistungen in den Bereichen Medizin, Chirurgie und Gynäkologie. Nicht dazu zählen Leistungen in den Bereichen Langzeitpflege, Psychiatrie und Rehabilitation sowie Spezialbehandlungen. Das KSGL wird damit formell von der Verantwortung für die Sicherstellung einer stationären psychiatrischen Grundversorgung entbunden.

### 3.2.3. *Umsetzung*

In Artikel 16 Absatz 2 GesG wird klargestellt, dass zur vom KSGL zu gewährleistenden Grundversorgung nur akutsomatische Behandlungen zählen, welche von den Einwohnern des Kantons in bedeutendem Umfang benötigt werden und die einer Spitalinfrastruktur bedürfen. Zudem soll Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe e der Spitalverordnung aufgehoben werden.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären psychiatrischen Versorgung bleibt trotzdem weiterhin gewährleistet. Gemäss Artikel 39 KVG in Verbindung mit Artikel 58a ff. KVV ist der Kanton bundesrechtlich und gemäss Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe b GesG auch kantonrechtlich verpflichtet, die stationäre psychiatrische Behandlung der Einwohnerinnen und Einwohner sicherzustellen. Dies erfolgt über die Glarner Spitalliste «Psychiatrie» und entsprechende Leistungsaufträge mit den auf der Spitalliste aufgeführten Psychiatriekliniken.

Zu beachten ist jedoch, dass der Kanton die Sicherstellung einer stationären psychiatrischen Grundversorgung nicht mehr zwingend innerhalb des Kantons gewährleisten muss, sondern dies auch durch Leistungsaufträge mit ausserkantonalen Kliniken erreichen könnte. Angesichts des allgemeinen Trends hin zu einer möglichst niederschweligen, ambulanten Versorgung auch in der Psychiatrie, der zunehmenden Spezialisierung und Konzentration der Leistungen und deren grossen wirtschaftlichen Herausforderungen ist dies für den Regierungsrat eine mögliche künftige Option. So sehen die leistungsspezifischen Anforderungen des Kantons Zürich für die Psychiatrie beispielsweise bereits heute vor, dass eine Akutstation einer Psychiatrieklinik der Akut- und Vollversorgung pro Altersbereich (Kinderpsychiatrie, Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie und Gerontopsychiatrie) mindestens 15 Betten anbieten muss. Im Vergleich dazu bot das KSGL insgesamt (Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie) lediglich 11 Betten an. Es würde die Zürcher Anforderungen somit nicht erfüllen. Auch wirt-

schaftlich resultierte für das KSG im Bereich der Psychiatrie in den vergangenen Jahren jeweils ein Defizit in der Grössenordnung von rund 1,5 Millionen Franken. Damit stellt sich für den Regierungsrat grundsätzlich die Frage, ob ein stationäres psychiatrisches Angebot im Kanton Glarus aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen noch sinnvoll ist. Hinzu kommt, dass aktuell schweizweit Bemühungen für eine stärkere Konzentration der Spitäler im Gange sind, die auch Auswirkungen auf die Psychiatriekliniken haben werden. Die entsprechenden Fragen sind jedoch erst nach ersten Erfahrungen der PDGL und im Zusammenhang mit der neuen Glarner Spitalplanung im Bereich Psychiatrie, die per 1. Januar 2028 erfolgen wird, zu klären.

Für den Regierungsrat ist dabei aber unbestritten – und eines der Ziele, die mit der Gründung der PDGL verfolgt werden –, dass ambulante Sprechstunden und Behandlungen auch künftig innerkantonal angeboten werden. Ebenso sollen auch im Falle eines Verzichts auf ein innerkantonales stationäres psychiatrisches Angebot, Betten für akute Kriseninterventionen im Kanton Glarus bereitstehen.

#### *3.2.4. Finanzielle Auswirkungen*

Die Änderung von Artikel 16 GesG und Artikel 9 SpitalV hat keine direkten finanziellen Auswirkungen. Sollte der Kanton jedoch weiterhin eine stationäre psychiatrische Grundversorgung gewährleisten müssen, könnte sich mittelfristig die Frage nach einer kantonalen Übernahme des Defizits bzw. einer Mitfinanzierung stellen.

### **3.3. Aufbewahrungsdauer von Patientendokumentationen**

#### *3.3.1. Ausgangslage*

Inhaberinnen und Inhaber einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung sind verpflichtet, über jeden Patienten eine Patientendokumentation anzulegen. Das Dossier kann elektronisch geführt werden. Es ist so lange aufzubewahren, als es die Interessen der betroffenen Person und ihrer Angehörigen erfordern, mindestens aber zehn Jahre.

#### *3.3.2. Änderungsbedarf*

Am 1. Januar 2020 trat das neue Verjährungsrecht im Haftpflichtrecht in Kraft. Dieses sieht eine Verlängerung der absoluten Verjährungsfrist bei allen Körperschäden und Todesfällen von 10 auf 20 Jahre vor. Die Verlängerung der Verjährungsfristen soll gewährleisten, dass Opfer auch bei Spätschäden (wie sie z. B. nach Asbestexpositionen auftreten) Schadenersatzansprüche geltend machen können.

Der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte empfiehlt deshalb den Ärztinnen und Ärzten, Krankengeschichten – auch bei allenfalls kürzeren kantonalen Mindestaufbewahrungsfristen – während mindestens 20 Jahren aufzubewahren und Versicherungspolice mit einer 20-jährigen Nachdeckung abzuschliessen.

Im Sinne einer klaren und einheitlichen Regelung soll deshalb die Aufbewahrungsfrist für Patientendokumentationen im Gesundheitsgesetz mit dem Verjährungsrecht harmonisiert und für alle Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen auf 20 Jahre erhöht werden.

#### *3.3.3. Umsetzung*

In Artikel 32 Absatz 3 Gesundheitsgesetz wird die minimale Aufbewahrungsfrist für die Patientendokumentation von 10 auf 20 Jahre erhöht. Diese Aufbewahrungsfrist gilt dabei für alle bestehenden Dossiers, bei denen die zehnjährige Aufbewahrungsfrist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung des Gesundheitsgesetzes noch nicht abgelaufen ist.

### **3.3.4. *Finanzielle Auswirkungen***

Die Änderung der Aufbewahrungsfristen hat keine finanziellen Auswirkungen auf den Kanton. Hingegen kann sie für die Inhaberinnen und Inhaber einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung mit geringen zusätzlichen Kosten verbunden sein, da sie allenfalls mehr physischen oder virtuellen Speicherplatz für die Aufbewahrung der Patientendokumentationen benötigen.

## **4. Vernehmlassungsverfahren**

### **4.1. *Vorgehen und Rücklauf***

Der Regierungsrat beauftragte das Departement Finanzen und Gesundheit am 3. Juli 2025 mit der Durchführung eines Vernehmlassungsverfahrens. Die Vernehmlassungsfrist dauerte bis zum 30. September 2025.

Insgesamt gingen neun Stellungnahmen ein (Gemeinden: Glarus Nord und Glarus; politische Parteien: Die Mitte, FDP, GLP, Grüne, SP, SVP; Dritte: KSGL). Die Gemeinde Glarus Süd, die Glarner Ärztesgesellschaft und die Evangelisch-Reformierte Landeskirche teilten ihren Verzicht auf eine Stellungnahme mit.

### **4.2. *Generelle Beurteilung der Vorlage***

Die Stossrichtung der Vorlage wurde von allen Vernehmlassungsteilnehmenden grundsätzlich unterstützt. Im Bereich der Prämienverbilligungen wurde insbesondere die Einführung des Automatismus als notwendig anerkannt. Einzig die SVP kritisierte generell die weiter steigenden Kosten für die Prämienverbilligungen und dass mit der Einführung des Automatismus die Eigenverantwortung weiter reduziert werde. Verschiedene Vernehmlassungsteilnehmende forderten, dass die Prämienverbilligungen weiterhin möglichst zielgerichtet den einkommensschwächsten Haushalten zugutekommen, um eine möglichst hohe sozialpolitische Wirkung zu erzielen (Gemeinde Glarus, Die Mitte, FDP, GLP, Grüne, SP). Um dies zu erreichen, wurde unter anderem eine Beibehaltung des Kinderabzugs bei der Ermittlung des anrechenbaren Einkommens (FDP, GLP, SP), die Beibehaltung der bisherigen Richtprämie anstelle der mittleren Prämie (GLP, SP) oder ein tieferer maximaler Selbstbehalt (Grüne, SP) gefordert.

Ebenfalls grossmehrheitlich unterstützt wurde die Anpassung des Leistungsauftrags des KSGL. Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende (Gemeinde Glarus, Die Mitte, Grüne, SP) betonten, dass der Kanton auch künftig eine qualitativ hochstehende psychiatrische Versorgung gewährleisten müsse. Insbesondere ambulante Sprechstunden und Behandlungen müssten auch weiterhin im Kanton verfügbar sein. Ebenso sei ein wohnortnahes Angebot für Kriseninterventionen sicherzustellen. Die GLP vertrat demgegenüber die Ansicht, dass die Anpassung des Leistungsauftrags des KSGL zusammen mit dessen Gesamtstrategie in einer separaten Vorlage behandelt werden sollte.

Die übrigen Änderungen wurden allesamt unterstützt. Im Hinblick auf den Vollzug des Tabakproduktegesetzes forderten die Gemeinde Glarus und die Die Mitte die Möglichkeit von Sanktionen im Rahmen von Testkäufen von Tabakprodukten und Alkohol. Ebenso forderte die Gemeinde Glarus eine Mitsprache der Gemeinden im Falle eines interkantonalen Vollzugs des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall, da sie im Bereich des Schallschutzes davon betroffen sind.

### **4.3. *Berücksichtigte Anliegen***

Der Regierungsrat teilt den Wunsch, dass die Prämienverbilligungen auch in Zukunft möglichst zielgerichtet den einkommensschwächsten Haushalten zugutekommen sollen. Eine Beibehaltung des heutigen Prämienverbilligungsniveaus ist jedoch aus finanziellen Gründen

nicht möglich, da der Kanton dafür deutlich mehr Prämienverbilligungen als vom Bund vorgegeben ausrichten müsste. Der Regierungsrat entspricht dem Anliegen der Vernehmlassungsteilnehmenden aber insofern, als er einerseits von einer Streichung des Kinderabzugs absieht. Davon profitieren Familien. Andererseits soll sich die für die Berechnung notwendige Richtprämie weiterhin an den vom Bund jährlich festgelegten Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung für die Berechnung der Ergänzungsleistungen und nicht – wie in der Vernehmlassung noch vorgeschlagen – an der mittleren Prämie orientieren. Damit erhalten die IPV-Bezüger eine durchschnittlich höhere Prämienverbilligung. Zudem ist auch gewährleistet, dass Versicherte, die beispielsweise aus gesundheitlichen Gründen eine tiefere Franchise wählen müssen, ihre Prämie bei entsprechend niedrigem Einkommen verbilligt erhalten. Diese Änderungen führen in den vorgenommenen Modellrechnungen zu einem im Vergleich zur Vernehmlassungsversion höheren Selbstbehalt und insgesamt zu rund 2000 weniger IPV-Bezügern. Damit werden die einkommensschwächsten Haushalte gezielter und stärker unterstützt als in der Vernehmlassungsversion. Tabelle 5 zeigt die Auswirkungen der Anpassungen auf Basis der dargestellten Modellrechnung gesamthaft und in Bezug auf die Modellhaushalte.

**Tabelle 5. Vergleich der Auswirkungen der Vernehmlassungsversion und des nun vorliegenden Antrags des Regierungsrates**

	<i>Vernehmlassungsversion</i>	<i>Antrag Regierungsrat</i>	
<i>Berechnungsfaktoren</i>			
Automatismus	Ja	Ja	
Richtprämie	Mittlere Prämie	Durchschnittsprämie	
Selbstbehalt	11,01 %	(max.) 14,21 %	
Kinderabzug	Nein	Ja (5'000 Fr.)	
<i>IPV-Bezüger und durchschnittliche Prämienverbilligung</i>			
Bezüger	14'517	12'525	
IPV-Beiträge total (in 1000 Fr.)	26'808	26'808	
IPV pro Kopf (in Fr.)	1'847	2'143	
<i>IPV für Modellhaushalte (in Fr.)</i>			
1	Alleinstehende Rentnerin	0	0
2	Paar mit zwei Kindern	4'499	4'957
3	Einelternfamilie mit zwei Kindern	1'771	2'194
4	Paar mit vier Kindern	6'137	7'662
5	Paar mit einem Kind und einer jungen Erwachsenen	6'066	6'800
6	Alleinstehende junge, erwerbstätige Person	299	0
7	Paar ohne Kinder	2'360	1'184

#### **4.4. Nicht berücksichtigte Anliegen**

Die Forderung der SP und Grünen, das Sozialziel auf 10 (SP) bzw. 12 (Grüne) statt der vorgeschlagenen 15 Prozent festzulegen, wird nicht aufgenommen. Ein Sozialziel von 10 Prozent der mittleren Prämie hätte auf Basis der vorstehenden Modellberechnungen für das Jahr 2024 zu weiteren Mehrkosten – also zusätzlich zu den bereits resultierenden 5 Millionen Franken – von 14 Millionen Franken geführt. Bei einem Sozialziel von 12 Prozent wären es Mehrkosten von 5,1 Millionen Franken gewesen. Auch hat die Landsgemeinde erst im Jahr 2021 den Memorialsantrag «10 Prozent des verfügbaren Einkommens für Krankenkassenprämien sind genug» und damit ein Sozialziel von 10 Prozent abgelehnt. Schliesslich bestehen bei den vorliegenden Modellberechnungen diverse Unsicherheiten (Prämien- und Steuerentwicklung bis zum Inkrafttreten der Vorlage, Nichtberücksichtigung der Quellensteuerpflichtigen sowie der höheren Richtprämien für Sozialhilfe- und Ergänzungsleistungsbezü-

ger). Das Sozialziel ist deshalb so festzulegen, dass die Versicherten eine Sicherheit bezüglich ihrer maximalen Prämienbelastung haben und der Aufwand für die Prämienverbilligungen für den Kanton insgesamt tragbar bleibt.

Auch die Forderung der SP, die Selbstbehalte wie bisher nach Einkommenskategorien abzustufen, wird nicht berücksichtigt. Ein einheitlicher Selbstbehalt vereinfacht wie erwähnt die Berechnung, beseitigt Schwelleneffekte zwischen den einzelnen Einkommenskategorien und schafft die bisher vorhandene «Heiratsstrafe» in der Prämienverbilligung ab. Mit dem Kinderabzug ist der Selbstbehalt immerhin teilweise progressiv ausgestaltet.

Im Zusammenhang mit der Anpassung des Leistungsauftrags des KSGL wurde von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden gefordert, dass auch künftig ambulante Sprechstunden und Behandlungen innerkantonal sowie ein wohnortnahes Angebot für Kriseninterventionen verfügbar sein müssen. Der Regierungsrat unterstützt diese Forderungen. Deren Umsetzung ist auch ein wesentliches Ziel der neu gegründeten PDGL. Die Sicherstellung dieser psychiatrischen Grundversorgung ist bereits eine kantonale Aufgabe (vgl. Art. 4 Bst. b oder Art. 22b–22h GesG sowie Art. 39 KVG), denen der Regierungsrat im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten nachkommt. Zusätzliche gesetzliche Bestimmungen sind dafür nicht notwendig. Da der Leistungsauftrag des KSGL abgesehen vom Bereich der Psychiatrie unverändert beibehalten werden soll, ist auch eine umfassende Diskussion desselben in einer separaten Vorlage nicht gerechtfertigt. Als privatrechtliche Aktiengesellschaft obliegt es zudem dem KSGL, die Unternehmensstrategie innerhalb der gesetzlichen Vorgaben und unter Beachtung der Eignerstrategie des Regierungsrates festzulegen.

Die von der Gemeinde Glarus und der Die Mitte geforderten Sanktionen bei Verstössen gegen das Tabakproduktegesetz oder das Lebensmittelgesetz (Alkoholtestkäufe) sind in diesen bereits geregelt. So erfolgt die Sanktionierung grundsätzlich auf Strafanzeige der zuständigen kantonalen Behörde hin. Das Tabakproduktegesetz und das Lebensmittelgesetz sehen dabei Bussen von bis zu 40'000 Franken für vorsätzliche Verstösse und bis zu 20'000 Franken bei fahrlässigen Verstössen gegen die Abgabe von Tabakprodukten, E-Zigaretten und alkoholischer Getränke vor. In leichten Fällen können die Behörden aber auch auf eine Strafanzeige verzichten.

## **5. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen**

### **5.1. Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung**

#### *Artikel 1; Zweck*

In der Fussnote wird ein Verweis auf das KVG eingefügt.

#### *Artikel 8a; Sozialziel*

Mit dem neuen Artikel 8a wird die Vorgabe von Artikel 65 Absatz 1ter KVG umgesetzt, wonach der Kanton festlegen muss, welchen Anteil die Prämie am verfügbaren Einkommen der Versicherten mit Wohnort im Kanton höchstens ausmachen darf. Dieses Sozialziel sichert den Versicherten einen individuellen Anspruch darauf zu, dass die von ihnen zu tragende Prämienbelastung nicht höher ausfällt, als im Gesetz definiert ist.

Im Kanton Glarus soll das Sozialziel auf 15 Prozent festgelegt werden (Abs. 1). Gemäss den erläuterten Modellrechnungen (vgl. Ziff. 2.1.4.2) wäre die maximale Prämienbelastung eines Haushalts im Jahr 2024 bei 13,12 Prozent gelegen. Mit der Festlegung eines rund zwei Prozent höheren Sozialziels werden die diversen Unsicherheiten berücksichtigt, die bei diesen Berechnungen bestehen. Dazu zählen die Prämien- und Steuerentwicklung, die Nichtberücksichtigung der Quellensteuerpflichtigen sowie der höheren Richtprämien für Sozialhilfe- und

Ergänzungsleistungsbezüger. Ein zu niedriges Sozialziel könnte dabei über den Mindestanteil hinaus zu hohen zusätzlichen Mehrkosten führen.

In Absatz 2 ist festgelegt, dass für das Sozialziel nicht die von den Versicherten effektiv zu bezahlende Prämie, sondern die mittlere Prämie im Kanton Glarus für die jeweilige Alterskategorie massgebend ist. Die mittleren Prämien entsprechen den von den Versicherten im Durchschnitt tatsächlich bezahlten Prämien sämtlicher Versicherungsformen. Ihre Berechnung ist in Artikel 92 KVV detailliert geregelt. Die mittlere Prämie wird auch für die Berechnung des kantonalen Mindestanteils verwendet (Art. 65 Abs. 1sexies Bst. b KVG).

In Absatz 3 wird definiert, dass das anrechenbare Einkommen gemäss Artikel 15 als verfügbares Einkommen gilt. Da es keine bundesrechtlichen Vorgaben zur Definition des verfügbaren Einkommens gibt, ist der Kanton frei, wie er dieses festlegt. Das Bundesamt für Statistik versteht darunter grundsätzlich das Bruttoeinkommen abzüglich der obligatorischen Transferausgaben (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge). Die Prämien-Entlastungs-Initiative definierte das verfügbare Einkommen als das steuerbare Einkommen. Bei beiden Definitionen würde insbesondere das Vermögen einer Person gänzlich unberücksichtigt bleiben. Beim steuerbaren Einkommen wären zudem diverse Abzüge enthalten.

Die Definition des anrechenbaren Einkommens als verfügbares Einkommen ermöglicht demgegenüber eine pragmatische Umsetzung der Bundesvorgabe. Wäre das verfügbare Einkommen anders als das anrechenbare Einkommen definiert, müsste im Vollzug jeweils zusätzlich das verfügbare Einkommen berechnet werden, um zu prüfen, ob die entsprechende Maximalvorgabe eingehalten wird. Eine Anpassung der Berechnung des anrechenbaren Einkommens an eine der oben erwähnten möglichen Definitionen würde andererseits grössere Umstellungen bei den Berechnungsgrundlagen verlangen. Zudem würden Personen mit hohem Vermögen, aber ohne oder nur mit niedrigem Einkommen oder Personen mit hohen Steuerabzügen (z. B. für BVG-Einlagen oder Beiträge in die Säule 3a) eine Prämienverbilligung erhalten.

#### *Artikel 8b; Massgabe des Budgetkredits*

Als Grundsatzbestimmung hält der neue Artikel 8a fest, dass sich die Prämienverbilligungen für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen insgesamt grundsätzlich nach dem vom Landrat bewilligten Budgetkredit richtet, wobei das Sozialziel gemäss Artikel 8a zu berücksichtigen ist (Abs. 1). Der Landrat hat dabei den bundesrechtlich geforderten Mindestanteil für den Kantonsbeitrag zu berücksichtigen (Abs. 2). Der Landrat kann demnach einen höheren, nicht aber einen tieferen Beitrag für die Prämienverbilligungen bereitstellen.

Mit dieser Änderung wird der im Budget ausgewiesene Bruttobeitrag für die Prämienverbilligung künftig nicht mehr einer reinen Schätzung entsprechen, die aufgrund der fixierten Berechnungsfaktoren resultiert. Stattdessen bildet der Beitrag eine fixe Vorgabe für die Festlegung der Selbstbehalte durch den Regierungsrat (vgl. Art. 14 Abs. 3).

#### *Artikel 14; Berechnung und Höhe der Prämienverbilligung*

Künftig wird der Selbstbehalt auf Basis des vom Landrat bewilligten Budgetkredits und unter Beachtung der Richtprämien jährlich vom Regierungsrat festgelegt werden müssen. Da die mindestens auszubezahlenden Prämienverbilligungen jeweils erst im Oktober des Vorjahres bekannt sind, ist eine Regelung des Selbstbehalts durch den Landrat aufgrund des geforderten raschen und flexiblen Handelns wie ausgeführt nicht mehr möglich. Da der Selbstbehalt letztlich aber bloss ein Ergebnis des neuen Systems ist, das sich am Total der ausbezahlten Prämienverbilligungen orientiert, besteht für den Regierungsrat de facto kein Handlungsspielraum.

#### *Artikel 17; Geltendmachung des Anspruchs*

Statt des bisherigen Antragsverfahrens wird die Verwaltung den Anspruch auf Prämienverbilligung künftig von Amtes wegen prüfen. Die anspruchsberechtigten Personen erhalten dabei wie bisher eine beschwerdefähige Verfügung (Abs. 1). Wird diese rechtskräftig, wird die Prämienverbilligung gemäss Artikel 65 Absatz 1 Satz 2 KVG direkt an den Versicherer ausbezahlt, der sie den Berechtigten gutschreibt (Abs. 1c).

Gemäss Absatz 1a können Anspruchsberechtigte, die freiwillig auf eine ihnen zustehende Prämienverbilligung ganz oder teilweise verzichten wollen, dies der zuständigen Verwaltungsbehörde ohne Begründung mitteilen.

Absatz 1b regelt das Verfahren für den Fall, dass Anspruchsberechtigte keine entsprechende Verfügung erhalten (z. B. bei Quellensteuerpflichtigen). Diese müssen weiterhin einen entsprechenden schriftlichen Antrag einreichen.

#### *Artikel 24; Kostenanteil Kanton, Leistungserbringer*

Absatz 1 wird gemäss den Erläuterungen unter Ziffer 2.2 gestrichen. Der Kantonsanteil an die Leistungen der Akut- und Übergangspflege wird neu durch den Regierungsrat festgelegt.

#### *Artikel 27; Referenztarif*

Der Artikel wird gemäss den Erläuterungen unter Ziffer 2.3 gestrichen, da neu der Bundesrat im Detail regeln wird, wie der Referenztarif für ausserkantonale stationäre Wahlbehandlungen herzuleiten ist.

## **5.2. Gesetz über das Gesundheitswesen**

#### *Artikel 14; Lebensmittel und Chemikalien*

In den Fussnoten werden Verweise auf das Bundesgesetz über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände und das Bundesgesetz über den Schutz vor gefährlichen Stoffen und Zubereitungen eingefügt. Zudem werden korrekterweise die offiziellen Kurztitel der aufgeführten Bundesgesetze verwendet.

#### *Artikel 14a; Nichtionisierende Strahlung und Schall und Artikel 14b; Tabakprodukte*

Die Kompetenz des Regierungsrates zur Regelung des Vollzugs des Bundesgesetzes über den Schutz vor Gefährdungen durch nichtionisierende Strahlung und Schall bzw. des Bundesgesetzes über Tabakprodukte und elektronische Zigaretten ergibt sich grundsätzlich direkt aus Artikel 99 Absatz 1 Buchstabe b der Kantonsverfassung. Mit den neuen Artikeln 14a und 14b wird er aber zusätzlich ermächtigt, Vereinbarungen mit anderen Kantonen über den gemeinsamen Vollzug oder dessen Übertragung auf ausserkantonale Organe abzuschliessen. Der Wortlaut des Artikels entspricht demjenigen von Artikel 14 und 15.

#### *Artikel 16; Bestand und Aufgabe des Kantonsspitals; Befugnisse*

Absatz 2 wird dahingehend präzisiert, dass zur vom KSGL zu gewährleistenden Grundversorgung nur akutsomatische Behandlungen zählen, die von den Einwohnern des Kantons in bedeutendem Umfang benötigt werden und die einer Spitalinfrastruktur bedürfen (vgl. Erläuterungen unter Ziff. 3.2).

#### *Artikel 32; Aufzeichnungspflicht*

In Absatz 3 wird die Mindestaufbewahrungsfrist für die Patientendokumentationen von 10 auf 20 Jahre erhöht.

### *Artikel 64a; Übergangsbestimmung zur Änderung vom ... Mai 2026*

Artikel 64a hält fest, dass die Änderung der Aufbewahrungsfrist auch für sämtliche bisherigen Patientendokumentationen gilt, bei denen die zehnjährige Aufbewahrungsfrist zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung des Gesundheitsgesetzes noch nicht abgelaufen ist.

### **5.3. Gesetz über die Handels- und Gewerbebetätigungen**

#### *Artikel 19*

Mit dem Inkrafttreten des Tabakproduktegesetzes ist die Abgabe von Tabakprodukten und von elektronischen Zigaretten an Minderjährige (unter 18 Jahren) schweizweit verboten. Das Verkaufsverbot an Jugendliche unter 16 Jahren gemäss Artikel 19 des Gesetzes über die Handels- und Gewerbebetätigungen ist damit obsolet und kann aufgehoben werden.

### **5.4. Verordnung über die Prämienverbilligung**

#### *Ingress*

Da künftig der Regierungsrat den Selbstbehalt festlegt, ist der Verweis auf Artikel 14 Absatz 3 EG KVG im Ingress zu streichen.

#### *Artikel 1; Selbstbehalt*

Da künftig der Regierungsrat den Selbstbehalt festlegt, ist Artikel 1 aufzuheben.

#### *Artikel 2; Zuschläge und Artikel 3; Abzüge*

Am 28. September 2025 haben die Schweizer Stimmberechtigten den Bundesbeschluss über die kantonalen Liegenschaftssteuern auf Zweitliegenschaften angenommen. Damit wird voraussichtlich ab 2028 der Eigenmietwert abgeschafft und entsprechend in der Steuerveranlagung auch nicht mehr erhoben. Folglich sind bei der Berechnung des anrechenbaren Einkommens sowohl der Zuschlag für die Unterhaltskosten für Liegenschaften (Art. 2 Abs. 1 Bst. b PVV) wie auch der Abzug des Eigenmietwerts des selbstbewohnten Wohneigentums (Art. 3 Abs. 1 Bst. a PVV) zu streichen. Die anrechenbaren Einkommen steigen damit um ungefähr 2 Millionen Franken bzw. 0,1 Prozent.

### **5.5. Verordnung über das Kantonsspital Glarus**

#### *Artikel 9; Pflichtleistungsbereiche*

Artikel 9 Absatz 1 Buchstabe e, wonach das KSGL Leistungen im Bereich Psychiatrie anbieten muss, wird aufgehoben.

### **5.6. Inkrafttreten**

Die Änderungen des Prämienverbilligungssystems und die Änderung in Zusammenhang mit der einheitlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen sollen per 1. Januar 2028 in Kraft treten, wobei die Änderung der Verordnung über die Prämienverbilligung jedoch unter dem Vorbehalt der Änderung von Artikel 14 EG KVG und die Änderung der Spitalverordnung unter dem Vorbehalt der Änderung von Artikel 16 des Gesundheitsgesetzes stehen.

Angesichts der grossen finanziellen Auswirkungen, die mit dem Systemwechsel bei der Prämienverbilligung verbunden sind, möchte der Regierungsrat von der Übergangsbestimmung zur Änderung des KVG vom 29. September 2023 Gebrauch machen und vom tieferen Mindestanteil an den Bruttokosten in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung des KVG profitieren. Der Systemwechsel im Bereich der Prämienverbilligung soll somit erst nach Ablauf der Übergangsfrist umgesetzt werden.

## **6. Antrag**

*Der Regierungsrat beantragt dem Landrat,*

- 1. die beiliegende Gesetzesänderung der Landsgemeinde zur Zustimmung zu unterbreiten;  
und*
- 2. der beiliegenden Verordnungsänderung unter Vorbehalt der Zustimmung der Landsgemeinde zur Änderung von Artikel 14 EG KVG bzw. Artikel 16 Gesundheitsgesetz zuzustimmen.*

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

**Im Namen des Regierungsrates**

*Kaspar Becker, Landammann  
Arpad Baranyi, Ratsschreiber*

Beilagen:

- SBE EG KVG
- Synopse EG KVG
- SBE PVV
- Synopse PVV